

APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN UN CASO DE IDEACIÓN DELIRANTE.

Verónica Cabañas Rojas

Ana Báez Rodríguez

*Psicólogas Clínicas Residentes

U.G.S Salud Mental Campo de Gibraltar

ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY IN A CASE OF DELUSIONAL IDEATION.

Verónica Cabañas Rojas

Ana Báez Rodríguez

*Psicólogas Clínicas Residentes

U.G.S Salud Mental Campo de Gibraltar

Dirección Postal:

Verónica Cabañas Rojas

Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) de Algeciras.

Pso. de la Conferencia s/n 11207 Algeciras (Cádiz)

E-mail: veronica1985@gmail.com

Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un caso de ideación delirante.

Resumen

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), está cobrando cada vez más fuerza en el panorama nacional e internacional a la hora de hacer frente a diferentes patologías. En el ámbito de los síntomas psicóticos la ACT se encamina tanto a la disminución de los intentos de control de los síntomas, como al incremento de acciones valiosas que permitan redirigir la vida del individuo hacia lo que es verdaderamente importante para él. En este artículo se expone el caso de una usuaria con un delirio sistematizado y bizarro, que fue tratada en la unidad de salud mental comunitaria de Algeciras desde un enfoque basado en la terapia de aceptación y compromiso.

Palabras clave: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), tratamiento, delirio sistematizado.

Acceptance and commitment therapy in a case of delusional ideation.

Abstract

Acceptance and Commitment Therapy (ACT), is gaining more and more strength in the national and international scene with different pathologies. In the field of psychotic symptoms, the ACT is aimed both at the reduction of attempts to control symptoms, and at the increase of valuable actions that allow redirecting the life of the individual towards what is truly important to him. This article describes the case of a user with a systematized and bizarre delirium, which was treated in the community mental health unit of Algeciras from an approach based on acceptance and commitment therapy.

Key words: Acceptance and Commitment Therapy (ACT), psychological treatment, systematized and bizarre delirium.

Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un caso de ideación delirante.

INTRODUCCIÓN

En este artículo se expone el caso de una usuaria con un delirio sistematizado y bizarro, que fue tratada en la unidad de salud mental comunitaria de Algeciras desde un enfoque basado en la terapia de aceptación y compromiso.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), está cobrando cada vez más fuerza en el panorama nacional e internacional a la hora de hacer frente a diferentes patologías. Se enmarca dentro de un paradigma conductual y contextual. Se agrupa dentro de las denominadas terapias contextuales (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014; Pérez-Álvarez, 2014). Sienta sus bases en el contextualismo funcional y en la teoría del marco relacional para entender y explicar el comportamiento humano. Intenta dar explicación a todo tipo de conflictos personales, y no solo los considerados claramente psicopatológicos, a partir de un análisis del “acto-en-contexto”. Esto hace referencia a conductas que cumplen una función en un determinado contexto. También se tiene en consideración la implicación del lenguaje en la configuración de la rigidez psicológica (Egúsqiza-Vásquez, 2015; Hayes, 2004; Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001; Wilson & Luciano, 2002).

El modelo de flexibilidad psicológica que subyace a la ACT está constituido por una serie de procesos que favorecen la adaptabilidad y el funcionamiento humano (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014). Desde este modelo se entiende el dolor como algo natural, un mecanismo que cumpliría una función adaptativa en nuestra vida diferenciándolo del “sufrimiento”, que se consideraría innecesario y que sería más bien una consecuencia de la rigidez psicológica que impide a la persona adaptarse a una situación (Hayes, 2013). Esta rigidez va poco a poco consolidándose, dando lugar un patrón de conductas cada vez más limitado, que impide a la persona buscar nuevas respuestas ante sus problemas, repitiendo constantemente el mismo patrón de comportamiento. Aunque a corto plazo, este patrón pueda provocar un alivio del malestar, con el paso del tiempo, esto solo consigue limitar la verdadera forma en que la persona desearía vivir. A esta condición se le denomina: el Trastorno de Evitación Experiencial (Luciano & Hayes, 2001). De una manera simplificada podríamos decir que los objetivos, por tanto, de esta terapia podrían ser los dos siguientes: que la persona acepte aquellos aspectos de su vida que ha estado intentando cambiar sin éxito (la ansiedad, las obsesiones, la tristeza, etc.). E intentar que esto no paralice la vida de la persona, para que pueda dirigirse hacia aquellas metas que son verdaderamente valiosas para ella (familia, trabajo, etc.) aun teniendo ansiedad, ideas delirantes o cualquier otra experiencia hasta entonces bloqueante (García, Luciano, Hernández & Zaldívar, 2004)

Hayes (2014), propuso el concepto de “Trastorno de Evitación experiencial”, situando a la evitación experiencial o vivencial como una dimensión funcional para el diagnóstico de problemas relacionados con la salud mental frente a las categorías nosológicas

tradicionales propuestas por el DSM o CIE. La evitación experiencial supondría entonces una dimensión transdiagnóstica (Pérez-Álvarez, 2012) común a diversos trastornos psicológicos y a otro tipo de problemas que pueden enfrentar la persona.

