



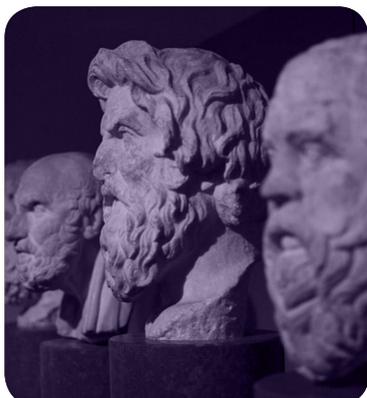
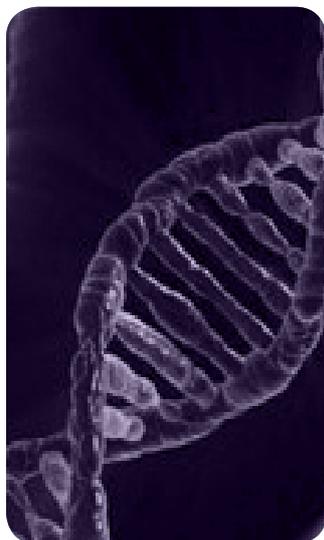
# MÁSTERES de la UAM

Facultad de Psicología  
/ 16-17

Psicología General  
Sanitaria



Campus Internacional  
**excelencia** UAM  
CSIC+



**Tratamiento  
psicológico del  
duelo patológico  
desde la Terapia  
de Aceptación y  
Compromiso.  
Estudio de un caso  
clínico**  
*Fernanda Páez-Bravo  
Bravo*



Master en Psicología General Sanitaria. Trabajo Fin de Master

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud

# **Tratamiento psicológico del duelo patológico desde la Terapia de Aceptación y Compromiso. Estudio de un caso clínico**

Autora: PÁEZ-BRAVO BRAVO, Fernanda.

Tutora académica: FROXÁN PARGA, María Xesús

Curso académico: 2016/2017

Modalidad: Estudio de caso clínico

**Resumen:** se describe un caso clínico sobre duelo patológico tratado desde la *terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Se introducen las definiciones de duelo normal y patológico y sus principales diferencias. Se presenta un recorrido por la historia de la terapia de conducta hasta llegar a las terapias de tercera generación.

La paciente es una adulta de 23 años de edad que acude a terapia por una ruptura de pareja que no se siente capaz de superar. Aunque es éste su motivo de consulta, existe otro duelo no resuelto por la muerte de su hermano mayor hace 4 años. En la evaluación se realizaron entrevistas y se aplicaron 5 cuestionarios: SCL-90-R, BDI-II, AAQ, Escala de Trauma de Davidson y Formulario Narrativo de Valores. Se realizó el análisis funcional desde ACT y el diseño de intervención se hizo con base en éste. Se emplearon técnicas de ACT como metáforas y ejercicios experienciales junto con otras propias de la terapia cognitivo-conductual tradicional (TCC). El tratamiento se desarrolló en 17 sesiones, tras las cuales se valoró nuevamente el estado de la paciente aplicando los mismos instrumentos de la evaluación inicial. Se observan cambios importantes en los datos obtenidos en ambos momentos de medición, encontrando que muchos de los síntomas de la paciente disminuyen y/o dejan de afectar tan intensamente todos los ámbitos de su vida. Se discuten los resultados poniendo de manifiesto las diferencias existentes entre ACT y TCC, se propone una visión crítica de ambas y se ofrecen las aportaciones y limitaciones de este estudio.

**Palabras clave:** terapia cognitivo-conductual; terapia de aceptación y compromiso; duelo patológico; caso clínico; evaluación; intervención.

**Grado de participación en el TFM:** La alumna ha participado tanto en la aplicación de la evaluación y del tratamiento, como en la evaluación y valoración de los resultados.

**Índice**

<b>Marco teórico.....</b>	<b>3</b>
Diferenciación entre duelo normal y duelo patológico.....	3
Evolución de la terapia de conducta.....	5
<b>Identificación del paciente y motivo de consulta.....</b>	<b>10</b>
<b>Estrategias de evaluación empleadas.....</b>	<b>12</b>
<b>Formulación clínica del caso desde TCC.....</b>	<b>20</b>
Hipótesis de origen.....	20
Hipótesis de mantenimiento.....	21
Variables disposicionales.....	21
<b>Análisis funcional desde ACT.....</b>	<b>22</b>
<b>Análisis del hexaflex desde ACT.....</b>	<b>23</b>
<b>Objetivos terapéuticos y estrategias de intervención asociadas.....</b>	<b>26</b>
<b>Factores relacionados con los terapeutas.....</b>	<b>29</b>
<b>Aplicación del tratamiento.....</b>	<b>29</b>
<b>Diseño del estudio y resultados.....</b>	<b>42</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>47</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>53</b>
<b>Apéndices.....</b>	<b>55</b>
Tabla 2.....	55
Tabla 3.....	57

## Marco teórico

Se suele asociar el duelo a las pérdidas relacionadas con la muerte de un ser querido. Sin embargo, a lo largo de la vida, los seres humanos hacemos duelo por distintas situaciones no necesariamente relacionadas con la muerte, sino con todo aquello que se experimenta como pérdida: rupturas de pareja, amputaciones, pérdidas laborales, entre otras (Worden, 1997). En palabras de Zazo (2009), “no todas las pérdidas son igual de significativas ni interfieren de la misma manera en nuestra vida cotidiana, pero toda pérdida, con valor real o simbólico, conlleva un proceso de duelo, consciente o no, para quien lo sufre”.

En el presente trabajo se hará referencia al duelo teniendo en cuenta indistintamente cualquiera de estas modalidades de pérdida.

## Diferenciación entre duelo normal y duelo patológico

En todos los tipos de duelo se puede distinguir entre los procesos llamados *normales* y los *patológicos*.

Se hace referencia al duelo normal cuando se habla del conjunto de emociones comúnmente asociadas a una pérdida, a saber: tristeza, ansiedad, rabia, miedo y culpa. Cualquier evento que genere este tipo de reacciones constituye un trauma que altera el estado de bienestar o equilibrio de la persona que lo vive. Por lo tanto, se necesita un período de tiempo de asimilación o adaptación cuya duración va a depender de numerosas variables, como el estado previo de la persona, su capacidad de afrontamiento, sus recursos emocionales, psicológicos y sociales, etc. El duelo, desde este punto de vista, es un proceso que incluye distintas etapas que no siguen necesariamente un orden definido. Sin embargo, pueden surgir complicaciones en cualquiera de ellas que dificulten la posibilidad de que se completen de manera sana o adecuada.

Worden (1997) divide este proceso en cuatro tareas fundamentales:

- **Aceptación de la realidad de la pérdida:** la primera sensación frente a una pérdida es de irrealidad. Esto se puede reflejar en frases como: “no me lo puedo creer”, “esto no puede estar pasando”, “me parece mentira”. Sin embargo, la eventual aceptación de la pérdida es un requisito para que se complete el proceso de duelo de una manera sana. Cuando la negación, parcial o total, ocupa el lugar de la aceptación, la persona puede verse atrapada en este primer paso. Además, si bien es normal que en los primeros momentos después de la pérdida física o emocional exista la esperanza de reunirse con la persona que ya no está, su

prolongación indefinida se puede considerar patológica. En cualquiera de estos casos, se dificultaría la elaboración normal del duelo.

- **Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida:** esta segunda tarea tiene como requisito que la persona se permita experimentar sin juicio cualquier emoción que surja como consecuencia de la pérdida: rabia, dolor, impotencia, culpa, miedo a la soledad, etc. Uno de los aspectos que dificulta esta tarea lo constituyen las creencias personales, reforzadas por lo social, de que hay manifestaciones más o menos aceptables o adecuadas de las emociones, por lo que muchas personas no se dan el permiso, consciente o inconsciente, de sentir. Otros mecanismos de negación de los sentimientos se encuentran en la evitación de pensamientos o situaciones asociados a la pérdida, utilización de drogas, escape geográfico del entorno habitual, etc.

- **Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente:** aunque esta tarea se refiera específicamente a las pérdidas relacionadas con la muerte, desde el punto de vista del presente trabajo se podría sustituir perfectamente la palabra “fallecido” por “la persona”, pues como ya se ha mencionado, no solo se tendrá en cuenta la pérdida física sino también la emocional (por ejemplo, la que se da tras una ruptura de pareja).

Esta adaptación se da en distintos aspectos de la vida de quien sufre la pérdida tal y como lo plantea el autor, y va a variar en función del individuo, de la cercanía que tenía con la persona ausente y de los papeles desempeñados por ambos dentro de la relación.

El cambio más evidente es el que se da en la vida cotidiana: el entorno físico y las tareas que antes se compartían. Esto puede suponer el tener que asumir roles que antes correspondían a aquél que ya no está. En el área emocional, la persona en duelo deberá adaptarse a una posible sensación de debilidad, incapacidad o soledad al tener que hacer un reajuste en su manera de funcionar en su entorno inmediato sin ese otro.

En algunos casos, se requiere también una adaptación en términos de valores espirituales y creencias que permitan encontrar un nuevo significado de la vida frente a la pérdida.

Sin embargo, la función adaptativa que requiere esta tarea se puede ver bloqueada si la persona afectada no es capaz de desarrollar nuevas habilidades, asumir nuevos roles antes desconocidos para ella, o encontrar un nuevo sentido a la vida que le toca enfrentar.

- **Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo:** esta última tarea, de acuerdo con Worden, es una de las más difíciles de completar, pues consiste en encontrar un lugar sano en el recuerdo para la persona que ya no está. Cuando esto no ocurre, quien ha sufrido la pérdida suele *detener* su vida en el momento en que el otro se ausenta y le parece imposible volver a crear vínculos significativos, lo cual le impide seguir adelante.

Con todo lo anterior, se puede afirmar que el hecho de que alguna o varias de estas tareas no se resuelvan de manera adecuada, podría desembocar en el desarrollo de un duelo patológico, que se refiere, de acuerdo con el planteamiento de Horowitz, Wilner, Marmar y Krupnick (1980), a la intensificación del dolor hasta tal punto que la persona se siente verdaderamente sobrepasada o desbordada por las emociones, recurre a conductas desadaptativas, o se mantiene de forma permanente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución.

Por otra parte, de acuerdo con el DSM-5, este tipo de duelo se identifica en la categoría 309.89 como *otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado* y se especifica como “trastorno de duelo complejo persistente”, el cual “...se caracteriza por la pena intensa y persistente y por reacciones de luto...” (APA, 2013:172).

Así, dada la importancia otorgada desde el punto de vista clínico al hecho de experimentar, en mayor o menor medida, las consecuencias de haber desarrollado un duelo patológico, se plantean distintas formas de intervención psicológica para este problema (desensibilización sistemática, terapia cognitiva, etc.) (Luciano y Cabello, 2001).

En el presente trabajo se hará referencia concretamente a un tipo de terapia particular en el abordaje del duelo patológico, a saber, la Terapia de Aceptación y Compromiso.

Pero antes de entrar en el caso concreto que se desarrollará más adelante y el tratamiento desde esta forma de intervención, se plantea un repaso histórico para contextualizar la elección de esta terapia y no otra.

### **Evolución de la terapia de conducta**

La evolución de la terapia de conducta ha llevado a los especialistas en el área a plantear una distinción entre tres etapas o *generaciones* de la misma, pues se considera que cada una de ellas tiene sus propios rasgos característicos que le permiten diferenciarse de las demás.

