



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**Gestión de la culpa y del trauma a través de la Terapia de
Aceptación y Compromiso y EMDR en un caso clínico**

Autora: Marta Llorente Izquierdo

Directora: Belén Marina Gras

Madrid

Mayo, 2023

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
DISEÑO.....	19
PRESENTACIÓN DEL CASO.....	20
ANTECEDENTES	22
EVALUACIÓN INICIAL.....	23
FORMULACIÓN DEL CASO	26
TRATAMIENTO Y CURSO	32
RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.....	49
DISCUSIÓN.....	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

Resumen

El presente estudio de caso clínico desarrolla la intervención de una paciente con 20 años con sintomatología ansiosa y trauma desde la Terapia de Aceptación y Compromiso, mindfulness y EMDR. El objetivo del trabajo es respaldar la eficacia de estas intervenciones empíricamente validadas y contribuir a la investigación para el tratamiento de la sintomatología ansiosa y el trauma en jóvenes. Se evaluó a la paciente mediante entrevista clínica semiestructurada y la realización de la prueba Vinculatest. En la intervención se emplearon técnicas como la psicoeducación en emociones, defusión cognitiva, exposición, uso de metáforas y mindfulness. Los resultados concluyen una significativa mejoría global de la paciente. Por un lado, un exitoso reprocesamiento de los recuerdos traumáticos y, por otro lado, un aumento de la flexibilidad psicológica, aceptación emocional y un incremento de estrategias funcionales de resolución de conflictos, viéndose disminuidas las respuestas de evitación y escape y su nivel de ansiedad.

Palabras clave: ansiedad, defusión cognitiva, EMDR, evitación experiencial, exposición, mindfulness, Terapia de Aceptación y Compromiso.

Abstract

This clinical case study develops the intervention of a 20-year-old woman with anxious symptoms and trauma using Acceptance and Commitment Therapy, mindfulness and EMDR. The goal of this work is to support the efficiency of these empirically validated interventions and to contribute to research on the treatment of anxiety symptoms and trauma in young people. The patient was assessed through a semi-structured clinical interview and the Vinculatest questionnaire. Techniques such as psychoeducation in emotions, cognitive defusion, exposure, use of metaphors and mindfulness were used along the intervention. Results conclude a significant global improvement in the patient. On one hand, a successful reprocessing of traumatic memories took place. On the other hand, an increase in psychological flexibility and emotional acceptance, as well as several new acquired functional conflict resolution strategies were found, together with the decrease of anxiety and avoidance and escape responses.

Keywords: anxiety, cognitive defusion, EMDR, experiential avoidance, exposure, mindfulness, Acceptance and Commitment Therapy.

Introducción

La salud mental de los más jóvenes se está empezando a considerar prioritaria en las poblaciones de numerosos países. El trastorno de ansiedad es el problema de salud mental más habitual, siendo los datos medios un 8,84% de prevalencia en mujeres y un 4,52% en hombres. La tasa en mujeres entre los 20 y 24 años es algo más baja, siendo de un 6,36%. La edad de aparición de sintomatología ansiosa cada vez es más temprana, y son datos alarmantes (García et al., 2020).

Además, en la práctica clínica pocos son los casos que acudan a terapia por una única problemática, sino que cada uno de ellos presenta unas variables y sintomatología que suelen estar relacionadas entre sí. En estos casos, como el que se expone en el presente trabajo, se recogen diferentes instrumentos y metodologías de intervención para las dificultades de la paciente, aunque todos ellos abordan la sintomatología ansiosa de esta.

La exposición de este caso es de gran importancia por la relevancia clínica del objetivo terapéutico. También por abordar problemáticas como el trauma y la evitación como respuesta a la ansiedad mediante técnicas, métodos y psicoterapias novedosas y de gran eficacia.

El trauma es el elevado terror e indefensión que siente una persona al vivir un hecho que supone una amenaza de la vida o integridad propia o de otros, que provoca una visión del mundo como un lugar peligroso, ante la que no sabemos responder de forma efectiva y que hace que la persona cuestione sus creencias y expectativas sobre lo que es la seguridad (Flannery, 2004). En la actualidad, el concepto de trauma es más amplio, pudiéndose generar por la exposición repetida a sucesos que por sí solos no son traumáticos, pero su acumulación perjudica y acaba dañando nuestros recursos de afrontamiento (Shapiro, 2001).

Tras estos sucesos, se busca superar la adversidad automática e instintivamente para encontrar la protección, pero, a veces, eso no resulta sencillo. La vivencia de un hecho traumático pasado interfiere en el presente cuando se enquistaba o se fija y queda retenido en el

sistema nervioso (Shapiro, 2001). Algunos estímulos disparan creencias irracionales, imágenes, pensamientos, emociones y sensaciones muy similares a las que se experimentaron el día del suceso original (Hensley, 2010), generando una baja percepción de confianza y eficacia en la persona que lo experimentó (Hensley, 2010).

Estas respuestas a estos estímulos que en la actualidad deberían ser neutros aparecen en mayor o menor medida en función del miedo que tengamos de volver a pasar por esa situación, pudiendo el sujeto quedar atrapado en ese bucle sin salida.

Se han estudiado los tipos de trauma y, según los autores, se pueden clasificar de diferentes maneras. La Dra. Shapiro diferencia dos. Por un lado, los traumas “T” son los ocasionados por catástrofes naturales, desgracias generadas por el ser humano como guerras, incendios, violaciones, muertes... En el presente trabajo, lo vivido corresponde al segundo tipo, los traumas “t”, que son aparentemente más leves, y no impactan en gran medida en el desarrollo, pero interfieren negativamente en la autoestima, autoconcepto y la creencia sobre uno mismo, y pueden surgir por críticas, agravios, ofensas, situaciones vividas como subjetivamente peligrosas... y quedar fijos en nuestra red memorística (Shapiro, 2001).

Otra forma de clasificación es diferenciar, por un lado, el trauma de choque, que ocurre cuando la escena traumática es única y se produce de forma súbita. Y el trauma evolutivo, referido a aquellos acontecimientos sucedidos a lo largo del tiempo y que van afectando de manera progresiva, alterando el sistema neurológico hasta llegar a afectar negativamente en la percepción de seguridad de la persona. Algún ejemplo de trauma evolutivo sería el abandono, traición, grave enfermedad, agresión... (Hensley, 2010).

Aunque existen estas clasificaciones, los autores no han llegado a un acuerdo sobre qué experiencias deben o no ser consideradas siempre traumáticas, porque las personas reaccionan de maneras muy dispares ante un mismo suceso (González, 2017) y porque el momento en el

que se producen tiene un papel fundamental en la formación del trauma (Van der Hart et al., 2008).

Además de la época en la que se experimente el suceso, también influyen en gran medida las relaciones sociales que mantenemos, sobre todo desde que nacemos hasta que llegamos a la etapa adulta, donde muchos de los vínculos son de dependencia de nuestros cuidadores (González, 2017).

Los vínculos y el apego son un arma de doble filo. Por un lado, los vínculos y apego seguro permiten un gran desarrollo tanto emocional como físico y un elevado nivel de funcionamiento. Sin embargo, somos dependientes de nuestros cuidadores, lo que nos convierte en vulnerables. Algunos autores ponen la traición de un ser querido como un punto de inflexión para la aparición del trauma. Al ser seres sociales, intentamos pertenecer a grupos que aportan seguridad y protección. La red que se forma debería ser una fuente de respaldo y estabilidad. Por este motivo, el daño que proviene de aquellos en los que se busca el cuidado, queda fuera de lo esperable, generando un trauma más complejo (González, 2017).

Este tipo de daños generan un trauma complejo que puede dificultar las relaciones con los demás y desembocar en futuros diagnósticos clínicos. Cuando nos hemos criado en un entorno desfavorable y amenazador, creamos una barrera defensiva inadecuada ante cualquier amenaza, porque en el momento inicial ese muro era la mejor o única solución posible. Una de las opciones de defensa es el sacrificio por los demás, buscando siempre cubrir las necesidades del otro por encima de las propias (González, 2017).

En este sentido, se habla de los traumas ocultos, que son aquellos sucesos cotidianos relacionados con la ausencia de reconocimiento, de apoyo y de sostén emocional que están en la base de un apego inseguro y que interfieren en nuestro funcionamiento.

Las consecuencias del trauma son la dificultad de regular y modular correctamente ciertos aspectos de su funcionamiento psíquico. Además, el paciente lucha contra sí mismo y

evita recordar lo que sucedió (Van der Hart et al., 2008). Lo que busca la persona que está pasando por algo así es mantener tapados esos recuerdos, pero aparecen acontecimientos vitales que le conectan de nuevo con el recuerdo de los diferentes momentos traumáticos. En muchas ocasiones, no existe una similitud real entre el hecho que desencadenó el malestar inicial y el suceso presente que ha ocasionado las mismas sensaciones de bloqueo, incapacidad y desamparo, por lo que no somos capaces de relacionar ambas (Shapiro, 2010).

Ante el miedo, aparecen dos respuestas posibles cuyo fin es la protección; luchar o huir. Pero cuando hay un malestar tan elevado como en el trauma, la solución de enfrentarnos al problema queda bloqueada permanentemente. Cuando aparece una circunstancia similar a la problemática, disponemos de herramientas suficientes como para enfrentarnos a ello, sin embargo, nos quedamos paralizados, y como nos resulta tan desagradable la escena, evitamos. Sin embargo, para poder superar el trauma es necesario aceptar las dificultades, validar, escuchar las emociones y dejarlas estar (Shapiro, 2010).

El objetivo terapéutico es la reconciliación con nuestro mundo emocional (González, 2017), procesar y disminuir los pensamientos y emociones desagradables asociados a los recuerdos traumáticos y tener herramientas de resolución más adaptativas (Shapiro, 1989). Uno de los métodos más eficaces para ello es EMDR.

EMDR, son las siglas en inglés de lo que en español se traduce como Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares. Es una forma de psicoterapia impulsada por la Dra. Francine Shapiro y sostenida por una sólida base científica, tanto psicológica como neurológica, que integra procesos estandarizados y clínicos (Hensley, 2010) y que busca llegar al resultado en un periodo de tiempo lo más breve posible, disminuyendo al máximo los riesgos que puedan presentarse al aplicarlo.

Su origen se encuentra en el modelo PAI o Procesamiento Adaptativo de la Información, que aporta la base teórica y de tratamiento, esclareciendo el origen del desarrollo

de la personalidad y la patología (Shapiro, 2001). PAI explica que una experiencia traumática interrumpe en el sistema de procesamiento de la información, evitando la asimilación de las emociones y pensamientos asociados a él, provocando que se almacenen de forma disfuncional y se reexperimenten ante estímulos que deberían ser neutros para esas respuestas, generando elevado malestar.

A través del PAI se defiende la tendencia a la autocura psicológica, es decir, la posibilidad de que la información desadaptativa se transforme en adaptativa y se integre por nuestro sistema fisiológico innato (Shapiro, 2001). Sin embargo, cuando el trauma es excesivamente incómodo puede bloquearse en el sistema nervioso central, aunque nuestro sistema de procesamiento de la información trate de resolverlo. Aquí es donde EMDR ha demostrado ser un buen método para acceder al trauma, procesar la información y crear nuevas asociaciones entre dichos recuerdos y otros más adaptativos, eliminando la carga negativa vinculada al trauma (Hensley, 2010), aliviando de esta forma el malestar y reduciendo la activación fisiológica.