Como decíamos al principio, cada vez se está extendiendo más la práctica de este modelo de intervención terapéutica, evidenciándose su utilidad en problemas clínicos tales como los ataques de pánico (Carrascoso, 1999; Eifert et al., 2009), la agorafobia (Zaldívar & Hernández, 2001), las fobias (Páez & Gutiérrez, 2012), el trastorno obsesivo compulsivo (Twohig, 2009; Twohig, Hayes & Masuda, 2006; Twohig et al., 2010), la depresión (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans & Geller, 2007; Ruiz-Sánchez, Cangas & Barbero, 2014; Zettle, 2007), el consumo y abuso de sustancias (Batten, & Hayes, 2005; Luoma, Kohlenberg, Hayes, & Fletcher, 2012; Twohig, Shoenberger, & Hayes, 2007), los trastornos de personalidad límite (Morton, Snowdon, Gopold & Guymer, 2012), o como es nuestro caso, la ideación delirante (García, Luciano, Hernández & Zaldívar, 2004) y la sintomatología psicótica (Bach, Hayes & Gallop, 2012; Gaudio & Herbert, 2006).

En cuanto a la eficacia de este tratamiento en síntomas psicóticos, que es el caso que vamos a abordar en este artículo, y como apoyo empírico al uso de esta técnica en personas con esta sintomatología, cabe destacar el estudio aleatorizado que realizaron Bach y Hayes en 2002. En él 80 personas que mostraban alucinaciones auditivas o delirios a su ingreso en el hospital, fueron asignados aleatoriamente a dos grupos. El primero seguía el tratamiento habitual del centro. En el segundo, además de dicho tratamiento, se aplicaban 4 sesiones de la ACT. El resultado constatado consistió en una reducción estadísticamente significativa del número de rehospitalizaciones para aquellas personas que siguieron las sesiones con la terapia ACT. Tras cuatro meses de seguimiento la tasa de rehospitalizaciones se redujeron en un 50%. (Bach y Hayes, 2002)

Concretamente, la ACT como tratamiento en psicosis se encamina tanto a la disminución de los intentos de control de los síntomas, como al incremento de acciones valiosas que permitan redirigir la vida del individuo hacia lo que es verdaderamente importante para él (García y Pérez, 2016). Detrás hay una filosofía “normalizadora” de los síntomas psicóticos, que son vistos como formas extremas de experiencias que tenemos todas las personas. Esto hace referencia a que todos podemos en un momento dado tener “ideas de perjuicio” y pensar que mi jefe quiere echarme porque me ha recriminado algo que he hecho mal y pasados unos días dejo de acordarme y ese miedo desaparece. La diferencia con una persona con un delirio de perjuicio estaría en que ésta se seguiría viendo y buscando indicios de ello en cualquier situación, los encontraría en cualquier detalle sin relación, y esa idea se volvería central en su vida, dejando de lado otras áreas importantes para la persona en cuestión.

Por tanto lo que pretende este enfoque no es cambiar el contenido de los delirios o alucinaciones ni que la persona descubra el grado de veracidad de estos, como ocurre en las terapias cognitivo-conductuales, sino cambiar la forma en que la persona se

relaciona con ellos (Pankey y Hayes, 2003), como una forma de evitación de otras experiencias dolorosas que la persona no sabe manejar. Algunas investigaciones apoyan la teoría de que la evitación experiencial tiene una influencia negativa en el ámbito de los síntomas psicóticos (García y Pérez 2016), pudiendo llegar a tener efectos paradójicos, empeorando de forma considerable la sintomatología del paciente (Bach, 2015). Por este motivo el tratamiento de las alucinaciones y delirios desde esta perspectiva va orientada a ayudar a la persona a abandonar la lucha improductiva que mantiene con estas experiencias, sobre todo si esto le está impidiendo llevar la vida que le gustaría tener (Thomas, Morris, Shawyer, & Farhall, 2013). En el tratamiento de los delirios, se pretende que la persona se comporte según los valores que son importantes para ella en otros ámbitos de su vida (García-Montes, Pérez-Álvarez, & Perona-Garcelán, 2013), rehaciendo su vida y dejando de luchar contra los síntomas, para lo que se requerirá cierto grado de aceptación de la experiencia psicótica. Esto requiere cierto conocimiento de los valores que tiene la persona y de formas concretas de llevarlos a cabo (García y Pérez 2016)

La terapia ACT aplicada a persona con síntomas psicóticos se compone de seis fases:

En un primer momento se pretende conectar con la persona, establecer una buena alianza terapéutica y analizar juntos la eficacia que han tenido las estrategias que ha usado la persona hasta el momento para poder solucionar la situación (García y Pérez, 2016). A esta fase se la conoce como “desesperanza creativa” (Hayes et al., 2014) o “confrontando el sistema” (Hayes, 2004). En la segunda fase se trabaja con la persona los malos resultados que se obtienen cuando se intenta controlar ciertas experiencias. Esta fase se conoce como “el problema puede ser el control” (García y Pérez, 2016). La información obtenida en las primeras sesiones puede usarse para elaborar un diagrama de análisis funcional del caso (Montgomery, 2014). La tercera suele llamarse “de-fusión cognitiva” (Barrera et al., 2016), y consistiría en intentar que la persona se distancie de ciertas ideas de manera que pueda relacionarse con ellas sin darle el poder de permitir que dirijan su conducta. En la cuarta fase se trabaja para que la persona sea capaz de crear un sentido de sí misma que sea flexible y que le permita asumir experiencias que en principio podrían atacar a su identidad (García y Pérez, 2016). Esta fase se conoce como “Yo vs lo que hago” (Hayes, Kohlenberg & Melancon, 1989; García y Pérez, 2016), “descubriendo el yo, distanciándose del yo” (Hayes et al., 2014) y “un sentido trascendente del yo” (Hayes, 2004). En la quinta fase se identifican los valores de la persona y las conductas relacionadas con ellos. Por último, en la sexta fase, se anima a realizar acciones basadas en esos valores, aunque suponga pasar por experiencias que antes trataba de evitar y que controlaban su vida. A esta etapa de la conoce como “voluntad y compromiso”, y suele incluir el uso de técnicas como metáforas, paradojas o ejercicios experienciales (García y Pérez, 2016).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Identificación del caso y motivo de consulta

Se trata de una mujer, “C”, de 35 años de edad que acude derivada de psiquiatría con el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno delirante y trastorno de personalidad dependiente, para trabajar en psicoterapia la ansiedad que presentaba ante la sintomatología delirante, así como la interferencia de esta en su vida diaria. Su psiquiatra comenta que a pesar de haberle pautado antipsicóticos en ocasiones anteriores, “C” se ha resistido a tomarlos. Actualmente está en tratamiento con un ISRS.