Una interesante descripción ofrecida por Pérez (2006) acerca de cada una de las etapas mencionadas, sirve de referencia para dar unas pinceladas sobre su situación cronológica y sus principales características:

**1. Primera generación (1950):** fecha crucial para la psicología clínica. Es en este momento cuando se da el giro de 180° desde el psicoanálisis hasta la, a partir de entonces, denominada *terapia de conducta*, ahora basada en los principios científicos tomados de la psicología del aprendizaje. En este punto es importante resaltar que esta terapia, en sus inicios, tenía dos focos fundamentales: el individuo y el contexto en el que éste se desenvolvía.

**2. Segunda generación (1970):** se añade en este punto el adjetivo “cognitivo” a la terapia conductual. Junto con el cambio de denominación a *terapia cognitivo conductual*, se cambia también el foco de atención de la *conducta* a las *cogniciones*, y se plantea que son éstas (entendidas en términos de pensamientos, creencias, etc.) las que causan los problemas emocionales y conductuales del ser humano.

Como bien refiere el autor antes citado, cabe destacar que la terapia cognitivo conductual alcanzó un gran éxito al encargarse de demostrar empíricamente su eficacia como uno de los mejores tratamientos para los distintos trastornos psicológicos incluidos en las clasificaciones diagnósticas. Sin embargo, el enfoque planteado por esta terapia no está exento de problemas, pues asume el modelo médico, desde el cual “los problemas psicológicos han sido patologizados y psicopatologizados, considerados como enfermedades, en particular, como enfermedades mentales” (López y Costa, 2012:162).

Así, basándose en una visión *medicalizada* de los problemas psicológicos, se cambió el enfoque contextual e idiográfico (de casos individuales) propio de la **terapia de conducta**, a uno internalista y nomotético (interesado en leyes generales de funcionamiento) propio de la **medicina**, quedando entonces desvirtuado o relegado a un segundo plano el sentido de la primera.

Como queda recogido en Pérez (2006), la tendencia a la estandarización de casos asumida entonces por la terapia cognitivo conductual al basarse en el modelo médico, junto con el hecho de que en ocasiones su éxito se debe más a lo que tiene de conductual que de cognitiva (véase Jacobson, Dodson, Truax, Addis, Koerner, Gollan, Gortner y Prince, 1996), constituyen las principales limitaciones para la eficacia de esta terapia de *segunda generación*.

**3.Tercera generación (1990):** como el título lo indica, se incluyen en esta etapa de la historia las *terapias conductuales de tercera generación*, así denominadas por Hayes, quien es además considerado como el padre de la Terapia de Aceptación y Compromiso, primera con su propio nombre dentro de esta ola de terapias (Barraca, 2006).

Tal y como lo plantea Pérez (2006), esta llamada tercera generación no sería más que el desarrollo del **análisis de conducta** y del **conductismo radical**.

En cuanto al primero, las investigaciones sobre el análisis de la conducta verbal de la mano de Skinner, constituyen la base para el desarrollo de la teoría en la que se apoyará la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (se hará referencia en lo sucesivo a esta terapia también como ACT por sus siglas en inglés: *Acceptance and Commitment Therapy*). Dicha teoría recibe el nombre de *teoría de los marcos relacionales*, la cual “pretende dar cuenta de

la adquisición y funcionalidad del lenguaje” (García-Higuera, 2006:288). La misma sostiene que a través de nuestra capacidad simbólica, los seres humanos podemos crear marcos de equivalencia entre diferentes eventos y/o estímulos internos o externos una vez que se ha producido un aprendizaje operante generalizado que relaciona dos o más estímulos de manera arbitraria. (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001)

En lo que respecta al desarrollo del conductismo radical, el cual también podría incluirse en la teoría de los marcos relacionales recién mencionada, se retoma el concepto de *radical* porque para esta distinción del conductismo *todo* acto **verbal** y **no verbal** entraría en el abanico de lo que es considerado **conducta**. Este hecho marca la diferencia fundamental con el llamado *conductismo metodológico*, que es propio, por otro lado, de las terapias de corriente más cognitiva, en el que se excluyen los eventos privados del *saco* de las conductas al considerarlos inobservables (Pérez, 2006). Este mismo autor plantea una idea fundamental, y es que esta tercera generación de terapias no es más que el desarrollo del análisis funcional que en los comienzos de la terapia de conducta (*primera generación*) estaba dando sus primeros pasos.

Con todo lo anteriormente expuesto, los distintos autores llaman la atención sobre un asunto interesante: parece necesario reflexionar sobre dónde ha de colocarse el verdadero valor de la nueva ola o generación de terapias. Así, en este punto coinciden muchos de ellos en que no es tanto el carácter innovador de las nuevas terapias lo que importa, sino más bien su necesidad de rescatar y hacer crecer aquello que quedó incompleto en su momento. En este sentido, las terapias de tercera generación, también llamadas terapias *contextuales*, ofrecen un bonito elemento a la historia de la psicología: *la vuelta a los orígenes de la terapia de conducta*.

Esta vuelta a los orígenes, ahora *evolucionada* o *repotenciada* gracias a los desarrollos teóricos, conceptuales y prácticos (que tampoco hay que subestimar) producidos con el paso de los años, lleva consigo las principales aportaciones de las terapias de tercera generación. Aportaciones fundamentales que permiten establecer la frontera entre estas terapias y la cognitivo conductual más clásica.

Limitando el foco de atención concretamente a la Terapia de Aceptación y Compromiso, Barraca (2007) afirma:

Aunque definida como terapia de conducta, ACT difiere significativamente del tratamiento cognitivo-conductual convencional, pues si en éste el foco se dirige hacia la eliminación de las conductas-problema que favorecen la aparición o el mantenimiento de los síntomas, ACT postula en cambio la necesidad de abandonar los esfuerzos para desembarazarse de las sensaciones, los

## TRATAMIENTO DE UN CASO DE DUELO PATOLÓGICO DESDE ACT

pensamientos o los sentimientos aversivos, y aceptarlos tal y como son. Esta invitación a modificar la forma más habitual de actuar se justifica por la practicidad de renunciar a una lucha estéril contra el malestar cuando esta actitud de lucha paraliza la vida del paciente y le impide dirigirse hacia unos objetivos personalmente valorados. (p.761).

Siguiendo en esta línea, el mismo autor plantea otro de los elementos propios de ACT: la denominación del *trastorno de evitación experiencial*, dentro del cual se encuadrarían de manera integrada los distintos trastornos psicológicos (ansiedad, depresión, etc.). Esto es así porque lo que se encuentra es que “la mayoría de los síntomas que se dan en estas patologías, pueden entenderse, desde un punto de vista funcional, como una complicación derivada del deseo consciente de no entrar en contacto con unas experiencias privadas dolorosas.” (Barraca, 2007:762).

De acuerdo con ACT, la salud mental consiste en alcanzar la flexibilidad psicológica, la cual está basada en seis procesos fundamentales contenidos dentro del denominado “hexaflex”: *estar en el presente, valores, acción comprometida, el YO como contexto, desmantelamiento/defusión del pensamiento y aceptación.*

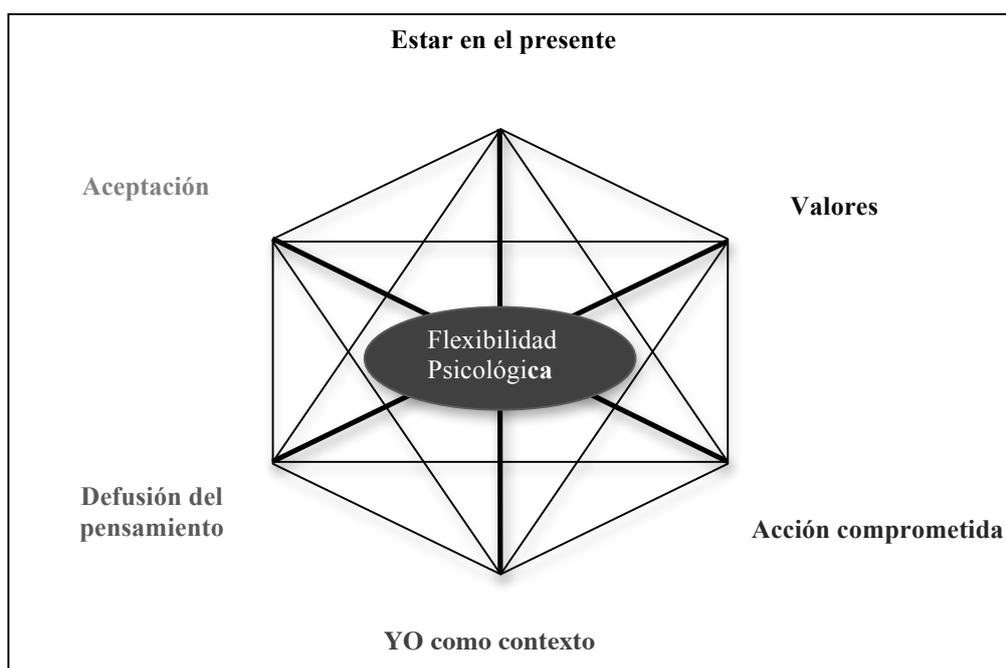
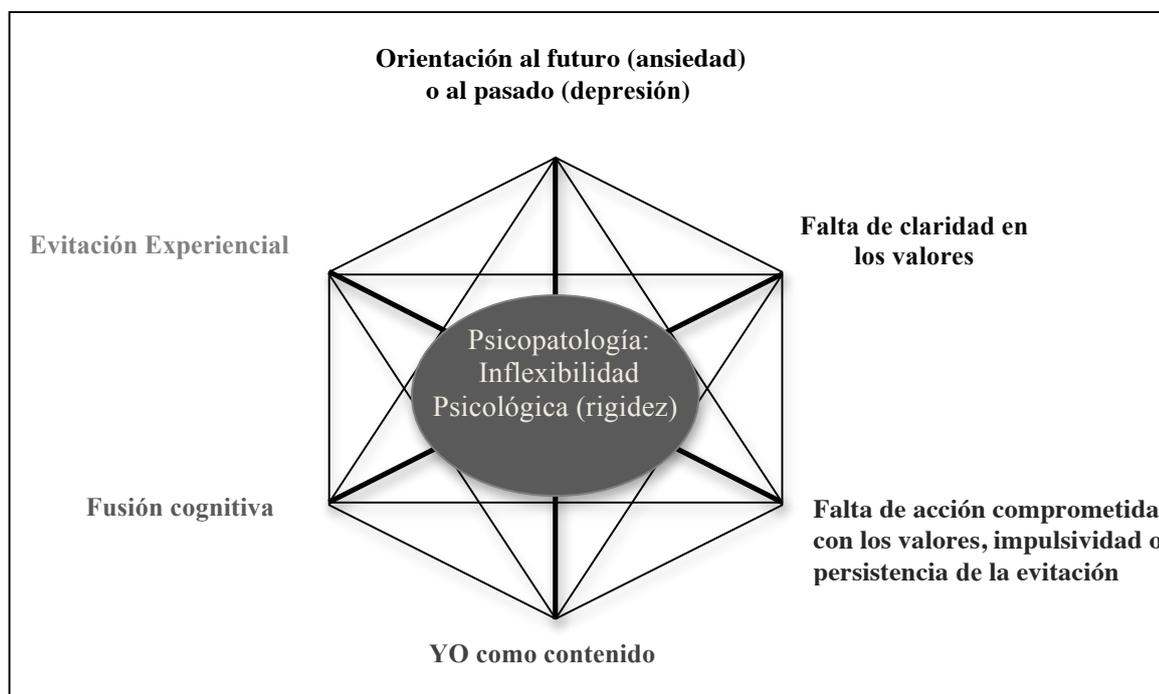


Figura 1. Hexaflex como referencia de salud mental = flexibilidad psicológica.