EMDR es un enfoque de tres vértices: primero, el abordaje de acontecimientos pasados que han formado las bases disfuncionales; a continuación, se trabajan los sucesos presentes que generan malestar, desensibilizando los estímulos disparadores de incomodidad; y, por último, se incorporan - posibles circunstancias futuras para fomentar la adquisición de destrezas y funcionar de forma adaptativa.

Se debe realizar en este orden para que el procesamiento de los recuerdos tempranos que genere respuestas funcionales se generalice en las redes de memoria, y así poder tener resoluciones adaptativas en el presente (Hensley, 2010).

La forma de acceder a estos sucesos fue descubierta por Shapiro, quien encontró que los movimientos oculares bilaterales o el seguimiento ocular fomentaban la activación del sistema de procesamiento de la información. Aunque tiempo después se concluyó que la

alternancia bilateral de palmadas y tonos auditivos también se podían emplear (Leeds, 2013; Shapiro, 2001).

Esta estimulación bilateral, como uno de los elementos importantes de la técnica, se asocia directamente con la ansiedad, la atención y la resolución de dificultades (Shapiro, 2001). Y también con el aumento de la interacción entre el hemisferio cerebral derecho y el izquierdo.

Se ha demostrado que la conectividad entre los hemisferios facilita la integración de los recuerdos disociados. La disociación imposibilita el acceso al recuerdo traumático, quedando anclado en el cerebro e impidiendo que se integre y se procese (Salvador, 2006). La sincronización entre los hemisferios reestablece la conexión entre los recuerdos traumáticos y las estructuras cerebrales. Esta conexión facilita la relación de la imagen aversiva, almacenada en el hemisferio derecho, con la cognición positiva asociada al mismo, que activa el hemisferio izquierdo (Leeds, 2013).

El segundo componente esencial de la técnica es la exposición en imaginación, donde se lleva a consciencia el recuerdo traumático. A diferencia de la desensibilización sistemática o la exposición en imaginación como técnica aislada, EMDR trata de encontrar aquellos acontecimientos responsables de que las emociones y pensamientos desadaptativos se anclaran en el paciente. Con esto se busca diluir la imagen aversiva y todas las creencias y cogniciones que se asocian a ella, y redirigir la información desadaptativa a una solución más funcional (Shapiro, 2010).

El proceso de EMDR consta de ocho fases para asegurar que el paciente se establezca en el momento previo, presente y posterior al procesamiento de los sucesos traumáticos. La primera, denominada “Historia”, tiene el objetivo de evaluar la problemática del paciente, recoger los datos para realizar la historia clínica y planificar su tratamiento teniendo en cuenta su motivo de consulta.

En la segunda fase, de preparación, se afianza la relación entre el terapeuta y el paciente, se le explica qué es EMDR, tanto las bases en las que se apoya como los objetivos que se quieren conseguir con ella, y se le prepara para el trabajo de un recuerdo traumático concreto con dicho método, ensayando la estimulación bilateral y observando la comodidad del paciente con la técnica (Shapiro, 2001).

La tercera, de evaluación, sirve para medir y concretar aquellos objetivos planteados en la anterior fase, se establecen los elementos diana, seleccionando el foco. También se identifica el pensamiento negativo que el paciente se asigna así mismo en relación con el suceso traumático, se desarrolla el pensamiento alternativo positivo deseado y se identifica qué emoción está asociada. La siguiente etapa es la de desensibilización, donde se procesa el recuerdo traumático, se suprimen los elementos disfuncionales y disminuye el choque emocional del recuerdo. Las fases cinco y seis consisten en instalar y fortalecer la cognición positiva con el concepto inicial trabajado y reevaluar y revisar las sensaciones corporales presentes una vez presente el pensamiento positivo alternativo. La penúltima fase sirve de cierre y finalización de la técnica, una vuelta al momento presente, con independencia de si se haya reprocesado completamente el evento. Un suceso está reprocesado exitosamente cuando la emoción asociada inicialmente llega a ser neutral, el paciente asume como cierta la cognición positiva alternativa y no existe malestar corporal. La última fase de reevaluación consiste en la posterior revisión del trabajo realizado y confirmar que las emociones y pensamientos positivos se sigan manteniendo (Shapiro, 2001).

Como se ha mencionado anteriormente, no fijarnos en el pasado nos resta información acerca del origen del problema actual, del mismo modo que no observar nuestro interior también imposibilita entenderlo. Uno de los objetivos de la intervención es aprender a identificar todos los componentes del malestar, porque el conocimiento de los disparadores y estados emocionales hará más sencillo el cambio.

Entre los estados emocionales que se están desencadenando en el presente caso de estudio se encuentran el sentimiento de abandono y miedo de poder ser reemplazada; la necesidad de aprobación y reconocimiento de los demás, creando dependencia de la opinión del otro y posicionándose en un estado de indefensión si esta validación no aparece, lo que afecta a la toma de decisiones y autonomía de la paciente.

El trauma ha generado pensamientos y creencias muy autocríticas, desadaptativas y disfuncionales. Estas cogniciones se manifiestan en situaciones no traumáticas, pero están evocando el mismo malestar que el experimentado en el recuerdo traumático.

Los sentimientos y pensamientos resultantes provocan tal malestar que se vuelven intolerables, por lo que la alternativa que se encuentra es la evitación experiencial y la consecuente repetición de los mismos comportamientos, que obviamente siguen sin ser funcionales para la reducción del malestar.

El trauma ha influido en la creación de pensamientos y creencias muy autocríticas, desadaptativas y disfuncionales por parte de la paciente. Estas cogniciones comienzan a manifestarse en situaciones no traumáticas, pero que evocan el mismo malestar que el experimentado en el recuerdo traumático. En muchas ocasiones son pensamientos muy aversivos y críticos nuestras acciones, comportamientos, formas de ser, derrotas... Todos tenemos aquellos pensamientos que cumplen ese papel, pero deja de ser saludable cuando los creemos tajantemente, nos fusionamos con ellos y actuamos conforme a sus mandatos, es entonces cuando se convierten en dañinos para nosotros por el elevado grado de malestar que nos genera.

Esa incomodidad es tan intensa que tratamos de rechazarla, evitarla y pararla, al igual que ocurre con los pensamientos asociados a los recuerdos traumáticos. Sin embargo, al ser una parte de la persona, no es posible eliminarla. Evitar esos pensamientos no es una tarea exitosa, aunque aporta un alivio del malestar momentáneo. Pero la ansiedad reaparece en un

futuro próximo, las estrategias de escape y evitación se repiten y la persona acaba comportándose de forma rígida.

Esa rigidez de comportamiento y evitación de todas aquellas situaciones que generan un elevado malestar serán trabajadas desde la Terapia de Aceptación y Compromiso, cuya abreviatura se escribe ACT.

La Terapia de Aceptación y Compromiso forma parte de las Terapias Cognitivo-Conductuales de Tercera Generación (Hayes, 2004). No es una mera técnica, sino un enfoque multidimensional con eficacia validada y demostrada en un gran número de trastornos y problemáticas psicológicas que comparten la evitación experiencial como base (Páez & Gutiérrez, 2012).

Las bases de ACT se encuentran en la Teoría del Marco Relacional, que es una teoría conductual del pensamiento y el lenguaje. Defiende que la forma de relacionarnos es aprendida por relaciones arbitrarias entre dos componentes, donde juega un papel fundamental el lenguaje. Estas relaciones tienen 3 propiedades, representadas como un triángulo. La primera es la vinculación mutua, en la que surge una segunda relación en dirección contraria, derivada del vínculo previo entre dos componentes en un único sentido. Explica que las relaciones puedan ser inversas y combinarse entre ellas. En segundo lugar, la vinculación combinatoria, que se define por la aparición de una tercera relación a partir de la combinación de dos relaciones previas. Por último, la transformación de funciones, que implica que un estímulo puede modificar la funcionalidad de otro con el que mantenga una relación (Hayes, 2004; Hayes, 2013; Páez & Gutiérrez, 2012; Higuera, 2006). La presencia de los diferentes tipos de relaciones permite que un estímulo concreto forme parte de muchas relaciones al mismo tiempo (Mandil et al., 2017).

ACT parte de la premisa de que el malestar y el sufrimiento forman parte de la vida de los humanos. Es necesario tener en cuenta que las emociones no son ni malas ni buenas, todas nos enseñan algo y simplemente las hay agradables y desagradables (González, 2017).

Desde esta óptica, el sufrimiento llega cuando la persona se fusiona con esos pensamientos y emociones aversivas y estima como cierto todo lo que piensa, sin poder diferenciar su consciencia de sus pensamientos al estar fuertemente solapados. En este estado, la persona ha aprendido que solo hay una manera correcta de ser que lleve a la felicidad (Hayes et al., 2015). En este caso, ese bienestar se consigue a través de cubrir las necesidades de los demás, depender de ellos y evitar y escapar de todas las situaciones ansiógenas para la paciente.

La persona fusionada no puede soportar el malestar y adopta estrategias para no contactar y huir de él (González, 2017). A este comportamiento evasivo se le denomina trastorno de evitación experiencial.

La evitación no es mala en sí misma, pero se transforma en problemática cuando es la única forma de actuación ante las experiencias internas y, por tanto, puede conducir a consecuencias perjudiciales. Si el bienestar es esencial para actuar de forma valiosa, la persona buscará borrar aquellas emociones, pensamientos y recuerdos que le angustien. Esto mina las estrategias de afrontamiento y la percepción positiva de uno mismo. Este ciclo de evitación se va repitiendo porque genera un alivio temporal a corto plazo. Sin embargo, los eventos internos desagradables reaparecen y se vuelve a recurrir a la estrategia de evitación cada vez con más frecuencia.

Los procesos de fusión y evitación conducen a una rigidez en las conductas de actuación, base del sufrimiento según ACT.

En consecuencia, ACT propone como objetivo esencial incrementar la flexibilidad psicológica, sustituir esos patrones rígido de conducta por formas más flexibles de actuar, para fomentar el desarrollo de habilidades y estrategias de actuación más efectivas. Este enfoque

busca tomar conciencia de la influencia que tiene el lenguaje y la cognición sobre los actos, tomar distancia y objetivar esos pensamientos para decidir la posterior actuación (Mandil et al., 2017).

Con el objetivo de incrementar la flexibilidad psicológica se debe llegar al fortalecimiento de las seis siguientes habilidades, comúnmente plasmadas gráficamente con forma un hexágono llamado Hexaflex.

La primera es la aceptación, reconocer la existencia de emociones desagradables y generadoras de malestar. Tratar de librarse del dolor solo lo amplifica, hay que asumir el momento en el que uno se encuentre y las emociones que llegan, con el objetivo de obtener una vida valiosa. El proceso de aceptación tiene dos momentos, por un lado, la desesperanza creativa, es decir, acompañar al paciente en su darse cuenta del aumento de malestar generado por el control de las cogniciones y emociones; ayudarle a percibir las consecuencias de su evitación experiencial y a comprender cómo esas consecuencias no concuerdan con sus valores, los cuales habrá que clarificar (Páez & Gutiérrez, 2012). Y, por otro lado, la aceptación conlleva aprender a contactar con las experiencias internas sin tratar de defendernos de ellas evitándolas (Mandil et al., 2017).