Historia del problema.

“C” refiere que acude a consulta porque huele muy mal *“tengo un olor muy potente que me sale sobre todo cuando tengo ansiedad, me ocurre desde hace unos años. Sé que los médicos los sabéis pero os han obligado a ocultármelo... durante muchos años he pensado que estabais compinchados con los las personas que me hicieron esto, pero ahora sé que me mentís para protegerme... sé que soy especial, colocaron mi casa cerca del puerto para poder camuflar mi olor... yo no puedo olerlo, pero sé que es así... los días que hay niebla, en realidad es mi olor, que puede llegar a tener mucha densidad... si me diera una crisis muy fuerte de ansiedad creo que podría ocurrir una catástrofe... mi olor puede provocar cambios en el cerebro de las personas, por eso me resulta tan importante aprender a controlar mi ansiedad...”*. Comenta que vivió hasta los 14 ó 15 años con sus abuelos *“ellos son los que me han criado. Mi padre me abandonó cuando era pequeña y con mi madre siempre he tenido una relación muy difícil, nunca me he sentido querida por ella, siempre me está juzgando y criticando. Es muy controladora, yo sé que es así de fría y dura porque es lo que le han dicho los doctores, pero en el fondo sé que me quiere. Me casé joven, estuve con él 11 años, y tengo un hijo de 12 años de esa relación. El matrimonio fue complicado, rompimos y volvimos en muchas ocasiones, y la separación ha sido incluso peor. A cada intento de rehacer mi vida, mi ex ha aparecido con amenazas e insultos. Yo siempre he querido que me quieran, pero he tenido muy mala suerte, creo que en parte ha sido culpa del olor, ¿quién iba a querer a una persona así? Soy muy enamoradiza y lo doy todo cuando estoy en una relación, pero siempre está ahí el miedo a que empiece ese potente olor que todo lo fastidia. A veces va por rachas, a veces me importa tres pimientos lo que le pase al mundo y salgo a la calle y hago mi vida y me he dado cuenta que en esos momentos no desprendo olor. Pero hay días que me invade el pánico, me siento paralizada, me encierro en casa y procuro no salir. Me he dado cuenta con los años que cuanto más me preocupo más potente se vuelve, no sé qué puedo para controlarlo”*. Ante la pregunta sobre cuándo se dio cuenta de lo que ocurría, “C” comentó *“fue cuando tenía 15 años, de repente me di cuenta de todo, de por qué estábamos viviendo al lado del puerto y del motivo por el que probablemente me abandonó mi padre. Empecé a angustiarme, y mi madre me llevó al psicólogo, pero yo no comenté nada del olor... A los 20 años tuve una crisis de ansiedad muy fuerte por un problema con mi pareja y todo se incrementó. En los momentos en que peor lo he pasado por este*

problema, he perdido mi trabajo, mi independencia e incluso a mis amigos. Ahora paso mucho tiempo en casa, he dejado de salir al parque con mi hijo, me cuesta trabajo incluso ir a comprar el pan. Me da vergüenza pasear por la calle porque la gente sabe que huelo y evito salir todo lo que puedo... Me estoy perdiendo la infancia de mi hijo y cada vez tengo menos amigos". Con respecto a la pregunta de si ella percibe su propio olor, indicaba *"yo no puedo olerlo, pero sé que está ahí, puedo notarlo en la cara de las personas"*.

La usuaria había sido atendida en esta unidad de salud mental desde 2012, inicialmente por clínica ansioso-depresiva y de corte obsesivo. En mayo de 2019 estuvo ingresada en la unidad de hospitalización de salud mental tras una ingesta medicamentosa que "C" atribuía al elevado nivel de angustia que presentaba en aquella ocasión como consecuencia de *"mi problema del olor, me sentía vigilada por toda la ciudad"*.

Al momento de la entrevista inicial, en agosto de 2019, "C" se mostraba abordable y colaboradora, sin hacer crítica del delirio, pero con un nivel de angustia moderado.

En su exploración psicopatológica caben destacar: elementos de trema delirante, delirio estructurado relacionado con el olor corporal de años de evolución, ideación paranoide y autorreferencial, en ocasiones megalómano, intuición delirante, percepción delirante, fluctuaciones en el estado de ánimo predominando el tono hipotímico, rasgos de personalidad dependientes y probable baja autoestima.

EVALUACIÓN

Diagnóstico diferencial

El primer reto que supuso atender a esta usuaria, fue hacer el diagnóstico diferencial según los manuales actuales y debido a las peculiaridades del caso.