Como queda reflejado en la *Figura 1*, tomada de García-Higuera (2006), todos los procesos están relacionados e interconectados, por lo cual, el fallo de alguno de ellos afectará al proceso global y potenciará, en última instancia, la psicopatología.



*Figura 2.* Hexaflex como referencia de psicopatología = inflexibilidad psicológica (rigidez).

En consecuencia, el trabajo terapéutico desde ACT consiste en el abordaje de cada uno de los seis ejes del hexaflex representado en la *Figura 2*, la cual ha sido tomada de Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis (2006) utilizando para ello distintas técnicas, algunas compartidas con la terapia cognitivo conductual convencional (exposición, por ejemplo), y otras que se consideran específicas de ACT, a saber, ejercicios experienciales, metáforas y paradojas.

Todo lo anterior se irá desarrollando de manera más detallada a través de la exposición de un caso de duelo patológico tratado desde este enfoque en el Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia de Madrid.

### **Identificación del paciente y motivo de consulta**

L. es una chica de 23 años que actualmente vive en Madrid (fuera de casa), ya que es en donde se encuentra estudiando el tercer año de comunicación audiovisual. Antes de empezar a estudiar esta carrera en la capital, cursó los primeros tres años de administración de empresas s en su ciudad de origen, Granada. Sin embargo, se dio cuenta de que no le gustaba y decidió cambiarse a comunicación.

Acude al Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia (Madrid) por recomendación de un profesor, movida por una gran tristeza que le hace sentir que no sabe seguir con su vida y que está muy cansada, dolida y decepcionada tras la última ruptura con el que ha sido su pareja durante aproximadamente tres años: F. Citando textualmente sus palabras, la paciente afirma: *“He perdido al chico perfecto y ha sido mi culpa...”*.

F. también es de Granada y está terminando su carrera de arquitectura. L. y F. se conocieron cuando L. tenía 19 años (principios de 2013) a través de unos amigos que jugaban al baloncesto con F. En ese momento surgió la atracción y, pocas semanas después, tuvieron un pequeño acercamiento romántico tras el cual F. dejó claro que no estaba buscando que pasara nada más entre ellos.

El 28 de marzo de ese mismo año, fecha en la que L. se encontraba de viaje por vacaciones, fallece su único hermano mayor, A., con 23 años de edad: muerte súbita ocasionada por ataques epilépticos que había sufrido previamente y que estaban aparentemente controlados por la medicación que le había sido prescrita.

Tras esta tragedia, L. refiere que lo que mejor pudo hacer fue centrarse en sus estudios e intentar mantenerse firme ante sus padres para que no la viesan mal.

Algún tiempo después de enterarse de la noticia, F. se acerca a L. y le muestra una gran empatía y comprensión, dado que él sufrió la pérdida de su padre cuando era pequeño. L. lo agradece y, además, se despierta en ella la sensación de que él es “el único que puede entenderla”. A partir de este momento comienzan a salir, siendo F. el primer chico con el que L. establece una relación de noviazgo.

Un año después de la muerte del hermano de la paciente, ella decide mudarse a Madrid para empezar sus estudios de comunicación audiovisual y para salir de ese ambiente tan duro en el que estaba constantemente aparentando que todo estaba bien. L. refiere que antes de venir a Madrid, tanto ella como F. eran bastante independientes dentro de su relación y, sin embargo, esto cambia una vez que ella sale de Granada, momento en el que, de acuerdo con

sus propias palabras, se empieza a volver “*pesada*” y “*dependiente*”, “*agobiándole sin querer*”.

Aunque deciden mantener la relación a distancia, L. comenta que desde que empezaron a estar juntos hubo muchos momentos en los que él tuvo dudas acerca de si seguir o no. De hecho, más de una vez cortaron por este motivo, pero siempre acababan volviendo.

Para el tercer año de su relación, aún a distancia (2015), descubren que la tía de L. tiene cáncer de mama. Éste es otro golpe muy duro para ella, pues es la tía más cercana que tiene (hermana de su madre). L. se siente sobrepasada por la situación y tiene mucho miedo a acabar sola, por lo que se vuelca en F. y asume que él le ofrecerá todo el apoyo que necesite y que estará allí cada vez que quiera desahogarse.

Dada la intensidad de cada una de las experiencias traumáticas vividas por L. y de los síntomas desencadenados por ellas (tristeza, apatía, falta de apetito, problemas de sueño, de concentración, etc.), el psiquiatra le prescribe sertralina (ISRS) hacia principios de 2016.

Alrededor de esa fecha, F. decidió dejar a L. porque se sentía muy agobiado y saturado por la situación que ella estaba atravesando y su manera de manejarla, acudiendo siempre a él como bastón de apoyo. Además, juzga negativamente el hecho de que ella esté tomando antidepresivos y la culpabiliza por ello.

En abril de 2016 se encuentran en Granada y F. le propone quedar a L. Empiezan a quedar cada vez con más frecuencia y vuelven a intentarlo hasta noviembre de ese año, momento en el que él la vuelve a dejar a ella. Finalmente, en navidad de 2016 se vuelven a encontrar y sucede otra vez lo mismo, hasta que F. decide volver a cortar y le dice que es mejor no restablecer el contacto y dejar las cosas así. De este modo se “despiden” definitivamente y deciden eliminarse mutuamente de las distintas redes sociales que comparten.

Con todo lo anterior, la queja principal de L. al acudir a consulta es la referida al inicio de este apartado: su cansancio y agobio tras todo lo acontecido, haciendo hincapié fundamentalmente en el asunto de la ruptura de su relación con F. La paciente refiere que está harta, que siente una tristeza tremenda (la cual manifiesta llorando constantemente durante gran parte de las sesiones), mucha rabia, dolor, decepción y culpa, que perdió muchísimo peso a lo largo de toda esta historia, que no le apetece ni levantarse de la cama, que hace mucho que tampoco se arregla físicamente... En fin, que simplemente ya no sabe qué hacer.

Con respecto a la relación con sus padres, L. comenta que durante toda su vida han sido una familia sumamente unida, que ellos siempre la han protegido y cuidado muchísimo y que a raíz del fallecimiento de su hermano se volcaron aún más en ella. Además, refiere que siempre han tenido mucha confianza y que no tiene miedo de compartir nada con ellos. De

hecho, sus padres han sido su principal apoyo con el tema de F. y siempre son los primeros a los que acude en busca de ayuda cuando se siente desbordada.

En relación con su hermano, L. comenta que eran muy cercanos. Que él era su mejor amigo, su cómplice y que, en cierto modo, está enfadada por el hecho de que la haya abandonado. Decir esto último la hace sentir sumamente culpable, lo cual manifiesta verbalmente intentando justificarse.

Con respecto a las relaciones sociales, L. habla constantemente de sus amigas y sus amigos, con los cuales mantiene relaciones cercanas y de muy “buen rollo”. Actualmente comparte piso con tres compañeras de piso y, en general, no refiere tener problemas sociales ni dificultades para mantener sus amistades. Lo que si le ha afectado ha sido que el tema de la ruptura con F. se convirtió en el centro de su vida y, por lo tanto, en el centro de sus conversaciones y desahogos con sus amigos. También dice sentirse un tanto culpable o avergonzada por no parar de hablarles de él y de lo mal que está, pero al mismo tiempo plantea que le resulta inevitable hacerlo.

En cuanto a los estudios, L. es una chica bastante responsable y centrada. Eligió cambiarse a comunicación audiovisual porque dice que es lo que realmente le gusta y, además de ello, la carrera se convirtió de alguna forma en su espacio personal y su refugio para “huir” de la dura situación que tanto ella como su familia estaban atravesando. Sin embargo, tras la ruptura con F., aunque ha seguido centrada en sus estudios, refiere haber bajado un poco el rendimiento y la concentración.

Por último, en relación con las actividades de ocio, L. ha hecho cierto esfuerzo (por iniciativa propia) por mantener y/o retomar aquellas que siempre le han gustado y le sirven para disfrutar y desconectar de todo (ir al gimnasio, ir a clases de baile, viajar y salir con sus amigos), aunque dice que la mayoría de las veces la tristeza y las ganas de quedarse metida en la cama le ganan la partida y decide posponer esas actividades para otro momento.

### **Estrategias de evaluación empleadas**

La evaluación del problema de L. se realizó en tres sesiones. Se llevaron a cabo entrevistas con ella con el propósito de conocer cómo se originaron y cómo se mantienen los problemas, las dificultades presentes en la actualidad y las situaciones concretas en las que se manifiestan. Para complementar la información obtenida en las entrevistas se emplearon los siguientes cuestionarios:

- **SCL-90-R (1994)**. Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R, Symptom Checklist 90 Revised). Este cuestionario fue originalmente desarrollado por Derogatis en 1977, aunque cuenta con revisiones posteriores (año 1983, y 1994). Para este caso, se empleó la adaptación al castellano de la última revisión (1994) del cuestionario, realizada por el grupo de González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez Abuín y Rodríguez Pulido (Derogatis, 2002). Consta de 90 ítems que se distribuyen formando nueve dimensiones que dan cuenta de distintos síntomas psicopatológicos, a saber: (1) *somatización*, (2) *obsesión-compulsión*, (3) *sensibilidad interpersonal*, (4) *depresión*, (5) *ansiedad*, (6) *hostilidad*, (7) *ansiedad fóbica*, (8) *ideación paranoide* y (9) *psicoticismo*; una escala adicional con siete ítems y tres índices globales de malestar:

- *Índice global de severidad (IGS)*;

- *Índice positivo de malestar (PSDI)*, el cual ofrece información sobre el estilo característico del individuo para experimentar sufrimiento psicológico, indicando si minimiza o maximiza sus respuestas y, finalmente,

- *Total de síntomas positivos (TP)*, el cual hace referencia al número de síntomas que el individuo dice experimentar en cierto grado y permite, por tanto, informar sobre la amplitud en la sintomatología del encuestado.

Este cuestionario valora la presencia de 90 síntomas, determinando su intensidad en una escala que va desde la ausencia total (0) hasta la máxima intensidad (4).

Este instrumento cuenta con índices de validez y fiabilidad adecuados. Con respecto a las nueve dimensiones del SCL-90-R (versión española) tienen una alta consistencia interna, con valores entre 0,81 y 0,90, lo cual indica que la homogeneidad de los distintos ítems de cada dimensión es alta y con elevada correlación entre sí. Además, al evaluar la fiabilidad como estabilidad temporal, se encuentran coeficientes con valores entre 0,78 y 0,90, con un intervalo test-retest de una semana, mostrando una cierta estabilidad de las puntuaciones a lo largo del tiempo (para una información más detallada, ver Derogatis, 2002).

Al tratarse de un cuestionario autoaplicado que permite evaluar una amplia gama de síntomas psicológicos y psicopatológicos, tanto en población clínica como en población normal, en este caso se empleó con el objetivo de valorar los distintos síntomas presentados por la paciente antes de iniciar el proceso de intervención, y su cambio a lo largo de la misma.