La segunda habilidad es la defusión, aprender a mirar los pensamientos y las emociones desde una cierta distancia, sin fusionarnos con ellos y sin verlos como una imagen que muestra la realidad tal y como es. La defusión es ser conscientes de las propias cogniciones y emociones, observarlas como lo que son, sin permitir que nos controlen (Hayes et al., 2015), para reducir su impacto en la persona (Páez & Gutiérrez, 2012).

Otra premisa de ACT es el contacto con el momento presente, que implica mantener el foco y atención en lo que está sucediendo externa e internamente en ese instante, a las sensaciones físicas, cogniciones, emociones y lo percibido por los cinco sentidos. El foco y la

flexibilidad de la atención son imprescindibles porque permite estar atento y dar permiso a la posibilidad de distracción y el posterior regreso al momento presente de forma flexible.

La cuarta es la capacidad de observarse a uno mismo y a las circunstancias que se estén dando en ese momento desde distintas perspectivas. El yo como contexto se trata del punto desde el que observamos, incluyendo todo el entramado interno y la flexibilidad al cambio de posición (Mandil et al., 2017).

ACT considera imprescindible y fundamental la vida centrada en valores, es decir, conducir las actuaciones hacia lo deseado, lo que para cada persona es valioso (Hayes, 2015). De la mano de este aspecto va el último de las seis habilidades imprescindibles, la acción comprometida. Compromiso como capacidad de ajustar la conducta presente, de forma consciente, hacia los valores, aunque ello conlleve malestar. Hay que aprender a conducir la propia vida y saber cuál es el camino y la meta a la que se quiere llegar, manejando los problemas que vayan surgiendo en el recorrido (González, 2017). Este concepto lo adquiere ACT del contextualismo funcional, en el que la totalidad es lo importante y las partes solo se valoran cuando tienen una utilidad. El objetivo se pone en el fin al que se quiere llegar; si se bloquea un camino, se busca una alternativa para llegar a la misma meta (Hayes, 2015).

El fin de ACT es incrementar estas seis habilidades para disminuir y compensar el efecto que tiene el lenguaje sobre las personas, como explica la Teoría del Marco Relacional. Trabajarlas no requiere de ningún método concreto, es válido llegar a la meta de ACT desde diferentes formas de trabajar (Mandil et al., 2017).

Desde ACT se aporta un papel central al mindfulness como herramienta para fortalecer y hacer presentes las habilidades necesarias mencionadas, aunque la meditación se integra en muchos otros modelos terapéuticos.

El origen del mindfulness tal como lo conocemos ahora en occidente se traslada a los budistas de hace 2500 años, aunque en la actualidad no posee ninguna connotación religiosa.

En la lengua pali, existía la palabra “Satipatthana” que está compuesta por “sati” que traducida significa mindfulness y “upatthana” que quiere decir “estar cerca de”. La palabra en su conjunto se conceptualiza como “estar presente con atención plena”.

Mindfulness se define como la atención plena, ser consciente de las vivencias en el momento presente, sin juicio y con aceptación (Miró & Simón, 2012).

Muchas son las investigaciones que hoy en día apoyan que el mindfulness y la meditación impulsan la elaboración de habilidades prácticas para que cualquier persona se puedan relacionar con sus propias experiencias en un entorno más sabio y compasivo.

Lo que diferencia mindfulness de la observación no terapéutica es que el objetivo de la primera es observar los eventos privados y las conductas internas. Prestarles atención, con intención, apertura y sin juicio, atendiendo al momento presente (Esgueva, 2016), poniendo el foco en las sensaciones y emociones, sin establecer comparaciones con lo que resultaría ideal, y aceptando que esa experiencia tiene un fin (Miró & Simón, 2012).

La apertura se maximiza con una posición no defensiva, querer compartir la vivencia, estar abierto a lo desconocido y a las sensaciones, ideas o emociones que van surgiendo.

Se busca una mente que observe sus propias vivencias cotidianas, se fije en los automatismos y redirija el foco al presente para convertirlo en la base de nuestra vida, con práctica y constancia.

En el mindfulness es imprescindible la paciencia, la calma y el balance para poder atender las experiencias sensoriales, emociones y pensamientos, sin juicios y con aceptación (Esgueva, 2016).

Los humanos, a diferencia de los animales, tenemos miedo psicológico, que se puede manifestar a través del estrés, el miedo, la agitación, obsesión... y se refiere a acontecimientos o situaciones que pueden pasar o que ya ocurrieron, pero se podrían repetir. La persona se encuentra físicamente en el presente, pero su mente está en el pasado o en el futuro. Es entonces

cuando el cuerpo se convierte en esclavo de la mente, la cual busca el control, la evitación de que existan diferencias entre cómo son las cosas y cómo deberían o podrían ser.

Se ha demostrado la eficacia y los beneficios de mindfulness en el tratamiento de trastornos de ansiedad, depresión, trastorno obsesivo compulsivo, de conducta alimentaria, trauma, etc. (Miró & Simón, 2012).

Los objetivos por trabajar desde mindfulness en personas con ansiedad son, en primer lugar, ampliar la consciencia sobre las situaciones, ver qué función tiene su emoción y pensamiento. En segundo lugar, generar un cambio de actitud y pasar a ser compasivo, no juzgador, y aceptar el contenido de las experiencias internas. Y, por último, mejorar su calidad de vida poniendo el foco en la flexibilidad y en el presente, por ejemplo, a través de la autocompasión, que hace que la persona elija las acciones acordes a sus necesidades emocionales.

Como se ha mencionado anteriormente, mindfulness también se utiliza para el tratamiento del trauma. Cuando las personas han pasado por una experiencia traumática, organizan sus pensamientos, sensaciones, emociones... como una amenaza interna, teniendo sentimientos de culpa, de evitación; o como amenaza externa en la que el mundo es un lugar inseguro.

Al tomar consciencia, uno se da cuenta de que gran parte de su vida y en sus experiencias ha tenido la sensación de no estar a salvo. El miedo, la evitación y la negación surgen para proteger sus vulnerabilidades. Mindfulness enseña a regular y expresar las emociones sin juicio ni evitación, con aceptación (Miró & Simón, 2012).

En el presente caso, existen una serie de hipótesis de partida que, a lo largo de la terapia se han ido confirmando y han pasado a ser objetivos de tratamiento. La primera sería la existencia de trauma en diferentes momentos de su vida que están impidiendo a la paciente el desarrollo pleno y feliz en el presente. Otra es la elevada crítica interna que la juzga, generando

un elevado malestar, lo que la lleva a emplear como única estrategia de afrontamiento la evitación de las situaciones que originan esa ansiedad.

Teniendo en cuenta estas hipótesis, los objetivos principales de este trabajo son mostrar los resultados de la EMDR en un caso clínico; apoyar la eficacia ya demostrada en numerosas investigaciones científicas del empleo de EMDR como psicoterapia para el trabajo del trauma; y mostrar el cambio de la paciente hacia un trato más compasivo y menos crítico y evitativo consigo misma gracias al seguimiento de las bases de ACT y mindfulness.

Diseño

En el presente estudio de caso se va a describir y analizar el proceso terapéutico de un caso clínico de una paciente de 20 años cuya primera demanda fue por misofonía, caracterizada por una respuesta emocional intensa y aversiva hacia los ruidos que hacía su padre. Sin embargo, el motivo de consulta se amplió en las primeras sesiones, visibilizándose su ansiedad tras diferentes recuerdos traumáticos, la elevada responsabilidad y sentimiento de culpa y la crítica hacia sí misma, que serán trabajados con la Terapia de Aceptación y Compromiso y EMDR.

La intervención presentada en el presente trabajo ha sido realizada en una clínica privada, con orientación cognitivo-conductual, entre semana y en horario de tarde.

Entre los criterios de elección del caso, se tuvo en cuenta la motivación al cambio de la paciente, su compromiso, adherencia al tratamiento, la alianza terapéutica entre la paciente y las terapeutas, así como, la relevancia de la problemática hoy en día en la sociedad, el empleo de técnicas y psicoterapia novedosas y la utilidad que pueda tener para futuros profesionales de la psicología clínica.

Por lo tanto, quedaron excluidos los restantes casos al no cumplir alguna de las características mencionadas.

La intervención se ha llevado a cabo mediante coterapia, contando con la presencia, en todo momento, de dos terapeutas que han trabajado de forma coordinada en los objetivos terapéuticos.

La primera de las terapeutas es licenciada en Psicología, especialista en Psicología Clínica y Máster en Terapia Infanto- Juvenil y familiar. Terapeuta EMDR N1 de adultos y niños y adolescentes por el Instituto Español de EMDR, además de experta en mindfulness y ACT en infancia y adolescencia.

La segunda de las terapeutas es graduada en Psicología y Criminología, finalizando el Máster Universitario en Psicología General Sanitaria y la especialización en población infanto-juvenil desde una perspectiva Cognitivo-Conductual. Con experiencia en el ámbito de la psicología penitenciaria y en psicología clínica de niños y jóvenes.

El trabajo se realiza en el marco de la Universidad Pontificia de Comillas, y se aprobó la realización de este estudio por la Dirección del Máster de la misma universidad en enero de 2023 por cumplir con los requerimientos obligatorios.

Presentación del caso

Julia es una chica de 20 años, nacida en las Islas Canarias, que lleva dos años viviendo en Madrid para estudiar una carrera universitaria. Sus padres están divorciados, su padre sigue viviendo en una isla de las Islas Canarias y, por otro lado, su madre está en Madrid con ella. Tiene dos hermanos que viven aquí con ella y su madre.

Su familia tiene un nivel económico bajo, Julia colabora en la economía familiar con las becas que obtiene y es quien lleva las cuentas de la casa. Por motivos de espacio, comparte habitación con uno de sus hermanos, lo que dificulta la intimidad, el orden, el estudio y el descanso.

Julia es la que más ayuda en casa y a su madre; que recibe todo lo contrario por parte de sus otros dos hijos. Julia se encarga de recoger y mantener el orden en la casa, de la limpieza,

de la gestión económica y de que su madre esté bien. Incluso realiza las tareas que les corresponden a sus hermanos. Ellos no colaboran en el hogar, en mantener un entorno agradable en la casa. Todo esto le genera a Julia un elevado grado de malestar que no sabe cómo gestionar, y que intenta resolver haciéndose cargo de las tareas del resto, para que su ansiedad baje, pero el enfado hacia sus hermanos se mantiene.

Además, tiene una relación tensa con su hermano mayor. Pese a que Julia es una persona tranquila, calmada, alegre y a quien no le gusta discutir, su hermano es todo lo contrario y no se lo pone nada fácil a ella, generando un ambiente tenso en casa y muy desagradable para Julia.

Por otro lado, mantiene una difícil relación con su padre. El motivo de consulta inicial de Julia es la misofonía, por una sensibilidad elevada a los ruidos que hace su padre, que le generan un malestar que percibe como excesivo. Su padre es alcohólico y Julia tiene recuerdos en los que ha necesitado a su padre y él no se encontraba en las condiciones óptimas para atender a su hija. Julia se ha sentido descuidada, sola y haciéndose cargo de una persona adulta cuando ella era la niña. Además, tiene un elevado sentimiento de culpa y se siente responsable de que su padre no se recupere, siente que podría hacer más por él, aunque al mismo tiempo le resulta muy desagradable la situación.