En un primer momento, cuando "C" acudió a este equipo de salud mental presentando marcada ansiedad que asociaba a una ruptura de pareja, con ideas obsesivas referidas al olor y conductas compensatorias consistentes en duchas diarias, lavado de dientes, etc. Fue diagnosticada de trastorno obsesivo-compulsivo. En el DSM-5, cabe la posibilidad de diagnosticar "Trastorno obsesivo-compulsivo con síntomas psicóticos". Sin embargo en este caso las ideas delirantes se desmarcan totalmente de la realidad, con elementos paranoides y autorreferenciales, además de la existencia de otros síntomas psicóticos como el fenómeno de la intuición delirante.

Debido a la dificultad de la persona para realizar acciones en solitario como salir a hacer la compra, ir al banco o delegando todo lo referente a la educación de su hijo en su madre, o el miedo irracional al abandono por parte de sus parejas, "C" fue diagnosticada de "Trastorno dependiente de la personalidad". Sin embargo el patrón

desadaptativo de evitación y dependencia que presentaba esta persona puede explicarse mejor por la aparición de la ideación delirante, pues cuando el delirio ejercía menor presión, la conducta de “C” cambiaba, volviéndose más funcional y normalizada. El miedo al abandono podría estar relacionado con la marcha del padre cuando ella era pequeña, y con los cambios de cuidadores que sufrió durante toda su infancia pasando a vivir con sus abuelos y después con su madre durante la adolescencia, así como la ruptura conflictiva que tuvo con su primera pareja.

Analizando bien el caso, si intentamos incluirlo en alguna categoría diagnóstica de las clasificaciones actuales nos encontramos con ciertas dificultades. En el DSM-5 no aparece ninguna descripción que se adapte completamente a este caso: no encaja en la categoría “esquizofrenia”, pues no se observa deterioro cognitivo ni una merma importante en las actividades sociales ni laborales que suelen presentar estas personas. Tampoco termina de encajar en el diagnóstico de “Trastorno por ideas delirantes”, ya que los delirios de estos cuadros suelen ser no extraños. En este manual, el diagnóstico más acertado sería “Trastorno por ideas delirantes no especificado”.

En la CIE-10 se enmarcaría dentro de la codificación F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes, pues cumple los criterios de la categoría F22: además de existir otros síntomas esquizofrénicos como las intuiciones o percepciones delirantes, sin llegar a cumplir criterios suficientes para el diagnóstico de esquizofrenia, y sin el deterioro cognitivo, laboral y social que supone esta entidad.

Evaluación pre-tratamiento:

A través de la entrevista se observaron los siguientes aspectos:

-Afectividad: elevado nivel de ansiedad, manifestado por pensamientos anticipatorios, excesiva preocupación por el futuro y sus consecuencias catastrofistas, clínica ansiosa en consulta que se observaba por un relato cargado de preocupaciones, posición tensa, ritmo acelerado, respiración por momentos agitada, poca resonancia afectiva, centrada la mayor parte de la consulta en su problema. Ánimo levemente hipotímico, con discreta apatía y reducción del nivel de actividades tanto dentro como fuera del domicilio. Aspecto algo descuidado.

-Rigidez psicológica: desacreditando todo lo que había escuchado por parte de médicos, familia, amigos, incluso cuestionando la honestidad del terapeuta y la capacidad para ayudarla. Creencia ciega en sus pensamientos, sin cuestionarlos en ningún momento, tanto en relación al delirio como a su incapacidad como madre, mujer, persona, etc.

-Ideación delirante: elevada presión de la idea delirante relacionada con el olor que ocupaba todo su tiempo y le impedía tener una vida significativa.

-Evitación del dolor: dificultades para enfrentarse al dolor y al malestar, con conductas del tipo: mascar chicle, evitar salir a la calle en todo lo posible,

Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un caso de ideación delirante.

limitándose las salidas a las visitas médicas, encerrarse en una habitación ante los conflictos con su madre.

-Satisfacción con su vida: disconformidad con su vida y su situación personal, manifestada por comentarios del tipo “me gustaría poder ir a tomar un café tranquila”, ”hace meses que no llevo a mi hijo a jugar a la calle”, ”me parece patético que no pueda ir a comprar a un simple supermercado”. “Me gustaría dejar de tener esta angustia todo el día y no sentirme cobarde, si todo el mundo puede tener una vida normal ¿Por qué yo no?”.

-Conductual: sus actividades se limitaban a la casa, hacer la limpieza, ver la tv y dormir. Salía tan solo para las visitas médicas.

TRATAMIENTO

Objetivos terapéuticos:

- Fomentar la flexibilidad psicológica: la capacidad de estar centrado en el presente, adaptándose a las situaciones que se nos presentan de una manera eficiente.
- Aprender a observar los propios pensamientos y a relacionarse con distancia de ellos.
- Aprender a atender al momento presente, estar conectada con lo que ocurre en la vida en cada momento.
- Aceptar el dolor inherente a la vida, sin tratar de evitarlo, para poder seguir avanzando.
- Desarrollar una vida significativa y valorada por la persona.
- Identificar sus valores en todos los ámbitos de la vida (personal, social, familiar, laboral, humano), estableciendo metas específicas
- Adquirir un compromiso con esos valores para llevarlos a cabo en sus acciones diarias.