- **BDI-II (1996)**: Inventario de Depresión de Beck-II (Beck Depression Inventory-Second Edition, 1996). Para este caso se utilizó la adaptación al castellano de Jesús Sanz y Carmelo

Vázquez en colaboración con un amplio número de profesionales del área (Beck, Steer y Brown, 2011). El cuestionario es un instrumento de autoinforme que consta de 21 ítems, los cuales se plantean con el objetivo de medir la gravedad de la depresión tanto en adultos como en adolescentes de más de 13 años. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos (de 0 a 3), haciendo referencia a distintas afirmaciones que puedan reflejar el estado de ánimo de quien responde durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en el que se le aplica el cuestionario. El BDI-II cuenta con índices de validez y fiabilidad adecuados (para una información más detallada, ver Beck et al., 2011). En este caso se empleó el cuestionario con el objetivo de valorar la gravedad de la sintomatología depresiva presente en L., tanto al principio de la terapia, previo al inicio de la intervención, como al finalizar ésta, para dar cuenta de los cambios objetivos producidos como consecuencia de la misma.

- **Formulario Narrativo de Valores (1999)**. Para este caso se empleó la versión del formulario que se encuentra en Hayes, Strosahl y Wilson (2012): es un instrumento que se emplea para describir los principales valores de la persona en distintas áreas de su vida, a saber: *(1)matrimonio, pareja o relaciones íntimas; (2)relaciones familiares; (3)tiempo libre y descanso; (4)amistad y relaciones sociales (5)trabajo y carrera profesional; (6)educación, crecimiento y desarrollo personal; (7)espiritualidad; (8)ciudadanía, política e inquietudes sociales y (9)salud/bienestar físico*. Para este caso concreto, el formulario se rellenó en forma de entrevista, de modo que la co-terapeuta ayudaba a la paciente a acotar la dirección valiosa de su vida. Al ser un instrumento que ofrece información de carácter cualitativo, no hay datos acerca de su validez y fiabilidad. Sin embargo, es de gran utilidad para conocer la dirección de la vida que quieren seguir aquellas personas a quienes se aplica. Esto, a su vez, sirve de guía para saber por dónde orientar el tratamiento, ajustándolo a las necesidades particulares de cada paciente.

- **Escala de trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale, 1997)**. Se empleó para este caso la traducción al castellano de Bobes et al. (2002). La escala está compuesta por 17 ítems a los que el sujeto ha de responder en una escala tipo Likert de 5 puntos en la que se hace referencia a la frecuencia (0 = nunca y 4 = siempre) y gravedad (0 = nada y 4 = extrema) de cada ítem. El objetivo es medir, de manera subjetiva, los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). En el caso concreto de L., si bien se trata claramente de un duelo patológico, los hechos que la han llevado a ese punto constituyen distintas formas de “trauma” en su vida. Por ello, el propósito que se plantea al aplicarle este instrumento de

evaluación es el de valorar hasta qué punto estos síntomas están presentes en su día a día, así como el cambio en su frecuencia e intensidad como consecuencia del tratamiento psicológico. Los 17 ítems que constituyen la escala se corresponden con los 17 criterios que aparecen en el DSM-IV para el diagnóstico del TEPT del siguiente modo:

- Los ítems del 1 al 4 y el 17 corresponden al criterio B, a saber: reexperimentación del suceso traumático.
- Los ítems del 5 al 11 corresponden al criterio C: evitación de estímulos asociados al evento traumático y, finalmente,
- los ítems del 12 al 16 corresponden al criterio D, relativo a la hiperactivación.

Se trata de un cuestionario autoaplicado y el marco temporal al que hace referencia es a la última semana vivida por el sujeto antes de responder a la escala.

Este instrumento presenta una elevada consistencia interna ( $\alpha = 0,99$ ) y una gran fiabilidad test-retest ( $r = 0,86$  para un intervalo de dos semanas). Además, se ha encontrado que es una escala sensible a los efectos del tratamiento.

- **AAQ de Hayes (2000).** Este cuestionario recibe el nombre de AAQ por sus siglas en inglés (*Acceptance and Action Questionnaire*). Fue creado en el año 2000 por Stephen Hayes y sus colaboradores. Para el caso de L. se utilizó la adaptación española de la versión reducida de este instrumento por parte de Barraca (2004), con el objetivo de evaluar la aceptación psicológica y la evitación experiencial, elementos claves dentro de la Terapia de Aceptación y Compromiso. Esta versión reducida del AAQ cuenta con un total de 9 ítems, para los que existen 7 posibles respuestas con una escala que va del 1 (nunca verdad) al 7 (siempre verdad). El sujeto tiene que responder indicando el grado en que los ítems son aplicables a su vida y el resultado obtenido indicará el nivel de evitación experiencial que presenta.

El AAQ posee índices de fiabilidad aceptables, con una consistencia interna de ( $\alpha = 0,74$ ) y una fiabilidad test-retest de ( $r = 0,71$ ;  $p < 0,01$ ).

En cuanto a la validez, aunque se encontraron algunas diferencias con respecto a los estudios originales de validez de Hayes y sus colaboradores, en líneas generales se alcanzan valores adecuados de validez concurrente y predictiva (para una información más detallada ver Barraca, 2004).

Aun con lo anterior, el autor señala la importancia de no medir la aceptación psicológica y la evitación experiencial únicamente utilizando como base este cuestionario, pues los resultados deberían tomarse simplemente como una referencia del estilo individual del

encuestado, pero sin perder de vista el resto de la evaluación realizada, el contexto de la misma y la intuición clínica del profesional.

Los resultados de la entrevista y la historia de la paciente han sido descritos en el apartado correspondiente a la identificación del paciente y motivo de consulta. A continuación se presentan los resultados de los cuestionarios utilizados.

- **SCL-90-R:** tomando como referencia las instrucciones de corrección e interpretación del instrumento que aparecen en el manual previamente referido (Derogatis, 2002), se obtuvieron las puntuaciones directas de cada una de las nueve escalas sintomáticas evaluadas y también de las tres escalas globales antes descritas. Luego, se tomó como referencia el baremo de mujeres de población general no clínica para observar a qué percentiles correspondía cada puntuación obtenida. Sin embargo, tal y como se explica en el manual, al encontrar que más de una de las dimensiones evaluadas superaba el percentil 90, se pasó a estudiar los resultados utilizando el baremo de mujeres de población psiquiátrica. A continuación se presentan gráficamente los resultados:

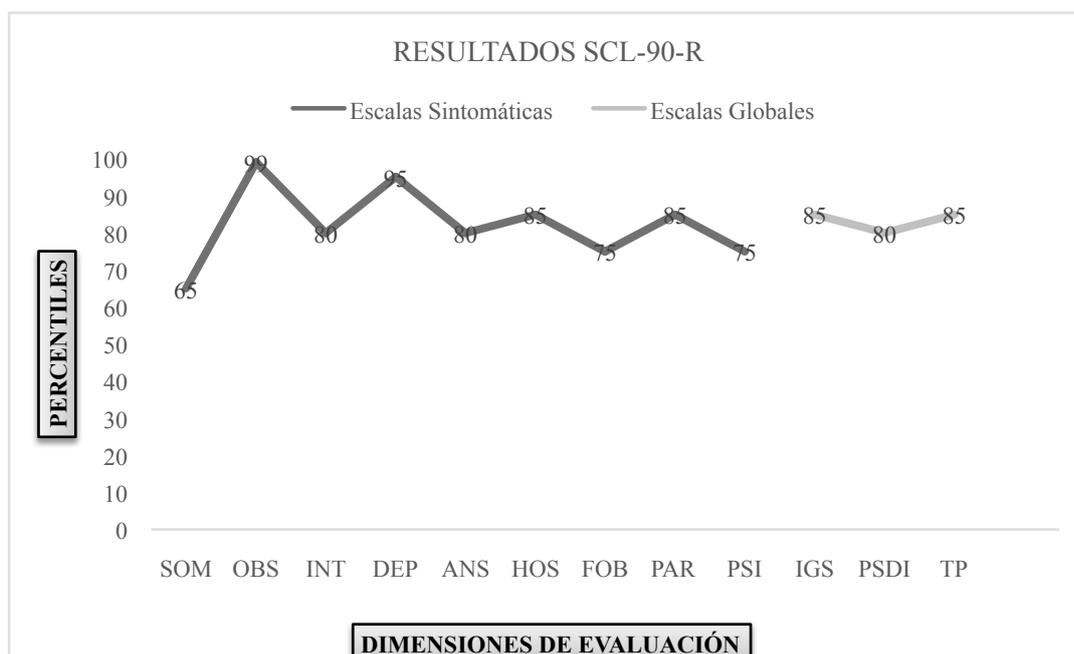


Figura 3. Representación gráfica de los resultados obtenidos en la evaluación pre del SCL-90-R. **Escalas Sintomáticas:** SOM = Somatización, OBS = Obsesiones y compulsiones, INT = Sensibilidad interpersonal, DEP = Depresión, ANS = Ansiedad, HOS = Hostilidad, FOB = Ansiedad fóbica, PAR = Ideación paranoide, PSI = Psicoticismo. **Escalas Globales:** IGS = Índice global de severidad, PSDI = Índice positivo de malestar, TP = Total de síntomas positivos.

Como se puede observar en la *Figura 3*, los percentiles correspondientes a las puntuaciones directas obtenidas por L. en este instrumento de evaluación son bastante elevados.

Así, las puntuaciones más bajas las encontramos en las escalas de somatización, ansiedad fóbica y psicoticismo, mientras que en todas las demás dimensiones la paciente muestra, como mínimo, una sintomatología mayor que el 80 por ciento de la muestra de mujeres de población psiquiátrica. Esto se puede tomar como un importantísimo indicador del malestar y la desesperación con la que acude la paciente a terapia, siguiendo el criterio orientativo de que parece más que evidente la presencia de una patología probablemente encuadrable en algún diagnóstico de trastorno psicológico.

Aun así, no se puede perder de vista la puntualización ofrecida por el manual de corrección e interpretación del test con respecto a las escalas globales PSDI y TP, pues sirven como indicadores de la presencia de un estilo de respuesta que puede distorsionar de alguna manera las puntuaciones del test, o bien por una exageración o bien por una minimización del malestar del encuestado. En este caso, se podría pensar que se trata de un estilo aumentador en el que L. magnifica las respuestas de la evaluación, quizás porque es la manera de expresar el tremendo e incontrolable malestar que siente.

Por lo anterior, el SCL-90-R ofrece un criterio que se debe tener en cuenta para este tipo de casos: aquellos protocolos en los que las mujeres den más de 60 respuestas positivas (es decir, expresen que sí hay presencia de sintomatología en mayor o menor grado con cualquier puntuación  $\neq 0$ ), han de tratarse con suma precaución, pues probablemente esté operando allí el estilo de respuesta aumentador.

Teniendo en cuenta lo anterior, el total de respuestas positivas de L. fue de 74, lo cual significa que no hay que perder de vista que probablemente haya una cierta distorsión por su tendencia a la exageración de la sintomatología, si bien eso no significa que no presente realmente un malestar muy grande. Ahora bien, estas consideraciones tienen sentido cuando se ve a lo largo de las sesiones que L. se deja llevar en exceso por la emoción que la domina en cada momento.