Su padre tiene familia en Madrid. Y, cuando Julia empezó a estudiar en la universidad, hace 2 años, tuvo que irse a vivir a casa de los primos de su madre a Madrid porque ella y sus padres no se podían permitir, en ese momento, costear su alojamiento. En esta vivienda, vivían su tío, su tía, y sus dos primos. Mientras que con su tío tenía muy buena relación, su tía no parecía estar contenta con su presencia en la casa y recibía de ella malas caras, contestaciones bordes, enfados sin justificación... Esto, sumado a que estaba viviendo en la habitación de su primo, le generó a Julia sentimientos de culpabilidad por ocupar un espacio que no le correspondía, sintiendo que sobraba en ese entorno y que no hacía más que molestarles, además

de pensar que su tía no la quería. No es capaz de pensar que esa situación no es su culpa y que ella no es la responsable del trato que estaba recibiendo. Aunque esto pasó hace dos años, hoy en día le sigue generando mucho malestar el recuerdo de todo aquello, y ese sentimiento de culpa se activa con variedad de estímulos actuales.

Julia es una persona que ha adquirido el rol de cuidadora en muchos entornos de su vida y tiene responsabilidades que no le competen por su edad, sobre todo en el ámbito familiar. En el ámbito social, se han generalizado sus inseguridades, su necesidad de hacerlo bien y de cubrir las expectativas del otro, por lo que para ella es necesaria la aprobación, validación y comprobación del resto para estar segura de que lo que dice, hace o piensa es lo correcto.

Cuando alguna situación, familiar o social, le molesta, le incomoda o le genera emociones desagradables, Julia tiende a evitar el conflicto y esquivar la expresión de su emoción y opinión para aliviar el malestar en sí misma.

Entre sus motivos de consulta se encuentran la misofonía, el malestar que le genera el recuerdo de los meses que vivió en casa de los primos de su madre y la incomodidad que le produce la relación con su hermano. Durante la fase de evaluación, a éstos se añaden el rol de cuidadora, la necesidad de cubrir las necesidades de los demás y las responsabilidades que ha adquirido que no le competen. Por último, una gestión emocional y cognitiva desadaptativas y su tendencia evitativa a la hora de expresar su opinión ante dichos conflictos.

Antecedentes

En relación con sus antecedentes, Julia es la primera vez que acude a terapia.

Los problemas de su padre con el alcohol han existido siempre, sin embargo, cuando ella era pequeña trataban de ocultárselo. Ya entrada en la adolescencia, Julia empezó a presenciar situaciones desagradables en las que su padre estaba ebrio. Por su estado, su padre se desentendía de las labores de la casa y de la economía familiar. Es entonces cuando Julia

empezó a experimentar malestar por los ruidos que su padre hacía (silbidos, entrechocar de llaves, ruido al comer...).

Por otro lado, pese a que vivió hace un tiempo con sus tíos y primos, el recuerdo y malestar ha vuelto por tener una persona en común con ellos a la que ve muy a menudo y cuyo interés por preguntarle por su familia es elevado, impidiéndole a Julia evitar el malestar que esos recuerdos aún le suscitan.

Por último, la tensión entre su hermano y ella ha ido aumentando con el paso del tiempo. Él es una persona que puede llegar a ponerse violento ante una discusión o discrepancia, siendo muy desagradable para Julia. Además, desde que se mudaron a Madrid y comparten un espacio en la casa más pequeño, cuenta con menos espacio para escaparse de las discusiones.

El cúmulo de estas circunstancias genera en Julia un alto grado de malestar y ansiedad, afectándole en su vida diaria e impidiéndole experimentar una vida plena y satisfactoria, momento en el que decide pedir ayuda y acudir a consulta.

Evaluación inicial

La evaluación se realizó durante las primeras sesiones de la intervención, aunque es un proceso que continúa durante toda la intervención.

En primer lugar, se recoge la información más relevante acerca de su motivo de consulta. Se realiza mediante entrevista clínica semiestructurada con el objetivo de descubrir qué detonantes le llevaron a solicitar ayuda profesional y, en qué medida estas interferencias están perjudicando su vida diaria, recogiendo así el grado de malestar que esto le produce: “¿qué te ha llevado a pedir ayuda?”, “¿cuándo comenzó ese malestar?”, “¿cuánto te preocupa?”, “¿qué emociones te genera el recuerdo de esos sucesos?” ...

Una vez se sabe qué motivos la han llevado hasta allí, se busca obtener toda la información posible y disponible sobre el área familiar, social y académica; así como su funcionamiento en estas áreas. Como, por ejemplo, “¿qué relación tienes con tu padre y tu

madre?”, “¿con quién vives?”, “¿qué te gusta hacer en tu tiempo libre?”, “¿en qué contexto te sientes más tranquila?”, “¿cómo es tu relación con tus amigos?”, etc.

La entrevista clínica se complementa con la realización de la línea de vida para obtener una visión más clara de sus vivencias, experiencias... de a qué sucesos da prioridad, cuál es su percepción de los acontecimientos que le han ido ocurriendo, qué cambios han sobrevenido a lo largo de los años, etc. También es un método útil para entender su personalidad, sus estrategias de afrontamiento actuales aprendidas del pasado y el posible origen de los problemas.

Para ahondar más en los motivos de consulta de la paciente, y siguiendo con el formato de entrevista semiestructurada, se le solicitan más detalles sobre cada uno de los motivos de consulta de la paciente. Se presta atención a sus demandas y al grado de malestar que le generan respectivamente.

De los conflictos con su hermano: “Me supera, no lo aguanto más. Es horrible”.

De las vivencias con los primos de su madre: “Siento que sobraba en la casa de mis tíos, mi tía no me quiere. Además, es culpa mía esa situación. Lo hacía todo mal, no sabía como actuar y yo solo molestaba”.

De la relación con su padre: “Siento que no puedo dejarle ahí, sin hacer yo nada” “Me siento culpable por no estar ayudándole más”.

De la relación con sus amigos: “Ana me trata mal, me hace el vacío”, “no soy capaz de decirle nada”, “es mi culpa que ahora Ana esté sola en Madrid, porque sólo me tenía a mi”.

Para entender mejor sus relaciones con los demás, se le solicita la realización de la prueba Vinculatest, test para la evaluación y la valoración de los vínculos interpersonales en adultos. El Vinculatest da información sobre el tipo de vinculación que utiliza la paciente con los demás, los componentes habituales de dicha vinculación y un índice global que indica el dominio de la vinculación segura sobre el resto de los modelos. Con ello, se comprende la

forma de interacción de Julia. Los datos obtenidos señalaron un predominio en vinculación insegura y apego temeroso, caracterizado por una imagen negativa de los demás y de sí misma.

Del mismo modo, obtuvo altos resultados en dependencia afectiva y en evitación emocional, característicos de la vinculación insegura. Por un lado, necesita la aprobación y ratificación de los demás para sentirse con seguridad y creer que sus conductas se están realizando de forma correcta, dependiendo afectivamente de los demás, pero, por otro lado, aparece un sentimiento de agobio cuando se produce un acercamiento afectivo. Esto es un patrón aprendido y modificable y se convierte en uno de los objetivos terapéuticos a mejorar.

Además de estas las tres formas de evaluación citadas (entrevista, la línea de vida y el Vinculatest), durante la intervención se le solicitó que realizara un autorregistro de aquellas conductas y tareas que correspondían a otros y ella realizaba en su lugar, cuyo objetivo era reducirlas. En él debía anotar, durante una semana, todas aquellas circunstancias en las que hubiera cubierto las necesidades u obligaciones de los otros, el malestar que le genera no hacerlo y cómo acaba la escena. De esta manera se obtiene una muestra de las emociones que siente al reducir dichas conductas y de las nuevas herramientas de actuación aprendidas y su puesta en marcha.

Tabla 1

Autorregistro

	Qué solía a hacer	Malestar	
Día	por los demás y no hago	(intensidad y duración)	Cómo acaba

Como última técnica de evaluación, se empleó la observación de la conducta verbal y no verbal de Julia. Desde el principio, Julia se mostró muy colaborativa y honesta. Así, cuando aparecían los asuntos que le causaban un alto grado de malestar, se podía observar en su

lenguaje no verbal mayor inquietud en la silla donde estaba sentada, movimientos de las piernas e incluso llanto.

También se detectaron como variables relevantes una elevada crítica y exigencia consigo misma, no siendo motivo de consulta, pero sí un asunto muy importante a trabajar.

Recurría de forma constante a “debería”, “es mi culpa”, “no soy capaz”, “no lo soporto”, “tengo un problema”.

Gracias a todos estos métodos de evaluación, se pudieron establecer los objetivos terapéuticos y aspectos principales a trabajar en el proceso, así como el método mediante el que se van a llevar a cabo.

Formulación del caso

Julia presenta un patrón ansioso que le interfiere en el afrontamiento y enfrentamiento de las dificultades que aparecen en su vida cotidiana.

Desde que era pequeña ha vivido en un entorno familiar en el que su padre estaba ausente cuando ella le necesitaba, llegaba ebrio a casa y ella se encargaba de cuidarle.

“Mi padre llega a las 6:30 de la mañana, ido, irreconocible. Yo estaba sola en casa, en ausencia de mi madre y mis hermanos, sin contar con los dos chicos de alquiler que estaban en sus habitaciones y no vieron nada. Me había prometido acompañarme al examen de conducir, pero tuve que ir yo sola”.

“Cuando yo era muy pequeña, no sabía que mi padre tenía problemas con el alcohol. Siento que hasta los 12 años tuve un padre y luego otro, mi padre no es el que yo creía”.

Además, los recursos económicos familiares siempre han sido escasos y Julia ha tenido que gestionar, desde hace varios años, la economía familiar. Tiene asumido el rol de cuidadora de sus padres y sus hermanos, buscando siempre cubrir sus necesidades y priorizarlas sobre las propias:

“Mi madre se desahoga conmigo cuando tiene un conflicto con mi hermano”, “a los dos meses de casarse mi madre con mi padre, ella se quería divorciar, pero su familia le decía que aguantara. Me frustra mucho porque mi madre quería salir de ahí y no le apoyaban”, “yo estaba muy preocupada por un tema económico, sin embargo, mi padre silbaba y parecía que no le importaba”, “siento que no le puedo dejar así, sin hacer nada”.

Asimismo, es muy sensible a las actuaciones de los demás. Su nivel de malestar aumenta considerablemente cuando no recibe un trato que ella considera apropiado o cuando otra persona no actúa como ella quisiera:

“Si él quiere que yo sea feliz, tiene que dejar de hacerlo (beber alcohol)”, “me molesta que Ana me hable como lo hace, que me trate así”, “me generó mucho malestar y tristeza que mi tía se ofendiera en la llamada”, “me molesta que mis hermanos no colaboren en casa ni ayuden a mi madre”, “me molesta lo que hacen los demás”.

Sin embargo, tiene un alto sentimiento de culpa por muchas de las situaciones que experimenta con otros. Su rol de cuidadora le hace sentirse culpable cuando no puede hacerse cargo de los demás o cuando el resultado no es el esperado.

Desde que vivió una temporada con sus los primos de su madre y sus hijos, se siente muy culpable de todo lo que ocurrió, se vivió como un estorbo que solo traía problemas:

“Sobro y mi tía no me quiere. Es mi culpa esta situación”, “si yo no hubiera ido a la comida, no hubiera habido problemas ni mal rato”

Sentimiento de culpa con sus padres: “Yo lo hice mal, fue culpa mía”, “siento que no puedo dejar en ese estado a mi padre, me da pena, no puedo quedarme sin hacer nada”, “tengo que cuidar de mi madre”, “mi madre se desahoga conmigo cuando tiene problemas con mi hermano”, “yo me encargo de los temas económicos de la familia”, “colaboro económicamente con las becas que me dan”.