Para ello seguimos el modelo de flexibilidad psicológica y sus seis procesos esenciales enmarcados en la terapia ACT:

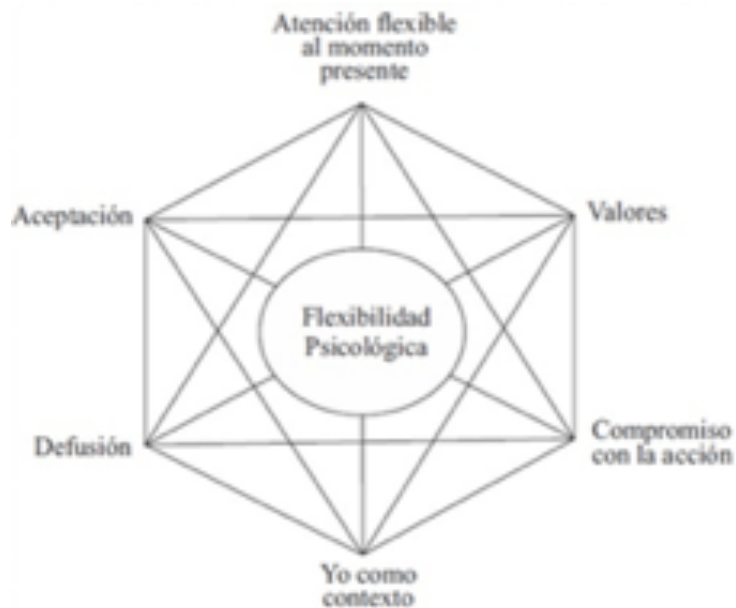


Figura 1. Modelo de Flexibilidad Psicológica “Hexaflex”. Adaptado de “Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)” por S. C. Hayes, K. Strosahl & K. G. Wilson, 2014.

Desarrollo de la intervención

El tratamiento se compuso de 5 sesiones de 1 hora de duración con una frecuencia de una sesión cada 3 semanas.

Primera sesión

Entrevista clínica: elaboramos su psicobiografía, haciendo hincapié en hitos evolutivos, relacionándolos con la ansiedad y con el “problema del mal olor”.

Establecimiento de la alianza terapéutica: cuando una persona acude a terapia, el proceso terapéutico se da en dos niveles, lo que ocurre en la consulta y lo que la persona hace cuando sale de ella. El psicólogo solo puede influir directamente en la primera y esto va a condicionar lo que la persona haga en la calle. Por ello es tan importante establecer una buena relación, tratar de ser honestos e intentar conectar con persona que tenemos delante.

Este aspecto de la terapia se trabaja en cada interacción que se tiene con la persona y supone un elemento crucial. En este caso, en el que “C” manifestaba un delirio relacionado con el olor corporal, tratamos de encontrar puntos de conexión: practicando una escucha activa y empática, reconociendo su dolor ante situaciones críticas en la vida de la persona, tratando de respetar sus ritmos, sus silencios, sin juzgar en ningún momento sus acciones ni pensamientos y validando sus emociones. La alianza terapéutica se trabaja en cada momento de la sesión, durante todo el proceso terapéutico.

En un momento de la entrevista, “C” me pregunta si yo la creo. En varias ocasiones había hecho referencia a que todos los sanitarios le mentíamos para protegerla. Fragmento de la entrevista donde se trata de ser honesto, validar las emociones de la persona y buscar puntos de conexión como trabajo de la alianza terapéutica:

(P): *Estaba un poco nerviosa al llegar, ¿Tú te diste cuenta del olor cuando llegué?*

(T): *Si te digo que no, ¿Me vas a creer?*

(P): *La verdad es que no...*

(T): *En lo que estamos de acuerdo es en que lo estás pasando mal, has pasado por momentos muy difíciles, y llevas un tiempo con el ánimo bajo y ansiedad y creo que en eso sí te puedo ayudar...*

Desesperanza creativa: después de narrar su historia de vida, abordamos las soluciones que había intentado para resolver el problema, los efectos a corto y las consecuencias a largo plazo de estas acciones:

SOLUCIONES	EFECTOS CP	CONSECUENCIAS LP
Acudir a varios médicos y especialistas	Alivio en un principio A veces incredulidad	Frustración ante los resultados, enfado con el personal médico, pérdida de tiempo, sensación de incompreensión... No sirvió de nada.
No salir de casa	Gran alivio en el momento	Pérdida de amistades, dejar de salir con mi hijo al parque, depender de otros para hacer la compra o salir. Tampoco sirvió
Mascar chicle para el mal aliento	Alivio unos minutos	Posibles problemas bucodentales, en ocasiones es de mala educación. No notaba que mejorara la halitosis.
Duchas frecuentes	Alivio el tiempo que duraba la ducha	Veía que no se iba el olor, me ponía más nerviosa y más olor se desprendía. Interferencia en la vida diaria
Discutir con amigos por ocultar la verdad “del olor”	Sacar la rabia que sentía	Situaciones tensas, pérdida de amigos, vergüenza después.

Ingesta medicamentosa	Acabar con todo el sufrimiento	Hice daño a mi hijo, amigos y familia, me ingresaron en el hospital. Si hubiera acabado con mi vida... no ver a mi hijo crecer, perderme los días de playa, no volver a reír...
Intentar no pensar		Cuanto más intento controlarlo, más ansiedad tengo y más potente se vuelve.

Al finalizar la sesión le pedí que reflexionara durante las próximas sesiones sobre los intentos que realizaba por mantener el control y si esto le estaba sirviendo para controlar verdaderamente los síntomas.

Segunda sesión:

Se trabajaron las fases:

El control es el problema: usamos la metáfora de las arenas movedizas “*la ansiedad es como estar atrapados en arenas movedizas, cuanto más trato de luchar para salir de ahí, más me hundo en la arena, cuanto más intentos hago por escapar de la ansiedad más angustia siento y más desesperada me veo. Es importante en ocasiones pararse, dejar de luchar, tratar de relajarse y hacer lo contrario de lo que nos pide el cuerpo*”. Se le propuso tratar de no hacer nada cuando notara que sentía ansiedad. Nada de chicles, nada de preguntar a la gente sobre su olor, ni de recriminar a nadie por la cara ponía, salir igualmente de casa cuando lo necesitase a pesar de la ansiedad.