Asimismo, se puede observar que las puntuaciones más altas de su cuestionario aparecen en la dimensión de Obsesión y la de Depresión, componentes esenciales a trabajar con ella durante la fase de intervención.

Por último, con respecto a la escala de ítems adicionales, aunque no se incluyen en ninguna dimensión sintomática específica, sí tienen una gran relevancia clínica, ya que constituyen, según la opinión de algunos, un referente de depresión melancólica. Aunque no

existe baremación para esta dimensión, lo que sí se puede tener en cuenta es que la paciente presenta síntomas positivos en 6 de los 7 ítems que componen esta escala. El único ítem al que responde con un 0 es el de “despertarse muy temprano por la mañana”, pues su problema con el sueño tiene que ver más bien con la dificultad para conciliar el sueño y con que empieza a dormir más de la cuenta como consecuencia de su estado de ánimo deprimido.

- **BDI-II:** la puntuación obtenida por L. en este cuestionario fue de 34, lo cual significa que el grado de depresión que manifiesta la paciente es grave/severo, tomando como referencia los puntos de corte establecidos por los autores del test y que aparecen señalados en el manual de referencia de este instrumento de evaluación (Beck et al., 2011:23):

**Tabla 1**

*Puntuación de corte para los distintos grados de depresión*

<b>Puntuaciones Totales</b>	<b>Grado de depresión</b>
0-13	Mínima
14-19	Leve
20-28	Moderada
29-63	Grave

*Nota:* Tomada de Beck et al. (2011).

- **Formulario Narrativo de Valores:** (véase Tabla 2).

- **Escala de Trauma de Davidson:** son tres las puntuaciones que se obtienen al corregir este instrumento de evaluación: *escala global* (sumando la puntuación de cada ítem), *frecuencia* y *gravedad* de los síntomas (sumando la puntuación de los ítems correspondientes a cada escala). En el primer caso, la puntuación oscila entre los 0 y los 136 puntos. En el caso de las dos subescalas, las puntuaciones totales de cada una pueden variar desde los 0 hasta los 68 puntos. La interpretación que se plantea para los resultados es que, a mayor puntuación, mayor severidad de la sintomatología. De este modo, tal y como lo plantean Bobes et al. (2002), se propone 40 como el punto de corte por encima del cual se valora como grave la sintomatología presente.

Las puntuaciones obtenidas por L. fueron las siguientes tras seleccionar como trauma más perturbador el de la ruptura con F.: 97 en la escala global, 51 en la subescala de frecuencia y 46 en la subescala de intensidad de la sintomatología. Teniendo en cuenta la idea planteada

anteriormente acerca del punto de corte, se puede concluir que los síntomas propios de un TEPT tras la ruptura de su relación están bastante presentes en el caso de esta paciente cuando acude a consulta.

Con lo anterior, se puede entender aún mejor el que se trate de un duelo patológico tan intenso, puesto que claramente viene acompañado de los síntomas experimentados tras el trauma que ha supuesto para ella volver a encontrarse sola tras todo lo ocurrido en su vida. Como se explicó anteriormente, los resultados de esta escala se tienen en cuenta en este caso, sobre todo, para valorar los cambios ocurridos tras el tratamiento.

- **AAQ de Hayes:** la corrección de este cuestionario se lleva a cabo sumando la puntuación de cada uno de los 9 ítems que lo componen, teniendo en cuenta que hay 4 de ellos que se evalúan de forma inversa. Es decir, siendo 7 la máxima valoración que se puede dar a cada uno, en el caso de los siguientes 4 ítems, puntuar un 7 equivaldría a un 1 punto y viceversa:

1. Tenga o no tenga claro cuál es el mejor modo de resolver un problema, me pongo en marcha.
4. Casi nunca me preocupa tener bajo control mi ansiedad, mis preocupaciones o mis sentimientos.
5. Mis sentimientos no me dan miedo.
6. Cuando valoro algún suceso negativamente, lo habitual es darme cuenta de que es sólo una apreciación y no un hecho objetivo.

En la adaptación al castellano de Barraca (2004) se encuentra que la puntuación media para la muestra clínica con la que se llevan a cabo los estudios de este cuestionario es de 44.71, mientras que para el grupo control (muestra no clínica), la puntuación media es de 34.61. Así, se asume que una puntuación más alta corresponde a una mayor evitación experiencial.

Con lo anterior, la puntuación obtenida por L. en el AAQ fue de 43. Se trata, pues, de un valor que está más cerca de la media de la muestra clínica que de la del grupo control, lo cual indica que la paciente tiene un estilo de evitación experiencial bastante instalado. Esto tiene sentido, sobre todo teniendo en cuenta los resultados obtenidos por L. en el resto de los tests aplicados.

**Formulación clínica del caso desde TCC**

**Hipótesis de origen**

Si bien el motivo de consulta que lleva a L. a pedir ayuda inicialmente tiene que ver única y directamente con la ruptura de su relación de pareja, se puede decir que son tres los eventos fundamentales (estímulos incondicionados) que están en el origen del problema de la paciente.

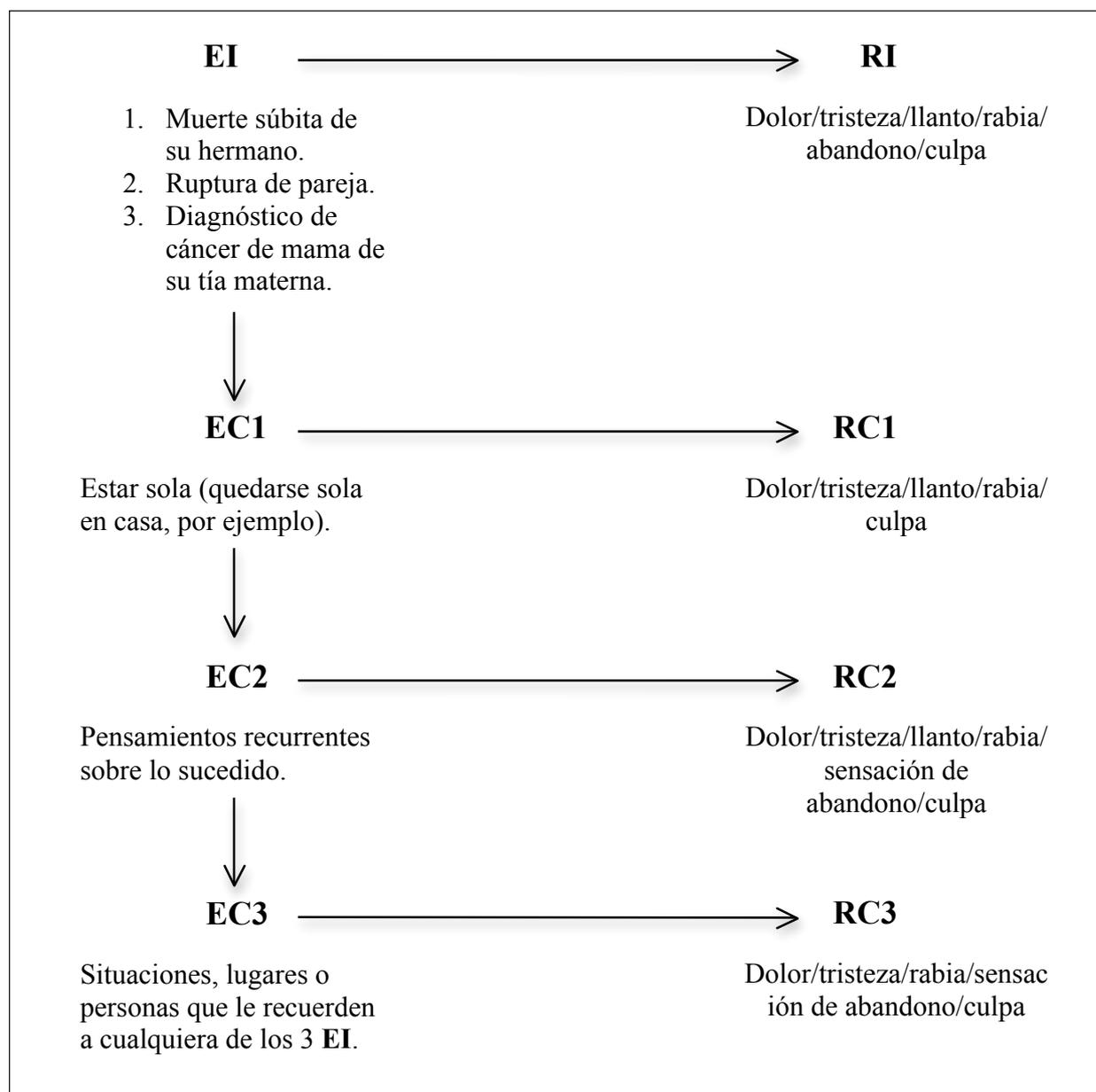


Figura 4. Hipótesis de origen del problema de L. EI= Estímulo incondicionado, RI= Respuesta incondicionada, EC= Estímulo condicionado, RC1= Respuesta condicionada 1, RC2= Respuesta condicionada 2, EC3 = Estímulo condicionado 3, RC3 = Respuesta condicionada 3.

### **Hipótesis de mantenimiento**

Se plantean en la tabla que aparece a continuación algunas de las secuencias de *antecedentes/conductas/consecuencias* más llamativas que se considera mantienen actualmente los síntomas que presenta la paciente y que le impiden elaborar adecuadamente ambos duelos: el de la ruptura con F., que es el que la trae a consulta, y el de la muerte de su hermano, que se encuentra de alguna manera enmascarado por el anterior (véase Tabla 3).

### **Variables disposicionales**

**Disposiciones Personales.** Según lo que cuenta L., su madre y otros miembros de su familia materna han sufrido uno o más de un episodio de depresión a lo largo de su vida, por lo que podría plantearse la existencia de una cierta predisposición genética a padecer problemas depresivos. Además, se pueden considerar dentro de las disposiciones personales algunas características propias de L., como son la ausencia de adecuadas habilidades de afrontamiento y solución de problemas cuando la intensidad emocional la supera; una baja autoestima referida desde pequeña, aunque se ve exacerbada a raíz de la muerte de su hermano, y una cierta necesidad/dependencia de otros para funcionar adecuadamente y enfrentar las distintas situaciones complicadas de su vida (L. explica que tiene cierta dependencia de sus padres ya que siempre se han hecho cargo de todo por ella).

**Facilitadores ambientales.** El hecho de vivir fuera de casa, teniendo en cuenta la relación tan buena y cercana que tiene con su familia, podría funcionar como un facilitador ambiental para la manifestación exacerbada de la sintomatología que presenta L. aún después del tiempo que ha pasado, tanto desde el fallecimiento de su hermano como desde la ruptura con F., precisamente por lo todo lo que implica emocionalmente para ella el hecho de estar sola.

### **Análisis funcional desde ACT**

#### **¿Cuál es el problema según la paciente?**

Dolor, rabia y mucha tristeza. L. verbaliza: “no sé seguir con mi vida”, “no paro de llorar”, “estoy muy harta y cansada”, “me siento culpable, dolida, decepcionada...pero le sigo queriendo”, “he perdido al chico perfecto y ha sido mi culpa... y él sigue tan tranquilo con su vida”.