Sentimiento de culpa con sus amigos: “Ana no tiene a nadie más en Madrid. Me siento responsable de que esté sola si me alejo de ella”.

A nivel cognitivo, Julia es muy crítica con ella misma. Está muy relacionado con los sentimientos de culpa y con lo exigente que es en los cuidados y en cubrir las necesidades de los demás. Si todo sale como ella lo desea, no se felicita en exceso, sin embargo, cuando no ocurre de ese modo, su parte más crítica sale a la luz en forma de desprecios, juicios, rechazo hacia sí misma, siempre presente un patrón de pensamientos negativos muy desadaptativo. “Yo lo hice mal”, “es mi culpa”, “soy un desastre”, “me siento muy mal por haberme equivocado yo”

Estos pensamientos le generan tan elevado grado de incomodidad que sus comportamientos y estrategias de afrontamiento se basan en conductas de evitación y escape.

Hace todo lo necesario para que esos sentimientos de inutilidad y rechazo no aparezcan.

En casa, cubre todas las necesidades de su madre, ayudándole en las tareas de la casa, llevando las cuentas económicas familiares, escuchando cuando está mal. Con sus hermanos, también realiza las tareas que ellos no hacen, no discute con ellos ni les expresa su enfado cuando algo le ha molestado, evitando el conflicto. Con sus amigos, busca su bienestar, dar tiempo y atención, aunque no le apetezca y no expresa su malestar cuando algo le ha ofendido.

Esta forma de afrontar, que Julia repite de forma rígida para minimizar el malestar, no le está funcionando y sus pensamientos críticos reaparecen e incluso se intensifican.

Esta rigidez e inflexibilidad en su comportamiento, a través de conductas de evitación con el objetivo de eliminar aquellas emociones y pensamientos aversivos relacionados con el suceso, se ha considerado un aspecto principal en el tratamiento terapéutico de Julia (a observar en la tabla 2 donde se expone el patrón de evitación experiencial de la paciente). El objetivo será la exposición a ese malestar y la aceptación de las sensaciones físicas y emociones incómodas que está sintiendo, así como las cogniciones desagradables que aparezcan.

Por último, los resultados del Vinculatest nos han dado información sobre su patrón de relación y vinculación con los demás. Primeramente, esa autocrítica le genera sentimientos de inseguridad, lo que le lleva a una dependencia y necesidad de aprobación y comprobación del otro. Esto le hace sentirse más segura y tranquila consigo misma.

“Un amigo, al llegar a clase me dijo que no quería hablar. Yo empecé a pensar qué le pude haber hecho”. A la semana siguiente el chico le expresó que no había sucedido nada, y fue entonces cuando Julia se tranquilizó.

“No debería importarme lo que piensa la gente, pero me importa”.

Al mismo tiempo, evita la intimidad afectiva con los demás por la inseguridad y miedo que tiene a que le hagan daño. Julia tiene un amigo, Joaquín, quien expresó sus sentimientos amorosos por Julia. Ella en aquel momento le rechazó. Pasado el tiempo, él le vuelve proponer quedar y a ella le apetece, quiere hacerlo; pero siente ansiedad al pensar en la posibilidad de vinculación y formación de una relación íntima con él.

Tabla 2*Análisis funcional de la conducta de Julia. Evaluación del patrón de evitación experiencial*

Estímulo	Respuesta	Consecuente	Proceso	Consecuencia a largo plazo
Alguien hace algo que a ella le molesta/ le duele	No expresa su opinión para evitar el conflicto	Alivio del malestar Sentirse aceptada	Reforzamiento negativo (Rf -) → evitación/escape Reforzamiento positivo (sentirse aceptada es un Rf +)	Incapacidad de afrontamiento Persistencia del malestar Inexistencia de autocuidado
Sus padres y hermanos necesitan ayuda (o ella lo percibe así) o no cumplen con sus obligaciones. “No puedo dejar a mi padre así...”	Intentar cubrir sus necesidades	Alivio del malestar Sentimiento de utilidad	Reforzamiento negativo (Rf-) → escape Reforzamiento positivo (Rf+)	Persistencia del malestar Autocrítica por no cubrir todas las necesidades de los demás
Pensamientos críticos Fusión con esos pensamientos: “Tendría que...”	Realiza actividades para escapar del malestar	Alivio del malestar	Reforzamiento negativo (Rf -) → escape	Persistencia de los pensamientos críticos

Estímulo	Respuesta	Consecuente	Proceso	Consecuencia a largo plazo
<p>“Debo hacer...” “Y si no, es mi culpa”</p>	<p>Preguntar a los demás (Necesidad de aprobación y comprobación de los demás) Realiza actividades para escapar del malestar</p>	<p>Alivio momentáneo por creer lo que le dicen Alivio del malestar al escapar Sensación de control</p>	<p>Reforzamiento negativo (Rf -) → evitación/escape Reforzamiento positivo (Rf+)</p>	<p>Reaparecen esos sentimientos de culpa No cree lo que le dicen los demás</p>
<p>Pensamientos de culpa: “Si yo no hubiese ido a la comida, no hubiera habido mal rato” “Me siento mal porque Ana no tiene a nadie más con quien salir en Madrid” “Si no me habla, ¿será porque yo le he dicho algo que le ha molestado?” Rumiación</p>				

Tratamiento y curso

La intervención consta de 18 sesiones desde su inicio hasta su finalización con el alta de la paciente. La totalidad de estas se ha distribuido a lo largo de 6 meses, desde septiembre hasta febrero de 2023, aunque a finales de abril de 2023 han tenido lugar dos sesiones de seguimiento a petición de la paciente. Se han llevado a cabo a través de coterapia, contando con la participación de dos terapeutas presentes en todo momento. Todas las sesiones han seguido un formato presencial, semanal, de una duración de 50 minutos aproximadamente y siempre remuneradas. Además, el proceso ha sido estructurado en cuatro fases.

La primera es la evaluación conductual. Se comienza con la recogida de información inicial para conocer y entender la demanda y delimitar las conductas problema. Se sigue con la realización de la ecuación conductual, donde se plantean las hipótesis de formación y mantenimiento del problema. Aquí, se van esclareciendo y dotando de importancia a los valores de la paciente. A partir de los mismos se plantearán los objetivos de la intervención y las acciones realizadas por la paciente.

La siguiente fase es la comunicación verbal de las terapeutas a la paciente sobre las conclusiones iniciales de la evaluación y observar la respuesta verbal y no verbal de la paciente al recibir los resultados de la primera etapa. Aquí también se establecen, de forma coordinada entre terapeutas y paciente, los objetivos de la intervención terapéutica y las técnicas con las que se va a llevar a cabo cada uno de ellos.

La tercera, de intervención, es la fase más prolongada de todo el tratamiento. En ella se aplican todas las técnicas con el objetivo de que Julia adquiriera nuevas formas de relacionarse, consigo misma y con los demás, más funcionales y adaptativas.

Una vez se alcanzan todos los objetivos planteados y no queda ningún otro asunto pendiente, se procede a finalizar la terapia. En la fase de seguimiento, el cierre se debe hacer gradualmente para la buena adaptación de la paciente.

El tratamiento se aborda desde la Terapia de Aceptación y Compromiso, demostrada su alta eficacia en problemas de fusión cognitiva y conductas de evitación experiencial; (Hayes, 2004) puntos clave de parte de la problemática de la paciente. La elevada autocrítica ha disminuido gracias, también, a los ejercicios de mindfulness destinados a favorecer una visión más autocompasiva de sí misma. La atención plena ayuda a observar el momento presente sin juzgarlo y aceptándolo tal y como es (Miró & Simón, 2012).

La ansiedad asociada a diferentes escenas traumáticas se trabajará desde EMDR, por ser un método efectivo y rápido con el que procesar y disminuir todas aquellas cogniciones y emociones desagradables que están asociados a recuerdos traumáticos y aportar herramientas de resolución más funcionales (Shapiro, 2001).

La programación de las sesiones se realizaba con antelación y, en todas ellas, se ha dedicado un espacio a varios de los motivos de consulta. Julia se muestra muy motivada y colaborativa, esto facilita un avance rápido en la terapia. Las conductas problema, así como los objetivos y las técnicas utilizadas se muestran a continuación, en la tabla 3.

Tabla 3*Listado de conductas problema, objetivos de intervención y técnicas aplicadas*

Conductas problemas	Objetivos terapéuticos	Técnicas aplicadas
<p>Ansiedad asociada a los traumas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conflictos con su hermano. • Recuerdo de las vivencias en casa de los primos de su madre. • Misofonía a los ruidos de su padre. <ul style="list-style-type: none"> • “Abandono” de su padre. • Beso de un hombre cuando ella era pequeña. 	<p>Diluir la imagen aversiva y cogniciones asociadas.</p> <p>Crear nuevas asociaciones entre los recuerdos y otros más adaptativos.</p> <p>Aliviar el malestar.</p> <p>Reducir la activación fisiológica.</p>	<p>EMDR:</p> <p>Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares.</p>
<p>Realización de tareas y responsabilidades que no le pertenecen: sentimientos de culpa.</p>	<p>Diferenciar culpa vs responsabilidad.</p> <p>Reducir estas conductas.</p> <p>Mejorar la autoestima.</p> <p>Fomentar el autocuidado.</p>	<p>Reestructuración cognitiva.</p> <p>Exposición al malestar de no cubrir las necesidades del otro.</p> <p>Ejercicios de mindfulness.</p>
<p>Autoconcepto y creencia negativa hacia sí misma: elevada autocrítica.</p>	<p>Incrementar la flexibilidad psicológica.</p> <p>Impulsar la aceptación de las experiencias internas desagradables.</p> <p>Ajustar la conducta hacia los valores.</p>	<p>Defusión cognitiva.</p> <p>Exposición al malestar.</p> <p>Empleo de metáforas.</p>

Evitación experiencial: Incapacidad de expresar su opinión/ emoción cuando algo le molesta o incomoda	Aumentar la acción guiada por los valores. Fomento de la comunicación asertiva. Afrontar situaciones desagradables.	Entrenamiento en resolución de problemas. Exposición al malestar de expresar su opinión. Ejercicios de comunicación asertiva: rol playing
Dependencia de la aprobación de los demás. Dificultades de vinculación emocional.	Aumentar la independencia: disminuir la necesidad de comprobación y aprobación. Fomentar la confianza hacia el otro.	Exposición al malestar de no pedir la comprobación y opinión. Entrenamiento en respuestas autónomas. Exposición a experiencias de intimidad con el otro.

Tras establecer los objetivos terapéuticos, se le explicó a Julia la metodología para trabajar el trauma, EMDR. Se ha empleado EMDR por ser un modelo de psicoterapia eficaz que logra acceder a la información traumática, insertar nueva información y proveer el procesamiento de los datos. Se ha utilizado un dispositivo que facilita la estimulación bilateral alterna táctil y auditiva simultáneamente. Se ha utilizado un dispositivo que facilita la estimulación bilateral alterna táctil y auditiva simultáneamente.