Psicoeducación sobre emociones: con la finalidad de normalizar las emociones más básicas, se explicó a “C” la utilidad que tienen en la vida y la poca utilidad de intentar luchar contra ellas.

Defusión cognitiva: tiene el objetivo de que la persona comprenda que pensamientos y emociones no tienen por qué condicionar nuestra conducta y nuestra vida, y que aprenda a ser una observadora consciente de sí misma, prestando atención a las experiencias que tiene, así como a sus pensamientos y sentimientos sin juzgarlos. En este caso, “C” sentía una gran vergüenza al salir a la calle, habiendo dejado entre otras cosas de salir llevar a su hijo al parque. Se utilizó la metáfora de los pasajeros del autobús (Hayes et al., 2014), intentando objetivar el leguaje y convertir los pensamientos en personajes con la finalidad de “defusionar” el contenido verbal con las emociones y con su conducta. Sobre esta metáfora trabajamos en ocasiones posteriores, siempre adaptada a su caso en particular:

(T) Imagínate que eres conductora de un autobús y tienes que llegar a un destino. Imagina que hay unos pasajeros que te están molestando, están insultándote y riéndose de ti, te dicen cosas del tipo hueles mal, no te va a querer nadie, eres una mala madre, no vas a llegar nunca a tu destino... ¿Qué harías?

(P) No lo sé. Me echaría a llorar, sería algo horrible. Pararía y haría que se bajasen del autobús. Si me coge en un día muy malo a lo mejor me acababa pegando con alguno.

Se explicó a “C” que sus pensamientos eran como estos pasajeros, que aunque molestos, no tenían por qué condicionar su vida. Cada uno es conductor de su propia vida, no podemos controlar a nuestros pasajeros, ni lo que nos duelen sus palabras, pero lo que sí podemos hacer es decidir el destino del autobús. Hay que intentar no dejarse llevar por este tipo de pensamientos.

Usamos también la siguiente metáfora:

(T) “¿Es lo mismo comerse un pollo frito que imaginarme que me como un pollo frito? Puedo imaginar que me como un pollo crujiente, en su punto, y ponerme a salivar, pero eso sin duda no es lo mismo que comerse un pollo. Que creas que la gente se va a reír de ti o que eres una mala madre, no significa que lo seas, sólo son eso, pensamientos” (Díaz-Sibaja, 2019).

Acordamos para la siguiente sesión que intentaría observar los pensamientos sin juzgarlos.

Tercera sesión

En la primera parte de la sesión nos centramos en practicar la defusión cognitiva. Analizamos pensamientos que había tenido durante la semana. Alguno de ellos: “Huelo mal”, “la gente se va a reír de mí”, “doy asco”, “nadie va a quererme así”, “soy una mala madre y no me encargo de mi hijo”, “estoy tirando mi vida a la basura por culpa de este mal olor”, “no puedo ponerme nerviosa porque el olor aumenta”. Retomamos la metáfora del autobús y e identificamos los pensamientos con personajes subidos en él. Trabajamos la idea “mis pensamientos son eso, pensamientos, no me definen, yo soy algo más”. Aunque no se trabajó explícitamente la fase “yo como contexto”, con este ejercicio se hace levemente referencia a este elemento”. Seguimos utilizando la metáfora del autobús en este punto porque C se mostraba motivada y receptiva con ella.

(T) Los pensamientos son como pasajeros que se suben y se bajan del autobús. A veces hay pasajeros amables y otras desagradables, como los pensamientos que se pasan por mi cabeza, que unos días son más negativos que otros. Pero yo siempre podré decidir a pesar de todo hacia donde quiero ir. Ahora vamos a ver hacia dónde quiero yo dirigir mi autobús. Vamos a tratar de identificar qué persona quieres ser y qué metas quieres proponerte conseguir.

Cabañas Rojas, V. y Baez Rodriguez, A.

Identificación de valores: preguntando ¿cómo te gustaría ser dentro de 5 años?. Exploramos sus valores en diferentes áreas. Empezamos por valores relacionados con ser madre, por ser una de sus principales preocupaciones.

Como madre: implicada en la educación de mi hijo, cariñosa, cuidadora, fuerte.

(T) *¿Qué cosas puedo hacer para cumplir con alguno de esos valores?*

(P) *Como cuidadora: acompañar a mi hijo al colegio, llevarlo al parque, encargarme de sus cosas...*

(T) *Debemos dejar aquí la sesión. Aunque el próximo día seguiremos trabajando sobre valores, te animo a que intentes desde ya, hacer cosas que te acerquen a ellos...*

Cuarta sesión:

Seguimos trabajando sobre la identificación de valores. C comentó que durante esas semanas había hecho muchos avances. Había empezado a salir a la calle, a acompañar a su hijo y llevarlo al parque.

(P) *me he liado la manta a la cabeza y me he dicho a mí misma ¡que pase lo que tenga que pasar!*

(T) *¿Y qué tal ha ido la experiencia? Mejor de lo que me esperaba... me ha dado un poco de ansiedad al principio, pero lo he hecho igualmente. Los últimos días iba más relajada y al no tener ansiedad, no tengo olor, voy mucho más tranquila y me siento orgullosa de mi misma.*

Seguimos trabajando sobre valores: como persona, como mujer, como pareja, como hija, como amiga, como trabajadora, y en relación a la salud física y mental.