#### **¿Con qué relaciona el problema L?**

Con la reciente ruptura de su relación de pareja de casi tres años con F. y la rabia y la culpa que siente por haberla provocado y por sentir que no fue lo suficientemente valorada por él tras todo lo que pasaron juntos.

#### **¿Qué ha hecho para resolverlo?**

- Tomar la decisión de no ir más a Granada por un tiempo para evitar posibles encuentros desafortunados.
- Cortar cualquier tipo de contacto con F. (borrar su número de teléfono y eliminarle de las redes sociales).
- Dedicar mucho tiempo a rumiar sobre el tema, intentado de este modo resolver en el pensamiento lo que podría haber hecho para evitar la situación.
- Mantener un diálogo de autocastigo consigo misma para justificar lo ocurrido.
- Hablar constantemente del tema con todo el mundo.

#### **Resultados a corto plazo**

- Disminución de la intensidad de la rabia hacia F.
- Disminución momentánea del malestar tras la realización de algunas de las conductas anteriormente mencionadas (por ejemplo, al desahogarse).
- Atención y cuidado por parte de sus seres queridos (padres y amigos) ante las claras manifestaciones de síntomas y quejas que aparecen como consecuencia de la ruptura con F.

### **Resultados a largo plazo**

- Frustración.
- Rabia.
- Sensación de fracaso.
- Sentimientos de inutilidad y culpabilidad.
- Baja autoestima.
- Disminución de actividades de ocio.

### **Costo del problema**

- Parálisis de su vida que impide la acción guiada hacia sus valores.
- Deterioro del sueño.
- Pérdida de apetito y de peso.
- Abandono de actividades de ocio.
- Disminución del rendimiento académico.
- Agotamiento.
- Pequeñas alteraciones en el funcionamiento de su atención y su memoria.

### **Análisis del hexaflex desde ACT**

#### **¿Hay evitación experiencial? ¿Qué se evita o se intenta controlar y por qué?**

La evitación experiencial se manifiesta de distintas formas a lo largo de la historia de L.

#### **En relación con F.**

- Rumiar y “automachacarse” de forma constante, hace que evite conectar completamente con el dolor y aceptar la pérdida para seguir adelante.
- Quedarse en la cama todo el día pensando y sin salir le permite evitar cualquier lugar, situación o persona que despierte en ella las emociones intensas relacionadas con la ruptura.
- Quejarse, llorar y hablar del tema de F. con todo el mundo también hace que evite conectar completamente con el dolor y aceptar la pérdida para seguir adelante.

#### **En relación con la muerte de su hermano A.**

- Pensar en lo mal que lo ha pasado con la ruptura cada vez que sale el tema de su hermano le sirve para evitar entrar en contacto con el dolor profundo que hay en ella

debido a la muerte de A. Esta evitación también se refleja claramente en la frialdad con la que suele hablar del tema.

**¿A costa de qué? ¿Qué consecuencias tiene la evitación experiencial para la vida de la persona?**

Todas las formas de evitación mencionadas hacen que L. esté estancada en el duelo por la ruptura de pareja, lo cual le afecta en todas las áreas de su vida. Por otra parte, el centrar su atención únicamente en esta pérdida le ha permitido mantener alejado de la consciencia el duelo más profundo que tiene aún sin resolver: el de la muerte de su hermano.

**¿Hay fusión cognitiva? Pensamiento valorativo y exceso de conceptualización: dominio del “bien y el mal” “justicia-injusticia”. Elevado nivel de “dar razones” (pensar-sentir-actuar). Exceso de importancia del comprender.**

En el caso de L. se puede observar que está sumamente fusionada tanto con sus emociones como con sus pensamientos. Su razonamiento es fundamentalmente emocional, y son las intensas emociones que experimenta constantemente las que guían su funcionamiento cotidiano. Así, se siente culpable y víctima de todo lo que le ha ocurrido y mantiene un diálogo muy duro consigo misma en el que se repite esto constantemente. Algunos ejemplos que reflejan esto se plantean a continuación:

- L. tiene una forma de pensamiento dicotómica: tiene un concepto bastante rígido de lo bueno y lo malo. Ella “está mal” y no sabe hacer las cosas bien. Frases como: “*he perdido al chico perfecto y ha sido mi culpa*”, reflejan esta idea perfectamente.

- Las creencias irracionales que están en la base de muchos de los síntomas de L. también se detectan claramente en su discurso. Por ejemplo, en una de las sesiones en las que llora cuando habla de su hermano, verbaliza: “*cuando me veo así, me siento débil*”. Se podría decir que está fusionada con el pensamiento de que “quien llora y muestra su dolor es débil”.

- En su modo de ver la justicia acerca de los hechos vividos, cree que se merece lo que le ha pasado con F. y se siente culpable con respecto a no haber hecho las cosas de una forma mejor.

- Con respecto a la fusión con sus emociones, L. está totalmente fusionada con la rabia, la tristeza y la decepción que siente debido a la ruptura. No se permite sentir libremente las emociones sin caer en etiquetas que la identifiquen como si ella fuera esas

emociones. En sus verbalizaciones esto también queda claro: “...*con todo lo que he hecho por él y así es como me lo paga*”, “*soy una tonta por no haberme dado cuenta antes*”, “*he sido como una muñeca para él. Hizo conmigo lo que quiso*”.

### **¿Hay escaso contacto con el presente (pasado conceptual/futuro temido)?**

Se puede observar en L. un escaso contacto con el presente, ya que su atención se orienta fundamentalmente al pasado, a través de la rumiación y la culpa que experimenta constantemente, o al futuro, a través de pensamientos catastrofistas que la llevan a anticipar la imposibilidad de superar la terrible situación que está viviendo actualmente.

Lo anterior le impide vivir el presente de forma plena, lo cual redundará en la dificultad de experimentar y aceptar las emociones y vivencias del aquí y el ahora.

### **¿Hay predominio del Yo como contenido?**

Resulta evidente que L. está altamente fusionada con el autoconcepto o *Yo como contenido*. En su caso, éste es un Yo evaluado de manera muy negativa, pues así es como se ha acostumbrado a describirse a sí misma: YO como persona anulada, débil, sin carácter, pesada, dependiente, insegura, incapaz, etc.

Estos contenidos de su Yo conceptualizado se empiezan a fortalecer a raíz de los tres eventos consecutivos que llevan a L. a su estado actual: la muerte de su hermano, las múltiples rupturas, sobre todo la definitiva, con F. y el diagnóstico de cáncer de su tía que también le afectó muchísimo. De este modo, tanto ante la pérdida real como ante la amenaza de pérdida, se activan en ella estos contenidos como parte de su propia identidad, como si ella fuera todos y cada uno de esos adjetivos que utiliza cuando se refiere a sí misma.

### **¿Cómo están los valores y las acciones comprometidas? ¿Tiene direcciones valiosas en su vida? ¿Hay obstáculos?**

Detrás de cada dolor de L. hay un valor. El problema radica en que la meta que se ha planteado en relación con su situación ha sido única y exclusivamente la supresión de los síntomas que presenta, razón por la cual se ha desviado de la dirección que la llevaría a la consecución de sus valores. Por ejemplo, tal y como se ha visto en el apartado de la evaluación, para ella es importante mantener amistades de calidad en las que haya preocupación y cuidado por ambas partes. Sin embargo, resulta que desde la

ruptura con F. sus amistades se han convertido en relaciones meramente de desahogo para L. en las que no hay cabida para otra cosa que no sea su malestar y su dolor.

También destaca la familia como un valor sumamente importante para ella, el cual siente que ha descuidado. Esto lo manifiesta al verbalizar que considera que ha sido muy egoísta con sus padres al pasar tanto tiempo sin ir a Granada a verles (precisamente por evitar un encuentro no deseado con F.) y sin ser un apoyo mayor para ellos tras la muerte de A.

Otro valor fundamental en su vida sería el de mantener una relación de pareja comprometida y estable, basada en el respeto, la atención, el cariño y las mismas ganas de estar juntos por ambas partes. En las mismas entrevistas con L., ella reconoce que ha estado siguiendo una dirección totalmente distinta a la que le permitiría alcanzar ese valor, y que es esto lo que le más gustaría cambiar, aunque se siente “atrapada” y no sabe cómo hacerlo.

Por último, en relación con la salud y el bienestar físico y mental, L. tiene como valor el autocuidado y el mantenimiento de la salud y el equilibrio en ambos ámbitos. Sin embargo, reconoce que sus acciones han ido precisamente en la dirección contraria, llegando a descuidarse en todos los sentidos y a ponerse a sí misma en el último lugar, razón por la cual también considera que debe empezar a poner en marcha las conductas necesarias para tomar el camino que desea seguir.

### **Objetivos terapéuticos y estrategias de intervención asociadas**

El objetivo general de la terapia para L. sería el de aceptar la(s) pérdida(s) y aprender a vivir con ella(s). Ahora bien, para conseguirlo y plantearlo de un modo más operativo, se proponen los siguientes objetivos específicos desde un planteamiento propio de ACT, así como las estrategias de intervención sugeridas para alcanzarlos:

## TRATAMIENTO DE UN CASO DE DUELO PATOLÓGICO DESDE ACT

**Tabla 4**

*Objetivos terapéuticos y estrategias de intervención asociadas derivados del análisis funcional realizado desde ACT*

<b>OBJETIVOS TERAPÉUTICOS</b>	<b>ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN</b>
Generar la “desesperanza creativa”.	- <b>Psicoeducación. (*)</b> - Utilización de metáforas.
Identificar las emociones asociadas a la pérdida y entrar en contacto con ellas.	- Ejercicios experienciales.
Aceptar las emociones negativas asociadas a la pérdida.	- Ejercicios experienciales. - Utilización de metáforas.
Tomar distancia de las emociones y los pensamientos negativos que la invaden.	- <b>Estrategias de control de estímulos (tiempo). (*)</b> - Ejercicios de defusión ( <i>defussion</i> ).
<b>Detener la cadena de pensamientos automáticos y evaluar su utilidad. (*)</b>	- <b>Parada de pensamiento. (*)</b> - <b>Autorregistros. (*)</b>
<b>Modificar creencias irracionales y dañinas hacia sí misma y sustituirlas por otras más “amables”. (*)</b>	- <b>Cambio/flexibilidad cognitiva y autoinstrucciones. (*)</b> - <b>Role playing. (*)</b> - Silla vacía.
Desarrollar y fortalecer su yo como contexto.	- Ejercicios experienciales. - Ejercicios de defusión. - Utilización de metáforas.
Decir adiós final (a su hermano) y despedirse de F.	- Ejercicios experienciales. - Silla vacía.
Elegir un horizonte valioso hacia el cual dirigirse tomar acciones concretas en esa dirección desde el aquí y el ahora.	- Compromiso con sus valores y actuación en consecuencia.

*Nota: (\*) = objetivos y estrategias compartidas con TCC. El trabajo de cambio/flexibilidad cognitiva no se puede considerar una reestructuración cognitiva propiamente dicha, pero el hecho de que se trabaje desde esta perspectiva, aunque con otros matices, si es común a la TCC tradicional.*

Las estrategias de intervención mencionadas en la tabla son las que se llevaron a cabo durante el tratamiento de L. desde el enfoque de ACT. Estas estrategias se dirigen al trabajo sobre los seis puntos que constituyen el hexaflex presentado en la *Figura 2*, en donde se representan las principales manifestaciones de psicopatología (inflexibilidad psicológica) desde el punto de vista de esta terapia.