Al haber diferentes dianas y sucesos traumáticos a procesar, es uno de los objetivos principales que primero se comienzan a trabajar y a los que se dedicará un amplio tiempo en cada una de las sesiones de la intervención. EMDR se ha empleado para todas aquellas situaciones cuyos recuerdos le generan una elevada ansiedad, y que son pensamientos recurrentes que interfieren negativamente en su vida cotidiana.

En primer lugar, se trabajó la ansiedad que le genera los conflictos y la relación con su hermano. La cognición negativa que había presente era “no lo puedo aguantar, me supera”. Este primer objetivo, deja de serlo cuando Julia expresa “se acabó, ya no siento nada” y su puntuación sobre el malestar que siente es de 0-1 (nada), dándole la máxima credibilidad a la cognición positiva planteada: “No me afecta, puedo con ello”.

Es entonces cuando se comienza a trabajar el siguiente foco, el malestar que le genera el pensamiento de sentir que estorbaba en casa de los primos de su madre, asociado a un elevado sentimiento de culpa por dichas situaciones pasadas. Ella misma refiere “sobro y mi tía no me quiere” y como pensamiento alternativo, le gustaría pensar “no es mi culpa esta situación”. Al inicio siente mucha tristeza y una creencia muy baja de ese pensamiento alternativo. A medida que se va procesando y exponiendo a los diferentes recuerdos que aparecen con la estimulación bilateral, su emoción va cambiando, pasando por tristeza, decepción consigo misma, incomodidad, fastidio hasta llegar a “me siento juzgada, me da rabia

que me juzguen y luego no sean claros conmigo”, siendo aquí cuando se cree que no fue su culpa, dando por finalizado este objetivo.

El tercer objetivo que trabajar con EMDR es el malestar que le generan los ruidos que realiza su padre. Esta incomodidad comienza cuando un día ella estaba muy preocupada por un asunto de la economía familiar y su padre comenzó a silbar de fondo. Julia tuvo la impresión de que a su padre no le importaba nada esa situación. Recordar esta escena le produce una elevada ansiedad que localiza en el pecho. La idea que hay detrás es desprotección y sentimiento de abandono. Y le gustaría cambiarlo por el pensamiento de “soy capaz de aceptarlo tal y como es”.

También se observa el paso de una emoción a otra: “me genera frustración esperar algo de mi padre que no va a llegar”, “me frustra, pero a la vez me da pena”, a continuación, se transforma en enfado, en agobio al recordar la escena inicial. Aunque, progresivamente, la incomodidad que le generan los ruidos de su padre se va desvaneciendo, al mismo tiempo que la afirmación “puedo aceptarle como es” se hace verosímil para ella, así que se cambia de diana.

Ahora se pone el foco en otra escena en la que se haya sentido abandonada y descuidada por parte de su padre. Escoge el recuerdo de un día en el que tuvo que ir sola al examen de conducir porque su padre llegó ebrio a casa por la mañana, pese a su promesa de ir con ella. Julia refiere: “¿qué se hace ahora?”, “siento que hasta los 12 años tuve un padre y luego otro, mi padre no es el que yo creía”, “no me siento a salvo”, “siento que no le puedo dejar ahí sin hacer nada, me siento responsable, culpable y me da pena”. Este duelo por un padre que no cubre las necesidades de su hija es muy doloroso y complicado de procesar, sin embargo, Julia acaba aceptando a su padre tal y cómo es y transformando la sensación de peligro por la creencia de estar a salvo.

El último foco que trabajar con EMDR aparece al final de la intervención. Se trata del recuerdo que tiene Julia de cuando era pequeña y un hombre le dio un beso. Desde entonces tiene sueños recurrentes con esa escena, y le produce incomodidad. Al recordarlo tiene la sensación de estar en peligro, frente al pensamiento de estar a salvo como alternativo.

“Pienso que fue mi culpa la escena y el no contárselo a nadie. Siento frustración porque mis padres me habían avisado que no dejara que nadie me tocara, sin embargo, no me atreví a contárselo”.

Su sensación de estar a salvo empieza a aumentar cuando se imagina a ella misma de pequeña contándole a la Julia del futuro lo que ha ocurrido. El procesamiento termina dejando a Julia agotada, pero expresando “no está en mi mano lo que vaya a ocurrir”.

EMDR se emplea en, prácticamente, la totalidad de las sesiones de la intervención. Sin embargo, no es la única herramienta.

El resto de los objetivos se abordan desde la Terapia de Aceptación y Compromiso. Uno de los problemas más notorios de Julia era su evitación experiencial: huía de cualquier situación que le generara malestar, incomodidad o ansiedad. Por consiguiente, no contaba con las herramientas necesarias para hacerles frente. Aunque a corto plazo sentía alivio, esas emociones desagradables reaparecían y cada vez con mayor intensidad, por lo que el primer paso a fue psicoeducación sobre las emociones.

“Las emociones no son buenas ni malas en sí mismas, aunque sí es cierto que algunas son agradables y otras desagradables. Es importante saber que estas emociones no son permanentes, que aparecen, pero al cabo de un rato su intensidad va disminuyendo hasta que se desvanecen. Además, las emociones no nos hacen daño, no son perjudiciales ni son nuestras enemigas”.

Desde entonces el objetivo fue que Julia comenzara a ser más consciente de esas emociones que iban apareciendo, sin tratar de huir de ellas, simplemente aceptarlas y dejarlas estar y poco a poco ir observando cómo no hacen daño y acaban desvaneciéndose.

Desde ACT se trabajó la aceptación emocional, viendo a las emociones y sensaciones físicas como lo que son, eventos privados de carácter pasajero:

“Nosotros no decidimos qué emoción sentimos, porque son involuntarias, pero sí que está en nuestra mano lo que hacemos con ellas y cómo trabajamos una vez aparezcan. Cuando tratamos de huir de ellas es cuando se vuelven más intensas. Es como pedirte que no pienses en un elefante rosa ¿a qué has pensado en ello? Dejándolas estar y aceptándolas, llegará un momento que se acaban yendo porque no son permanentes”.

Una vez Julia entendió que la intensidad emocional sube y baja, el siguiente objetivo fue la exposición a ese malestar previamente tan evitado. Como tarea se le propuso que no pidiera confirmación a los demás acerca de su propia conducta, que no dependiera de la opinión del resto para asegurarse y estar tranquila de su punto de vista. En lugar de eso, se le enseñó a tener iniciativa propia. Con esta independencia Julia se dio cuenta que es completamente autosuficiente y que cuenta con herramientas para afrontar las situaciones de forma autónoma.

Por otro lado, recibía contestaciones desagradables de su compañera Ana, pero huía del conflicto y no le expresaba su opinión de esa situación, para ella tan desagradable. Así que también se le propuso como tarea hablar con Ana y dejar de evitar dicha situación, exponerse a la incomodidad de la conversación.

Así mismo, ACT tiene como objetivo flexibilizar el comportamiento, para lo que es importante aminorar la influencia del lenguaje y los pensamientos sobre los actos (Mandil et al., 2017). Para trabajar la defusión cognitiva, se le propuso a Julia la creación de un personaje que representase sus pensamientos más críticos, desadaptativos y disfuncionales, que le generan una elevada ansiedad y así poder externalizar el malestar.

El objetivo es poner distancia y separar esos pensamientos de su identidad, y cuestionar dichas cogniciones sin fusionarse por completo con ellas. Se introdujo esta técnica con el vídeo de Stephen Hayes llamado “Cómo detener la mente”. El nombre elegido para el personaje fue X. Julia entendió a la perfección el objetivo de la técnica y logró identificar rápidamente a X. “X es la que está hablando y te hace sentir mal, pero tú decides si tiene razón o no, o qué haces con lo que te está diciendo”. Desde ese momento, cada vez que aparecía el sentimiento de culpa de algo de lo que ella no era responsable, y su consiguiente juicio, conseguía tomar distancia y no darle la credibilidad que antes sí le otorgaba.

Para fomentar el autocuidado, también se trabajó con ejercicios de mindfulness. Desde mindfulness se consigue ampliar la conciencia sobre las situaciones y una mejor observación de la funcionalidad de las emociones y pensamientos, siendo compasivo y aceptándoles sin juicio (Miró & Simón, 2012). Se utiliza con Julia para aumentar la consciencia y el foco en el momento presente, aceptar y prestar atención a todas aquellas sensaciones que van apareciendo. Además, se busca fomentar el autocuidado con meditaciones de autocompasión, para que Julia pudiera poner en práctica un trato más compasivo y de entendimiento hacia sí misma.

Otra de las técnicas que se empleó a lo largo de la intervención fue el uso de metáforas. Desde ACT se busca desafiar los métodos tradicionales empleados en psicoterapia para afrontar los problemas, y, en su lugar, ofrece un conjunto de prácticas como son las metáforas con gran impacto terapéutico. Cada una de las que se va a exponer a continuación tiene un objetivo diferente, sin embargo, todas tienen en común el aumento de la consciencia, aceptación y las acciones guiadas por los valores.

En primer lugar, se le narra la metáfora del escalador: “Imagínate un paisaje con dos grandes montañas. Tú estás en una de ellas, es tu montaña y, en la montaña de al lado, está tu padre. Uno puede ver la montaña del de al lado, y dar algún consejo o ayuda cuando nos la

pidan porque desde tu montaña se ve la otra con mejor perspectiva. Sin embargo, tú objetivo es llegar a la cima de tu montaña, y cuidarla y vivir en ella. Así que nunca debes bajarte de tu montaña, abandonarla para acercarte a la montaña de tu padre, cargar a cuestas con él y juntos subir su montaña, porque no es la tuya y quedaría desatendida”.

El objetivo fue hacerle ver que puede ayudar a los demás, asistirles si lo necesitan. Pero siempre priorizando el autocuidado y las necesidades de uno mismo.

En segundo lugar, la metáfora del asno y del granjero: “Había una vez un granjero que tenía un asno muy viejo. Una mañana, el asno se tropezó y no pudo evitar caerse un pozo abandonado. El granjero al verlo pensó que el asno ya estaba muy mayor y no le servía para trabajar y que el pozo, al estar seco, no era útil. Así que, decidió que enterrar al asno en el pozo.

Al echar tierra el asno no paraba de moverse para intentar salir, sin embargo, sus propios movimientos le enterraban más y más. Al dejar de moverse de esa manera, se dio cuenta que la tierra caía en sus lomos y si dejaba caer esa tierra a sus pies, él conseguía estar un poco más alto. Cada vez que se echaba tierra al pozo, el asno se sacudía y la pisaba. Así el asno consiguió salir del pozo”.

La tierra es como los problemas, si luchamos para tratar de evitarlos, nos acaban enterrando. Sin embargo, a veces esas dificultades nos aportan herramientas y aprendizajes para afrontar situaciones presentes o futuras. De manera que, lo que ahora parece amenazante, puede servir para elevarse.

Por último, la metáfora del tigre, con el objetivo de explicar el funcionamiento y las consecuencias de la evitación experiencial y la rumiación cognitiva: “Imagina que te despiertas una mañana y te encuentras, justo delante de tu puerta, a un cachorro monísimo de tigre que maúlla. Está claro que te lo llevas a casa y lo adoptas. Al cabo de un rato comienza a maullar porque tiene hambre. Le das un poco de carne y repites esa conducta cada vez que maúlla. Ves

que ese gatito comienza a crecer y lo que antes le saciaba el hambre ahora es insuficiente así que pasas a darle hamburguesas. Se acaba convirtiendo en un tigre que ruge ferozmente cuando es la hora de comer y cada vez tienes que darle mayor cantidad de comida.