Aunque el objetivo de la terapia es el desarrollo de valores y no la consecución de metas, trabajamos con "C" algunas metas desarrolladas para la consecución de esos valores como una forma de identificar conductas y acciones que pudieran encaminarla a ser lo que ella quisiese ser. Por ejemplo:

Como persona: independiente, segura de sí misma, buena persona, sociable, agradable.

(T) El valor independiente, ¿tipo de acciones podrían ayudarte a desarrollar este valor?

(P) Pues... ir sola a comprar el pan, no tener que depender siempre de mi madre o mi pareja, irme a andar aunque no tenga ninguna amiga que me acompañe...

Identificamos varios valores, y acordamos que aunque trataría de tenerlos todos en cuenta, elegiría 2 sobre los que trabajaría especialmente esa semana. Se inició la fase de "voluntad y compromiso" de la terapia ACT. Los valores elegidos fueron:

Como madre: cuidadora.

Como persona: independiente.

Quinta sesión:

“C” comentó que había mejorado notablemente, estaba participando de todas las actividades que deseaba con su hijo: hablar con sus tutores, llevarlo al cine, salir de paseo, acompañarlo a clase y actividades extraescolares.... Comentó que estaba conociendo a un chico

(P) Me estoy tomando las cosas con calma, aunque tengo ganas de estar con él todo el tiempo procuro no atosigarlo porque quiero ser como pareja independiente.

Refería mejoría en el estado de ánimo y menor presión de la ideación delirante, de la que decía *“sigue estando ahí, pero no le echo cuenta ninguna. Es un problema que está ahí y no puedo cambiar, pero me he dado cuenta de que hay otras cosas en mi vida por las que sí puedo luchar”*.

Repasamos todo lo aprendido. “C” sigue en seguimiento por parte de esta unidad.

Resumen de las sesiones y aspectos trabajados

Sesiones	Fases ACT
Sesión 1	Elaboración de historia clínica. Alianza terapéutica. Desesperanza creativa.
Sesión 2	Establecemos objetivos de la terapia. El problema puede ser el control. Defusión cognitiva.
Sesión 3	Yo como contexto. Identificación de valores.
Sesión 4	Identificación de valores. Compromiso con la acción.
Sesión 5	Voluntad y compromiso.

RESULTADOS**Evaluación post-intervención**

-Afectividad: “C” en las últimas consultas era capaz de hablar de cualquier tema sin mostrar síntomas vegetativos. En el contenido del relato no se apreciaban preocupaciones, siendo capaz de mantener charla superficial con buena resonancia afectiva. Refería incremento de actividades en casa, jugando más con su hijo, buscando empleo, recibiendo visitas en casa, saliendo a realizar actividades fuera de casa y motivada por seguir mejorando. Se observaba un mejor nivel de autocuidado

-Rigidez psicológica: si bien persistía la ideación delirante, “C” aseguraba verse menos condicionada por ella, con comentarios del tipo “yo hago ahora lo que

quiero, y que pase lo que tenga que pasar”. Aseguraba “intento hacer las cosas lo mejor que puedo y punto. No echar cuentas a las cosas que hago”.

-**Ideación delirante:** seguía sin hacer crítica ninguna del delirio, si bien este ocupaba menor tiempo de la sesión y parecía ejercer menor presión en ella.

- **Evitación del dolor:** “C” aseguraba que a pesar del miedo que sentía al salir, había logrado grandes avances, incrementando las salidas diarias. Refería haber dejado de mascar chicle en ocasiones en las que sintió “el impulso de hacer algo con su olor”. Comentaba que en varias ocasiones, había hecho caso omiso a las críticas de su madre, soportando el deseo de salir de la habitación.

-**Satisfacción con la vida:** aseguraba mayor satisfacción con su vida, sentirse orgullosa de llevar a su hijo al parque o al colegio. Indicó que estaba conociendo a una nueva pareja y refería sentirse ilusionada.

-**Conductual:** salía de casa a diario para ver a su pareja, acompañar a su hijo, salir sola a comprar. En casa refería estar más participativa de las conversaciones familiares y ayudar a su hijo con los deberes.

DISCUSIÓN.

Debido a las limitaciones metodológicas de los estudios de caso en general y la falta de un método de evaluación estandarizado en este caso particular, no se puede atribuir estrictamente la mejoría observada a la efectividad de la terapia aplicada. Puesto que los objetivos de la terapia ACT no van encaminados tanto a la reducción de la sintomatología psicótica como al desarrollo de acciones valoradas por la persona objeto de la intervención, resulta difícil encontrar cuestionarios fiables y validados que permitan cuantificar estos aspectos.

Tampoco se puede discernir qué técnicas de todas las utilizadas han tenido un mayor efecto en la intervención. Sin embargo, sí que podemos observar que ha habido una evolución positiva en la sintomatología de la persona en tan sólo 5 sesiones, con menor presión e interferencia del delirio en la vida de “C”, y sobre todo en lo referente a las acciones valoradas y emprendidas en su vida desde el inicio de la terapia.

Por último hacer constar que “C” sigue actualmente en seguimiento por esta unidad de salud mental, y aunque se haya observado una mejoría en su evolución, se siguen trabajando y reforzando aspectos ya aprendidos como el afrontamiento y no evitación de situaciones dolorosas o la identificación y realización de actividades comprometidas, con el objetivo de que la mejoría persista a largo plazo.

REFERENCIAS.