Así, se hace referencia de manera genérica a los ejercicios experienciales, los ejercicios de defusión y la utilización de metáforas. Sin embargo, dentro de cada sesión

de trabajo en la que se han puesto en marcha, dichas estrategias se han centrado en contenidos concretos relacionados con los objetivos que se pretenden alcanzar en el caso de L., derivados del análisis funcional realizado. Esto se explicará con mayor detalle en el apartado de la aplicación del tratamiento y desarrollo de las sesiones.

Barraca (2007) ofrece una explicación bastante clara de estas herramientas de intervención. Con respecto a los ejercicios experienciales, plantea que constituyen el camino para que los pacientes puedan entrar en contacto con los eventos privados problemáticos o dolorosos, que son los que se han acostumbrado a evitar. De este modo, se podría decir que, en su gran mayoría, por no decir todos, los ejercicios experienciales incluyen la aplicación de la técnica de exposición (propia de la TCC tradicional) a las situaciones, las emociones o los pensamientos temidos/evitados, pero en este caso dando un giro distinto. A la exposición a dichos eventos privados le siguen otras indicaciones y otros elementos añadidos desde ACT (se verán también con más detalle en las sesiones), con el objetivo final de que el paciente sea capaz de experimentar su dolor en el momento presente y que, a pesar de ello, elija seguir caminando en la dirección que ha elegido como valiosa en su vida.

Con respecto a los ejercicios de defusión, lo que se pretende es generar una distancia de las emociones y los pensamientos que vive L. con tanta intensidad, hasta tal punto que se identifica y fusiona completamente con ellos. Así, a través de distintos ejercicios, explicaciones y metáforas, se busca deshacer el exceso de literalización, según la cual, una palabra (o en este caso un pensamiento o una emoción) se vive como si fuera exactamente lo mismo que la experiencia real.

En cuanto a la utilización de metáforas, lo que se ha visto es que tienen un resultado bastante potente porque se salen del discurso lógico que prescribe reglas a cumplir o formas de comportamiento ideales, y lo hacen ofreciendo más bien una imagen de cómo pueden funcionar las cosas en determinados contextos. Además, las metáforas también permiten al paciente tomar distancia de su problema al tiempo que consiguen identificar su papel dentro de ellas y no son fáciles de olvidar, lo cual permite que sean aplicadas en otros contextos (generalizar lo aprendido en terapia).

Por último, aunque claramente la mayoría de las estrategias de intervención empleadas son las que se han definido como propias o características de ACT, lo cierto es que durante el tratamiento de L. también se hizo uso de estrategias que se aplicarían más típicamente en una intervención de TCC. Estas estrategias son las que aparecen resaltadas y con un asterisco (\*) en la tabla para llamar la atención sobre el hecho de

que, a pesar de que cada enfoque parece seguir un rumbo distinto, no se debe olvidar que tienen una raíz común.

### **Factores relacionados con los terapeutas**

En el caso de L. trabajaron dos terapeutas: una terapeuta titular y una co-terapeuta. La terapeuta principal, Susana Zazo, forma parte del equipo de terapeutas del Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia. Su orientación teórica se enmarca en el enfoque de la Terapia de Aceptación y Compromiso, y cuenta con doce años de experiencia en el área. Esta terapeuta principal es una de las tutoras de prácticas de la co-terapeuta, alumna del segundo curso del Master de Psicología General Sanitaria de la UAM. Ambas estuvieron presentes en todas las sesiones, salvo en la última media hora de cada sesión, momento en el cual la terapeuta principal daba indicaciones a la co-terapeuta sobre el trabajo experiencial que tendría que llevar a cabo a solas con la paciente. Con esta forma de educación lo que se pretende es fomentar la autonomía, la confianza y la seguridad en la propia capacidad de la co-terapeuta para poder llevar sola parte de los casos en los que participa, lo cual sirve como preparación para un futuro próximo en el que le corresponda desenvolverse como única terapeuta de los pacientes que lleve. El caso se discutía en una sesión clínica con periodicidad semanal.

Además de lo anterior, la co-terapeuta se encargó de aplicar y corregir los instrumentos de evaluación, siempre siguiendo las instrucciones previamente ofrecidas por la terapeuta principal.

### **Aplicación del tratamiento**

Una diferencia fundamental entre la TCC y ACT tiene que ver con la planificación de las sesiones. En la primera, ésta se lleva a cabo de forma previa a las mismas, mientras que, en la segunda, aun cuando se tienen en cuenta los objetivos a trabajar y las estrategias para alcanzarlos, lo que guía las sesiones no es lo que se planifica de antemano sino la demanda específica del paciente en cada momento.

Con respecto a las técnicas de intervención empleadas en el caso de L., todas se van combinando de diferentes formas a lo largo de las sesiones para trabajar sobre los contenidos de la situación problemática de la paciente. Así, por ejemplo, la psicoeducación se utiliza en distintos momentos cuando se le explican los mecanismos

que guían su conducta; el trabajo cognitivo se pone en marcha cuando lo que la domina son los pensamientos irracionales; las metáforas y ejercicios experienciales se emplean en casi todas las sesiones, aunque variando su contenido en función de los problemas específicos que se van abordando en cada momento y, por último, las tareas para casa se indican en algunas sesiones, pues con ellas lo que se pretende es alcanzar, en la medida de lo posible, una generalización de lo trabajado y aprendido en las sesiones a otros contextos de la vida de L.

La frecuencia de las sesiones fue semanal, salvo casos en los que hubo días festivos de por medio (Semana Santa, por ejemplo), o un par de ocasiones en los que a L. se le olvidó o confundió la fecha de la terapia.

Con respecto a la duración, las sesiones duraron aproximadamente una hora y media, pues, como se ha señalado anteriormente, tras el trabajo de una hora con la terapeuta principal, la co-terapeuta era responsable, o bien de aplicar algunos de los cuestionarios en la parte de evaluación, o bien de desarrollar el resto de ejercicios experienciales en la etapa de intervención.

### **Sesiones 1-3**

Estas primeras tres sesiones se dedicaron a la evaluación del caso de L. Tal y como ha sido explicado en el apartado de *Estrategias de evaluación*, se llevó a cabo una entrevista para conocer su historia completa. Tras escuchar la demanda principal de la paciente, se hizo la selección de cuestionarios que se consideraron pertinentes para obtener más información sobre su situación y, a continuación, se aplicaron.

Una vez recogidos estos datos, se formuló el análisis funcional desde ACT, el cual se le explicó a L. en la cuarta sesión. Ya desde estos primeros momentos se fue introduciendo el trabajo en la “desesperanza creativa” mencionada en el apartado anterior. La misma consiste en hacer ver a la paciente, por su propia experiencia, que todos los intentos que hasta ahora ha hecho por deshacerse de su malestar y su sintomatología no han servido para lograrlo. De este modo, lo que se pretende es que L. se abra a nuevas alternativas de actuación para obtener resultados distintos a los que ha tenido hasta el momento.

Para generar esa desesperanza creativa se le planteó la metáfora del hombre que cava en el hoyo: “...un hombre que se dedica a cavar hoyos como forma de vida, un día cae en uno de esos hoyos y trata de salir de allí haciendo lo único que se sabe hacer: *cavar*. Este hombre utilizará cualquier herramienta a su alcance para seguir cavando, lo cual

*hará que el hoyo sea cada vez más profundo. Así, aunque no se sepa qué hacer para salir del hoyo, se sabe que hay que dejar de cavar... ”.* Cuando esta metáfora se traslada al caso de L. (su hoyo es su dolor y su “pala” de cavar es el culpabilizarse y machacarse constantemente), se le muestra que ese mecanismo que ha aprendido es el problema y no la solución.

### **Sesión 4**

La primera sesión de intervención se inició con psicoeducación acerca de las emociones dominantes en un duelo y lo que ocurre con éstas en un duelo no resuelto. Así, se le explicó a L. que las emociones aparecen de forma automática e incontrolable y que siguen un curso, el cual se puede representar gráficamente como una “curva” que alcanza un punto asintótico tras el cual, si la persona se permite experimentar la emoción con toda su intensidad, ésta no aumentará más, sino que, por el contrario, empezará a perder fuerza de manera natural. Sin embargo, cuando la persona evita entrar en contacto con esta emoción tan intensa o escapa de ella antes de que se haga tan grande que parezca incontrolable, no se permite que cumpla su función, y se van guardando y taponando todas las emociones difíciles de manejar con los distintos mecanismos de evitación (no conscientes) que pone en marcha el sujeto que se encuentra en esta situación, tal y como le ocurre a L.

A continuación, se realizaron tres ejercicios experienciales:

**Exposición a la emoción.** Se le dio la indicación de abrirse a sentir el dolor y permitirse llorar, que era lo que estaba conteniendo, durante aproximadamente 7 minutos. Mientras lo hacía, se le pedía que utilizara como “ancla” el aquí y el ahora, y que cada vez que sus pensamientos la llevaran a otros lugares, hiciera el esfuerzo por volver al momento presente.

**Concentración en la respiración.** Durante 10 minutos se le dio la indicación de centrarse única y exclusivamente en su respiración, pues debido a su facilidad para distraerse de lo que le afecta, se empezó a trabajar desde temprano en la focalización de su atención en una sola cosa, intentando dejar ir cualquier distracción que apareciera en el camino.

**Identificación de pensamientos negativos y emociones asociadas.** Se le propuso un ejercicio de imaginar globos de helio volando por el espacio del despacho. A continuación, tenía que identificar los pensamientos negativos que la iban acechando uno a uno, definirlos de forma breve para aprender a acotarlos, y escribir un

pensamiento en cada globo de los que por allí rondaban. Luego de imaginarse escribiendo estos pensamientos, el siguiente paso era el de sacar los globos por la ventana y dejarlos ir de ese espacio.

Por último, después de un rato de hacer lo anterior, se le pidió que identificase las emociones asociadas a esos pensamientos y se quedase con la sensación física generada por éstas, sin hacer nada para deshacerse de ellas.

Con respecto al trabajo cognitivo, se le fueron señalando durante la sesión las creencias irracionales que sustentan su discurso. Por ejemplo “el que sufre es débil”, cuando manifestaba sentirse mal por llorar. Ante creencias como ésta, la indicación es la de que, como mínimo, se permita dudar de ellas y empiece a cambiar el mensaje que se da a sí misma (autoinstrucciones), diciéndose, por ejemplo: “tengo derecho a manifestar mi dolor”, aunque no se sienta del todo convencida de eso, pues se propone como un trabajo necesario para ir entrenando a su cerebro que lleva tanto tiempo acostumbrado a escuchar las mismas cosas.

### **Sesión 5**

En esta segunda sesión de intervención., la emoción que predomina en L. es el enfado con F. por haberla dejado y no haberla valorado lo suficiente. En este sentido, se aplica el mismo ejercicio de la sesión anterior sobre las emociones, pero en este caso se le pide que identifique, sienta y exprese únicamente lo asociado a la emoción de enfado.

Se le suma a este ejercicio un trabajo añadido de compromiso con sus valores, pidiéndole que, tras experimentar y aceptar esta emoción, sea capaz de decirse a sí misma que a pesar de eso que siente y que le llevaría a cualquier comportamiento indeseado (llamar a F., por ejemplo), su compromiso es con los valores que ella ha decidido seguir, y por lo tanto va a andar en esa dirección.