El tigre puede compararse con tus pensamientos y emociones. Cada vez que realizas acciones con el objetivo de evitar pensamientos y emociones desagradables, estás alimentando al malestar y ayudando a que crezca, se fortalezca y controle tu vida”.

El último de los objetivos terapéuticos a exponer en el presente trabajo fue fomentar el autocuidado y la autocompasión.

Este conjunto de técnicas está ayudando a Julia con sus pensamientos y sus conductas.

Entre los objetivos finales se encuentran la disminución del malestar ante los recuerdos traumáticos, fomentar un trato más autocompasivo hacia sí misma y el desarrollo de estrategias funcionales de afrontamiento de situaciones ansiógenas.

Por último, cabe destacar que todas las intervenciones tenían en común la premisa de ACT: acción comprometida y vida centrada en valores. Fue fundamental esclarecer los valores de la paciente para conducir la intervención hacia acciones guiadas por los mismos. Para la paciente sus valores más importantes eran: ser buena persona, ayudar, encontrar su bienestar, aceptar al otro tal y cómo es, ser honesta, respetuosa y responsable.

Al comienzo de la terapia, no se estaban tomando en consideración, pero se vuelven fundamentales y básicos a tener en cuenta en los objetivos terapéuticos de la paciente.

En la tabla 4 se desarrolla el contenido trabajado en cada una de las sesiones de la terapia y las tareas para casa, con el fin de poner en práctica y generalizar lo trabajado en la sesión.

Tabla 4*Cronograma y contenido de las sesiones de tratamiento*

Sesión	Contenido	Tareas para casa
1º. 7 septiembre 2022	Primer contacto y presentación de la terapeuta y de la paciente. Anamnesis y motivo de consulta. Qué aspectos cambiaría de su vida.	Hacer la línea de vida.
2º. 15 septiembre 2022	Delimitación conductas problema por orden de prioridad y en función del malestar que le generan. Explicación de los métodos de trabajo que se emplearán: - Descripción EMDR y del lugar seguro de la paciente.	
3º. 22 septiembre 2022	EMDR: “no lo puedo aguantar. Me supera” (conflictos con su hermano).	
4º. 29 septiembre 2022	EMDR: “no lo puedo aguantar. Me supera” (conflictos con su hermano).	
5º. 6 octubre 2022	Explicación emociones no son permanentes. Revisión de la tarea para casa, realizada con éxito. EMDR: “no lo puedo aguantar. Me supera” Esta diana ya no genera malestar, así que se da paso a la siguiente, cuando Julia vivió en casa de los primos de su madre.	

Sesión	Contenido	Tareas para casa
6°. 13 octubre 2022	<p>Ejercicio entrenamiento en relajación: relajación muscular y respiración abdominal.</p> <p>EMDR: sentimiento de estorbo con los primos de su madre cuando vivía con ellos. “Sobro y no me quieren”.</p> <p>Entrenamiento en mindfulness: meditación de compasión.</p>	<p>Visualizar vídeo de Steven Hayes (ACT y emociones).</p>
7°. 20 octubre 2022	<p>Julia llega con un elevado nivel de tristeza: se le pide que no aparque su malestar, que lo deje estar.</p> <p>Revisar y comentar vídeo de Steven Hayes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emociones no son permanentes. - No podemos cambiar la emoción, pero sí lo que hacemos. - Poner nombre a los pensamientos críticos (voz interna) ayuda a tomar distancia. <p>EMDR: sentimiento de estorbo con los primos de su madre cuando vivía con ellos. “Sobro y no me quieren”.</p> <p>Meditación de compasión.</p>	<p>Pensar un nombre para su voz crítica interna.</p>
8°. 27 octubre 2022	<p>Ejercicio externalizar el malestar poniéndole nombre: X</p>	

Sesión	Contenido	Tareas para casa
	<p>Repaso de las preocupaciones de la semana: se siente culpable por haber conocido a otras chicas y, por tanto, dejar de salir con Ana, que se encuentra sola en Madrid.</p> <p>EMDR: cambio de diana a los ruidos de su padre, que desemboca en un sentimiento de desprotección y abandono y su incapacidad de aceptar a su padre tal y como es.</p>	
<p>9º. 10 noviembre 2022</p>	<p>Repaso de la semana: Ana le habla mal y le hace el vacío → Julia evita el enfrentamiento y necesita que los demás le confirmen que lo está haciendo bien.</p> <p>Diferenciar culpa vs responsabilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Culpa nos bloquea, responsabilidad nos lleva al cambio. - X habla y hace sentir mal. - Cuidar en la medida en que no renuncie a mis prioridades. <p>EMDR: diana sentimiento de abandono de su padre.</p>	<p>Fomentar la autoestima: exposición al malestar de no pedir la confirmación de los demás.</p> <p>Observar qué ocurre y qué parte es responsabilidad de Julia.</p>
<p>10º. 17 noviembre 2022</p>	<p>Revisión de las tareas para casa, realizadas con éxito.</p> <p>Trabajar la evitación y la acción centrada en valores: ¿cuál es tu objetivo?, ¿cómo puedes conseguirlo? Explicación metáfora camino con piedras.</p> <p>Rol playing: le dice a Ana lo que no le gusta y le molesta.</p>	<p>Exposición: poner en práctica lo trabajado en el Rol playing.</p> <p>Realizar test Vinculatest.</p>

Sesión	Contenido	Tareas para casa
11°. 23 noviembre 2022	<p>EMDR: diana sentimiento de abandono de su padre.</p> <p>Rol playing: Ana le critica y ella se defiende.</p> <p>EMDR: diana sentimiento de abandono de su padre.</p> <p>Metáfora gimnasio: “Al hacer ejercicio, te duele el cuerpo, tienes agujetas, pero te estás acercando a la meta final deseada. Si la meta es que tu padre sepa que te hace infeliz que beba, hay que experimentar ese malestar para poder lograr el objetivo, que tu padre se entere”.</p>	<p>Exposición en imaginación de cómo decirle a su padre lo que le molesta de él.</p>
12°. 1 diciembre 2022	<p>Revisión de la semana: consigue exponerse al malestar y hablar con Ana.</p> <p>Devolución resultados del Vinculatest.</p> <p>Explicación de la metáfora del escalador.</p> <p>Refuerzo por el planteamiento de una conducta alternativa: en lugar de esperar ansiosa al momento de hablar con su padre, asume que la próxima situación en la que llegue ebrio y una vez él deje de estarlo, se producirá la charla tratando de que ese malestar no le haga evitar la conversación.</p> <p>Análisis de las preocupaciones futuras: malestar anticipatorio por ir a un Campus.</p>	<p>Exposición: hablar con la gente del campus a pesar de su malestar y dificultad de vinculación emocional.</p>

Sesión	Contenido	Tareas para casa
	<p>Reestructuración cognitiva: ¿qué es lo peor que puede pasar en el Campus?, ¿cuál es la probabilidad real de que ninguna de las 200 personas encaje contigo?</p> <p>Psicoeducación ansiedad y evitación mediante la explicación metáfora asno y granjero.</p>	
13°. 14 diciembre 2022	<p>Repaso de la semana: su padre ha venido a Madrid y consumió alcohol. Ella estaba en el campus así que no lo presencié.</p> <p>Explicación metáfora del tigre.</p>	<p>Listado de conductas que ha preparado Julia para disfrutar de las vacaciones de Navidad.</p>
14°. 12 enero 2023	<p>Repaso de las vacaciones: no ha hablado con su padre, pero su embriaguez no le produce malestar.</p> <p>Julia llega a la sesión con malestar por no soportar que sus hermanos no colaboren en las tareas de la casa.</p> <p>Explicación mediante Análisis funcional de la situación y justificación del mantenimiento de la conducta de sus hermanos y de la suya.</p>	<p>Organizar turnos y tareas en el hogar.</p> <p>Registro de tareas que podría hacer por los demás y no hace.</p>
15°. 19 enero 2023	<p>Diferenciación entre “yo” y “ellos”: lo que los demás hacen está fuera de tu control.</p>	<p>Exponerse al agobio y miedo de quedar con Joaquín.</p>

Sesión	Contenido	Tareas para casa
	<p>Declara su agobio por quedar con Joaquín, aunque ella quiere → relacionándolo con su dificultad de establecer vínculos íntimos.</p> <p>Aplazo de sesiones a quincenales.</p>	
16°. 2 febrero 2023	<p>Repaso de lo ocurrido en estas dos semanas.</p> <p>Repaso de los objetivos terapéuticos: “¿hay algún aspecto que quieras trabajar porque se ha quedado pendiente?”</p> <p>EMDR: cuando ella era pequeña un hombre la besó y ahora sueña con ello.</p> <p>Refuerzo de todo lo conseguido, de la disminución de su ansiedad y de la aceptación de las emociones.</p> <p>Se le da el alta.</p>	
17°. 27 abril 2023 Sesión de seguimiento	<p>Repaso de los conflictos con su madre → motivo por el que pidió esta sesión</p> <p>Análisis de responsabilidad.</p> <p>Cuestionar las opiniones de su madre: defusión cognitiva.</p> <p>Aprendizaje de estrategias de afrontamiento para futuras situaciones similares.</p>	<p>Pensar qué necesidades quiere expresar a su madre en la siguiente sesión</p>
18°. 4 mayo 2023 Sesión de seguimiento	<p>Exposición al malestar a través de la conversación entre Julia y su madre: manifiesto de necesidades.</p>	

Resultados del tratamiento

Desde la primera sesión con la paciente se generó un buen vínculo terapéutico con ambas coterapeutas. Su adherencia al tratamiento ha sido siempre óptima, observándose en su compromiso, su constancia y su puntualidad en todas las sesiones.

En la primera consulta se detectó una gran frustración e impotencia por no sentirse capaz de solucionar los problemas actuales y por la ansiedad que estos le estaban generando.

Por esta razón, su motivación al cambio estuvo presente desde el inicio demostrándolo con su colaboración en las sesiones, la realización de las tareas para casa y su dedicación tanto dentro de la consulta como en el entorno natural.

Además, la puesta en práctica de las herramientas proporcionadas y actividades propuestas por las coterapeutas desembocaron en el alcance de pequeños objetivos y, por consiguiente, en la disminución progresiva de la ansiedad.

Estos logros se observaron en el lenguaje verbal y no verbal de la paciente durante las sesiones de terapia porque se muestra mucho más sonriente, acude a sesión más relajada, no verbaliza “qué horror” si no que relativiza más los conflictos... Asimismo es capaz de generar conductas y pensamientos alternativos antes de ser propuestos por las coterapeutas, lo que demuestra la obtención de herramientas óptimas de resolución de conflictos.

Además, se aprecian los avances en su cambio hacia emociones más agradables para Julia. En las primeras sesiones, la paciente estaba miedosa, insegura y con intensa ansiedad, pero se observa una clara evolución hacia estados de calma, aceptación y seguridad en sí misma.

Uno de los objetivos de tratamiento era el procesamiento del trauma. En referencia a esta meta a conseguir, Julia ha sido capaz de exponerse en imaginación, a través de EMDR, a todas aquellas situaciones ansiógenas y traumáticas para ella, e ir elaborando el trauma. Julia

ha podido generar una creencia sobre ella misma alternativa a la que el trauma le hizo construir, lo que le ha llevado a una disminución del sentimiento de culpa y responsabilidad.