- Bach, P. (2004). ACT with the seriously mentally ill. En S. C. Hayes, & K. D. Strosahl (Eds), *A practical guide to acceptance and commitment Therapy* (pp. 185-208). Springer: New York.
- Bach, P. (2015). *Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis: Applying acceptance and mindfulness in the context of an inpatient hospitalization.*
- Bach, P. y Hayes, S. (2002). The Use of Acceptance and Commitment Therapy to Prevent the Rehospitalization of Psychotic Patients: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (5), 1129-1139.
- Bach, P., Hayes, S. C., & Gallop, R. (2012). Long term effects of brief Acceptance and Commitment Therapy for psychosis. *Behavior Modification*, 36(2), 165-181. doi:10.1177/0145445511427193
- Barrera, T.L., Szafranski, D.D., Ratcliff, C.G., Garnatt, S.L. y Norton, P.J. (2016). An experimental comparison of techniques: cognitive defusion, cognitive restructuring, and in-vivo exposure for social anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44, 249-254. DOI: 10.1017/S1352465814000630.
- Batten, S. V., & Hayes, S. C. (2005). Acceptance and Commitment therapy in the treatment of comorbid substance abuse and post-traumatic stress disorder. A case study. *Clinical case studies*, 4(3), 246-262. doi:10.1177/1534650103259689
- Carrascoso, F. J. (1999). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el Trastorno de Angustia con Agorafobia: un estudio de caso. *Psicothema*, 11(1), 1-12.
- Díaz-Sibaja, M.A (2019). Cuida tus emociones. Tratamiento psicológico de la depresión. www.psicologiadelasalud.es
- Egúskuiza-Vásquez, K. (2015). Una aproximación a la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 7(3), 1-3.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 368-385. doi:10.1016/j.cbpra.2009.06.001.
- García-Montes y Pérez-Álvarez (2016). Terapia de Aceptación y Compromiso aplicada a la esquizofrenia. Estado actual y direcciones futuras. *Análisis y Modificación de Conducta* 2016, Vol. 42, N° 165-166, 99-119
- García, J. M., Luciano, M. C., Hernández, M., & Zaldívar, F. (2004). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 16(1), 117-124.

Cabañas Rojas, V. y Baez Rodriguez, A.

Gaudio, B. A., & Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 415-437. doi:10.1016/j.brat.2005.02.007

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioural and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. doi:10.1016/S0005-7894(04)80013-3

Hayes, S. C. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida. La nueva Terapia de Aceptación y Compromiso*. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory. A post Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.

Hayes, S. C., Bissett, R., Roget, N., Padilla, M., Kohlenberg, B. S., Fisher, G., ... Niccolls, R. (2004). The Impact of Acceptance and Commitment Training and Multicultural Training on the Stigmatizing Attitudes and Professional Burnout of Substance Abuse Counselors. *Behavior Therapy*, 35(4), 821-835. doi:10.1016/S0005-7894(04)80022-4

Hayes, S. C., Kohlenberg, B. S., & Melancon, S. M. (1989). Avoiding and altering rule-control as a strategy of clinical intervention. In S. C. Hayes (Ed.), *Rule governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control* (pp. 359-385). New York: Plenum.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer.

Luciano, M. C., & Hayes, S. C. (2001). Trastorno de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(1), 109-157.

Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L. (2012). Slow and Steady Wins the Race: A Randomized Clinical Trial of Acceptance and Commitment Therapy Targeting Shame in Substance Use Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 43-53. doi:10.1037/a0026070

Masuda, A., Hayes, S. C., Fletcher, L. B., Seignourel, P. J., Bunting, K., Herbst, S. A., ... Lillis, J. (2007). Impact of acceptance and commitment therapy versus education on stigma toward people with psychological disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2764-2772. doi:10.1016/j.brat.2007.05.008

Montgomery, W. (2014). *Teoría, Evaluación y Cambio de la Conducta. Texto Universitario*. Lima: APTTA.

Morton, J., Snowdon, S., Gopold, M., & Guymer, E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy group treatment for symptoms of Borderline Personality

- Disorder: A public sector pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 527-544. doi:10.1016/j.cbpra.2012.03.005
- Páez, M., & Gutiérrez, O. (2012). *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Pankey, J., & Hayes, S. C. (2003). Acceptance and Commitment Therapy for psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 311-328.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna: la melancolía y la esquizofrenia*. Madrid: Ediciones Pirámide
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Ruiz-Sánchez, L. J., Cangas, A. J., & Barbero, A. (2014). Intervención breve de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en ancianos institucionalizados con sintomatología depresiva. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 445-458
- Thomas, N., Morris, E. M. J., Shawyer, F., & Farhall, J. (2013). Acceptance and commitment therapy for voices. En E.M.J. Morris, L.C. Johns, & J.E. Oliver (Eds.), *Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis* (pp. 95-111). Chichester, UK: Wiley
- Twohig, M. P. (2009). The application of acceptance and commitment therapy to obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(1), 18-28. doi:10.1016/j.cbpra.2008.02.008
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 37(1), 3-13. doi:10.1016/j.beth.2005.02.001
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 705-716. doi:10.1037/a0020508
- Twohig, M. P., Shoenberger, D., & Hayes, S. C. (2007). A preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40(4), 619-632. doi:10.1901/jaba.2007.619-632
- Wilson, K. G., & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Cabañas Rojas, V. y Baez Rodriguez, A.

Zaldívar, F., & Hernández, M. (2001). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Aplicación a un trastorno de evitación experiencial con topografía agorafóbica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 425-454.

Zettle, R. (2007). *ACT for Depression: A Clinician's Guide to Using Acceptance & Commitment Therapy in Treating Depression*. Oakland: New Harbinger Publications.