Además, ha conseguido aceptar las situaciones y a las personas de la forma en que son, desprendiéndose de la necesidad de un cambio externo para su bienestar.

La capacidad de asumir la realidad está relacionada con validar y tolerar las emociones, y esta se trata de una meta alcanzada exitosamente en el caso de Julia. Ha aprendido a conocer y comprender sus emociones, entender el origen de estas y aprender cómo gestionarlas, aceptándolas de forma funcional.

Esto es explicado por un significativo aumento en la flexibilidad psicológica y en su repertorio conductual, lo que desemboca en una valiosa disminución de la evitación experiencial como método de reducción del malestar.

Julia ha conseguido exponerse a un gran número de situaciones que le generan ansiedad, como no buscar ni depender de la validación y comprobación de los demás, conocer más a un chico y querer establecer un vínculo íntimo afectivo, socializar en un entorno novedoso, etc.

Con la exposición a estos eventos, su ansiedad ha ido disminuyendo progresivamente y ha podido aceptarla y tolerarla sin recurrir a ninguna conducta de escape o evitación de dichas experiencias internas desagradables.

En muchas situaciones, el escape y la evitación del malestar se producía por el miedo a equivocarse, fallar y no cubrir sus expectativas, apareciendo pensamientos muy críticos consigo misma cuando percibía un error en su comportamiento.

Julia ha practicado la defusión cognitiva y ha aprendido a tomar distancia de esos pensamientos críticos y de las emociones que controlaban su conducta, también a cuestionarlos y discutir su veracidad, y ha adquirido las herramientas necesarias para el desarrollo y creencia de un pensamiento alternativo más funcional y autocompasivo.

La mejora en su autoestima, autoconcepto y aumento en la percepción de autosuficiencia, han sido impulsados por la realización de estos objetivos terapéuticos. Los logros que lo han facilitado han sido la reducción de la autocrítica mediante el uso de técnicas terapéuticas como son la exposición, defusión cognitiva y la reestructuración cognitiva.

Sin embargo, su nivel de ansiedad sigue siendo elevado en ciertas situaciones, lo que le ha dificultado su exposición a las mismas. Por ejemplo, aún no se ha producido la conversación con su padre sobre las emociones que le generan verle ebrio.

Al ser acontecimientos aislados que no le influyen negativamente en su vida diaria y que no generan en ella un elevado malestar, se han dado por concluidos los objetivos.

Su tarea será generalizar dichas conductas y emplear las herramientas y técnicas aplicadas en sesión para las situaciones ansiógenas futuras.

En conclusión, Julia ha trabajado cada uno de los objetivos propuestos al inicio de la terapia y ha obtenido resultados favorables en todos ellos. Julia seguirá experimentando cierta ansiedad en situaciones concretas, aunque a niveles bajos y tolerables que no le impedirán un buen funcionamiento en su vida cotidiana y no necesitará evitar o escapar de ellas por haber generado herramientas adaptativas de resolución de problemas.

Del mismo modo, la mejoría en su autoconcepto y en el aprendizaje de pensamientos alternativos, además de su autocompasión, le servirán de ayuda a la hora de realizar las tareas y afrontar las consecuencias cuando no se resuelvan según sus deseos.

Discusión

El presente trabajo muestra un análisis detallado del tratamiento clínico que ha recibido Julia, en el que se han incluido los motivos de consulta y conductas problema, así como todas aquellas técnicas y herramientas de trabajo empleadas para obtener un buen resultado final y la consecución de los objetivos propuestos inicialmente.

Como ya se ha señalado previamente, se ha trabajado desde la Terapia de Aceptación y Compromiso, mindfulness y EMDR.

Este análisis clínico es otra aportación a la demostración de la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en personas con sintomatología ansiosa. A lo largo del trabajo terapéutico realizado con la paciente se ha evidenciado un incremento de la flexibilidad psicológica, así como el reconocimiento, aceptación y validación de sus propias emociones, aunque resulten desagradables. Por consiguiente, han disminuido las estrategias de evitación y escape de todas aquellas situaciones generadoras de emociones incómodas y molestas. Y ha habido un aumento de estrategias más funcionales de afrontamiento de los conflictos.

Asimismo, la capacidad de defusión cognitiva que ha logrado la paciente le ha permitido distanciarse de sus pensamientos más críticos y molestos, cuestionándolos. De esta manera ha habido un notable descenso del sentimiento de culpa por causas ajenas, cambiando sus pensamientos de “todo es culpa mía” por “¿qué parte de responsabilidad tengo de todo ello?”.

Con la sesión de seguimiento, casi tres meses después, queda comprobado que Julia cuenta con las suficientes herramientas de solución de problemas, es capaz de relativizar la gravedad del conflicto y evaluar de forma objetiva, cuánta responsabilidad tiene ella de lo vivido. Aunque no se sabe con certeza si los cambios clínicos se mantendrán a lo largo del tiempo, la hipótesis es que Julia será capaz de poner en práctica y generalizar lo aprendido a situaciones problemáticas futuras.

Además de la aceptación y la defusión cognitiva, Julia ya es capaz de priorizar sus necesidades y actuar conforme a sus propios valores. Esto se observa en la disminución del número de tareas que realiza por los demás, la reducción de la asistencia a planes que no le apetecen y el mantenimiento y cuidado solo de las amistades que le aportan bienestar. Ha

aprendido a poner fin a muchos de los aspectos que no le satisfacen y van en contra de sus valores.

En el presente estudio, queda demostrada la utilidad terapéutica de las premisas básicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso, las cuales son: la aceptación, la defusión cognitiva, el foco en el momento presente, yo como contexto, la acción comprometida y centrada en valores (Mandil et al., 2017).

Todos los procesos propuestos por la Terapia de Aceptación y Compromiso han tenido como resultado un aumento de la flexibilidad psicológica. Julia ha conseguido disminuir la influencia de sus pensamientos y del lenguaje verbal sobre sus actos, aprendiendo formas de actuar más flexibles y satisfactorias a largo plazo.

Por otro lado, con la utilización de mindfulness se ha conseguido aumentar la atención plena en el momento presente, sin juicio y con aceptación (Miró & Simón, 2012). A través de la meditación, Julia ahora es más autocompasiva y menos crítica consigo misma, y ha mejorado su autoconcepto y autoestima.

En la primera sesión de seguimiento, se ha observado cierta autocrítica, lo que implica la importancia de continuar aplicando lo aprendido y seguir practicando en aras de conseguir una mayor autocompasión. Sin embargo, en la segunda sesión de seguimiento se pudo observar el mantenimiento de lo aprendido y el esfuerzo que la paciente lleva a cabo por alcanzar su bienestar.

Finalmente, gracias a la aplicación de EMDR, se han alcanzado de forma total los objetivos previamente fijados para ser trabajados a través de esta técnica. Todos los recuerdos traumáticos han sido procesados adecuadamente y, en la sesión de seguimiento, no se han observado secuelas del malestar asociado a los mismos.

Tras las 18 sesiones se ha conseguido una gran mejora en la totalidad de los objetivos terapéuticos propuestos en el inicio, demostrado en las sesiones de seguimiento. El resultado

es una reducción significativa de los niveles de ansiedad que interferían negativamente su vida cotidiana al principio de la terapia.

En lo que concierne a las limitaciones del estudio, al tratarse de un estudio de caso único, será necesaria la realización de más investigaciones con adolescentes con sintomatología semejante y trabajarlo a través de la Terapia de Aceptación y Compromiso para validar su eficacia. Pese a que los resultados obtenidos no son suficientes para la formulación de explicaciones globales, este estudio sirve para orientar procesos terapéuticos similares.

Continuando con las limitaciones, cabe destacar la ausencia de datos cuantitativos que demuestren objetivamente una comparativa entre el nivel inicial y final de los síntomas ansiosos. Aunque se han empleado herramientas tales como la entrevista semiestructurada y la observación, las mismas no aportan una medida cuantitativa objetiva. De cara a investigaciones futuras de la misma índole, se sugiere incluir pruebas de evaluación objetivas, como el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), para la medición pre-post tratamiento de la sintomatología ansiosa del paciente.

Además, no se disponen de datos medidos a largo plazo que respalden la permanencia de los resultados alcanzados. Para asegurar que los objetivos se han conseguido en su totalidad, debería llevarse a cabo un seguimiento a lo largo de los meses y evaluar el mantenimiento de las herramientas aprendidas previamente durante la terapia.

Pese al planteamiento de las objeciones, los resultados del presente estudio son prometedores, demostrando una disminución significativa tanto en la cantidad como en la intensidad de los síntomas de la paciente.

Estos resultados están en consonancia con investigaciones previas que demostraron la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el manejo de la ansiedad de los jóvenes (Hayes, 2004; Hayes et al., 2015; Hayes, 2013; Mandil et al., 2017; Páez & Gutiérrez, 2012), la efectividad de EMDR en el procesamiento de recuerdos traumáticos (Hensley, 2010;

Shapiro, 2001) y la validez del mindfulness para aumentar la autocompasión (Esgueva, 2016; Hayes et al., 2015; Miró & Simón, 2012).

Aunque quedan demostrados los válidos resultados obtenidos al trabajar desde estas corrientes, es fundamental continuar con la investigación para resolver los desafíos que surjan en su aplicación en la población clínica. Todas estas son técnicas alentadoras en el tratamiento con jóvenes, aunque se requieren más estudios para entender mejor su eficacia, fiabilidad y limitaciones.

Referencias bibliográficas

- Esgueva, M. (2016). *Mindfulness: Una guía práctica*. Zenith.
- Flannery, R. (2004). *Posttraumatic stress disorder: The victim's guide to healing and recovery*. Chevron Pub Corp.
- García, F., Calvo, M., & Rodríguez, I. (2020). *Salud mental en datos: Prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria*. www.sanidad.gob.es
- González, A. (2017). *No soy yo: Entendiendo el trauma complejo, el apego, y la disociación: una guía para pacientes*.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida*. Desclée de Brouwer.
- Hayes, S., Strosahl, K., Wilson. K. (2015). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Desclée de Brouwer.
- Hensley, B. J. (2010). *Manual básico de EMDR. Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos*. Desclée de Brouwer.

- Higuera, J.A. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT) como desarrollo de la terapia cognitivo conductual. *Edupsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 5(2), 287-304. <https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v5i2.3787>
- Leeds, A. M. (2013). *Guía de protocolos estándar de EMDR para terapeutas, supervisores y consultores*. Desclée de Brouwer.
- Mandil, J., Quintero, P., & Maero, F. (2017). *ACT. Terapia de Aceptación y Compromiso con Adolescentes*. Akadia.
- Miró, M.T. & Simón, V. (Ed.). (2012). *Mindfulness en la práctica clínica*. Desclée De Brouwer.
- Páez, B. M., & Gutiérrez, M. O. (2012). *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Pirámide.
- Salvador, M. (2006). Implicaciones neurobiológicas del trauma e implicaciones para la psicoterapia. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 55, 44-57. Recuperado de: http://com.aespat.es/Revista/Revista_ATyPH_55.pdf#page=44
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of traumatic stress*, 2(2), 199-223. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020207>
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press.
- Shapiro, F. (2010). *EMDR: Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. Editorial Pax México.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E., & Steele, K. (2008). *El yo atormentado*. Desclée de Brouwer.

Marta

Llorente

Izquierdo

Gestión de la culpa y del trauma a través de la Terapia de Aceptación y
Compromiso y EMDR en un caso clínico