También se le entrena en la técnica de control de estímulos, y se le propone como tarea que bloquee a F. de aquellas redes en las que solo le ha eliminado, ya que, a pesar de no tenerlo como contacto en las mismas, se da cuenta de que él no la ha eliminado a ella y está atento a lo que hace, lo cual le afecta tremendamente.

Además, se trabaja durante la sesión con la técnica de parada de pensamiento y se le pide como tarea para casa que la ponga en marcha por su cuenta y que, a partir de allí, rellene un autorregistro con las siguientes columnas:

**Tabla 5**

*Autorregistro para promover la parada de pensamiento*

Situación	Pensamiento automático	Emoción	¡STOP! / ¡PARA! Reflexión: ¿es bueno seguir dándole vueltas? ¿es útil?	Conducta: ¿qué estaría haciendo si no estuviera pensando?
-----------	------------------------	---------	---	---

### Sesión 6

En esta sesión, tras revisar el autorregistro y observar los pensamientos que de manera recurrente la invaden y con los que ha puesto en práctica la técnica de la parada de pensamiento y reflexión sobre los mismos, se le entrena en darse nuevas autoinstrucciones que se alejen del diálogo interno que mantiene consigo misma, en el que se culpa constantemente de lo sucedido con F. En este caso la indicación es la de sentir la culpa tal y como viene sin hacer nada por acabar con ella, pero cambiando el mensaje que se manda a sí misma: “hice lo que pude lo mejor que pude de acuerdo a la situación” en lugar de “es mi culpa que todo esto se haya acabado...”.

Se lleva a cabo con L. otro ejercicio experiencial de conectar con la emoción y las sensaciones corporales asociadas a ésta, pero sin alimentarla con los pensamientos y dejando que éstos se vayan del mismo modo en que van apareciendo. A través de este ejercicio y una metáfora sobre dos orillas de una ribera (la de la autoestima y la de los pensamientos negativos), se le explica que su estilo rumiativo es el que le hace volver constantemente a la segunda y, por ello, a su dolor espontáneo se le suma este componente de rumiación que aparece cuando el llanto se vuelve absolutamente desconsolado y durante muchísimo tiempo, pues lo que está operando allí son los pensamientos que la acechan y a los que escucha, relegando a un segundo plano a la emoción genuina.

### Sesión 7

En esta sesión se introduce el trabajo en autocontrol, pues surge como tema principal el estilo obsesivo de L. al pensar en F., en lo que pudo haber sido y no fue. La obsesión no se aplica solo al pensamiento sino también a la acción, pues lo que hace es que no para de hablar del tema allí donde va.

Se le explica que esa estrategia de dar vueltas y hablar del tema a todas horas no es la solución, sino más bien la trampa, pues lo único que hace es aumentar la culpa y el malestar.

Para fomentar el autocontrol, se le manda como actividad para casa que posponga el hablar de F., pensar en F. o buscar información de F. y que espere 40 minutos antes de hacerlo, dedicando ese tiempo a otra actividad y centrándose en ella por mucho que el cuerpo le pida otra cosa. Pasado ese tiempo, decidirá si finalmente va a hacer aquello que quería hacer 40 minutos atrás, pero antes tendrá que recapacitar sobre a dónde la llevará hacerlo y qué conseguirá con ello.

Para parar la cadena de pensamientos que aparecen tras el primer pensamiento automático que le viene a la cabeza sobre el tema, además de seguir con el autorregistro de la sesión 6, se realiza un ejercicio con ella de definir pensamientos concretos, ponerlos en una barra de hielo y meterlos en un congelador y, a continuación, pensar en cualquier otra cosa banal como forma de distracción (los Goya, por ejemplo).

Finalmente, para limitar el tiempo dedicado a pensar en el tema, se le propone como estrategia de control que elija una hora del día en la cual va a pensar todo lo que quiera sobre F., pero fuera de esa hora no debería entrar más en el tema. Además, se le plantea que en esa hora de pensar y rumiar intente utilizar todo lo que surja para enfadarse e ir poco a poco cortando con eso que le hace daño.

Por último, a través de un role-playing, se trabaja con L. en la elaboración de un discurso interno sin victimización. La co-terapeuta, tras una primera fase de entrenamiento en la que hace el ejercicio que le corresponde a la paciente para enseñárselo, representa a esa L. interna, y la paciente tiene que hablarle de forma amable diciéndole frases como: “esto me hace daño”, “hasta aquí he llegado”, “no consigo nada repitiéndome siempre lo mismo”, “esto es lo que hay, toca seguir con mi vida...”.

### **Sesión 8**

En esta sesión L. se muestra un poco más tranquila con el tema de F. y el asunto central pasa a ser el de su hermano A., pues para ese momento se acerca la fecha de aniversario de su fallecimiento. Este hecho hace que L. se sienta muy vulnerable y se aprovecha la situación para trabajar el que contacte con el inmenso dolor que tiene tan bloqueado con respecto a este tema. Se le pide que se permita experimentar esa emoción y que exprese todo lo que siente en relación con la muerte de A.

Se lleva a cabo un ejercicio de defusión en el que se pide que, tras identificar la sensación física asociada al dolor, le ponga todas las características que pueda: nombre, color, forma, ubicación en el cuerpo, textura, peso... En resumen, se propone la

“fiscalización” de una emoción para que pueda verla desde una perspectiva distinta, con cierta distancia, con el propósito de que se vaya entrenando en observar esa sensación, aprender a aceptarla y llevarla consigo sin hacer nada por quitársela, y sin que le impida continuar en la dirección que desea seguir en su vida.

Algo curioso que ocurre en esta sesión es que se ve claramente el mecanismo de evitación que tiene cuando entra mucho en el tema de su hermano, ya que el ejercicio anterior se cortó varias veces porque el proceso emocional se veía interrumpido por pensamientos acerca del tema de F. a los que se dirigía la atención de L. automáticamente, expresado por ella como: “es que enseguida me voy al otro tema”.

### **Sesión 9**

En esta sesión se ataja el problema de evitación mencionado en la sesión anterior, explicándole a la paciente cómo funciona en ella este mecanismo, según el cual sustituye (no conscientemente) el dolor por el “automachaque” y la culpa. El tema central de esta sesión es el de su hermano y su familia, con quienes se siente culpable por haber dado más importancia al asunto de la ruptura con F. Se sigue trabajando en la línea de las sesiones anteriores, con psicoeducación, metáforas y ejercicios experienciales de sentir las emociones e intentar volver al aquí y al ahora cada vez que los pensamientos la lleven lejos. Además, se añade el componente de comprometerse con sus valores de familia tras estos ejercicios, de modo que como tarea para casa se le propone que ponga en marcha acciones dirigidas a esos valores (llamar a sus padres de forma más seguida, hablar con ellos del tema de A., etc.).

### **Sesión 10**

Esta sesión se adelanta porque L. llama a la terapeuta y le pide verla de emergencia, pues se encuentra en crisis tras haber buscado a F. de nuevo en las redes sociales, en donde encuentra que éste ha comenzado a seguir a una chica que ella conoce de toda la vida y que describe como una “tía fácil” que está con quien quiere. En este sentido, las emociones que se encuentran a flor de piel son el asco, la decepción, la injusticia y una ira tremendas, emociones nuevas para ella, pues hasta ahora se había mantenido anclada fundamentalmente en el dolor y la pena.

La invitación entonces es, una vez más, a permitirse sentir las y verbalizar todo lo asociado a ese asco, esa decepción, esa ira y esa injusticia. Se trabaja también con psicoeducación, explicando cómo es normal que aparezcan estas sensaciones, cuando

parte de la elaboración del duelo de la pérdida se complica por el hecho de haber idealizado a la persona que ya no está.

Se aprovecha todo lo que surge a lo largo de esta sesión para trabajar en el “yo como contexto” y en el estilo de atribución de L. En el primer caso, al ejercicio de abrirse a sus emociones sin ningún tipo de juicio se añade un elemento: hacer una lectura de las sensaciones y pensamientos que la invaden como lo que son, únicamente sensaciones y pensamientos que van y vienen, que pueden aparecer con mayor o menor intensidad, pero que ella NO es una emoción o un pensamiento concreto. Una vez más, se trata de tomar distancia y perspectiva para ver a su yo como lo que es: algo más que lo que siente o piensa puntualmente.

Para explicarle lo anterior, además de proponerle la experiencia directa, se empleó la metáfora del tablero de ajedrez: *imagina un tablero y las figuras de ajedrez. Se constituiría una partida en la que dos bandos intentarían vencer. Un bando de esos, “el bueno”, representaría los sentimientos de control y los pensamientos de autoconfianza que quieren ganar la partida al otro bando (la ansiedad, las obsesiones y demás “figuras malas”). En realidad, se trataría de una partida sin final, porque las piezas no pueden desaparecer del tablero... ”*. Al preguntarle con qué se identificaría en ese juego, su respuesta fue la esperable: con las “figuras malas”, afirmación ante la que se le planteó la siguiente insinuación: “¿y qué hay del tablero?”. Con este planteamiento el objetivo era el de resituarla en la perspectiva del contexto o tablero, proponiéndole a continuación sus opciones: deshacerse de las figuras o contemplar el juego sin estar particularmente implicada, pues al final el tablero contiene a todas las figuras, mas no “es” ninguna de ellas.

Con respecto al estilo atribucional de L., se le explicó que parte de esa gran ira que refiere con respecto al tema de F. tiene que ver con que se atribuye internamente todo lo que ha ocurrido y todo se lo lleva a su “yo”. Así, se le propone el ejercicio de buscar formas de diálogo interno más amables consigo misma: por ejemplo, cambiar las frases “soy mala” y “tengo la culpa” por “me siento mal y siento culpa”. Además, se introduce el trabajo de autoempatía, reforzándole y enseñándole a reforzarse y validarse a sí misma por haber hecho lo que ella consideraba necesario para luchar por su relación (volver con F. constantemente e insistir por recuperar lo perdido), aunque luego el resultado no fuese el deseado.

### **Sesión 11**

La fecha de esta sesión coincide precisamente con el aniversario de la muerte de su hermano, por lo que éste es el tema principal que se trabaja con L.

Curiosamente, es el día que más bloqueada se muestra y tiene una actitud absolutamente fría al hablar de A. Refiere sentirse como “out”, “desconectada”, sensación ante la cual se abandona quedándose en cama (de hecho, solo se levantó para ir a terapia). La tarea que se le propone para gestionar esto adecuadamente es la activación conductual. Que haga lo que esté en su mano por comprometerse (con consciencia de que no es funcional el mecanismo de afrontamiento que ha adoptado) a hacer algo, lo que sea. Cualquier otra actividad será válida con tal de que implique levantarse de la cama.

L. habla de lo increíble que le parece el hecho de que no volverá a ver a A. nunca más, de las cosas que echa de menos de su hermano y de la pena y la rabia que siente. Sin embargo, lo hace sin ningún tipo de conexión emocional. Una vez más, se le habla de la función de las emociones y de cómo el bloqueo que tiene hacia ese tema guarda relación con el hecho de no haberse permitido experimentarlas completamente y en su máxima intensidad por el miedo que tiene a perder el control. Se le invita, entonces, a provocar estas emociones, pues hasta que no se haga, no va a terminar de elaborarse el duelo, y seguirá defendiéndose tras el escudo de la evitación, el cual utiliza para convencerse a sí misma de que no es capaz de sentir nada por la muerte de A.

Se le explica que el dolor está y ha estado ahí, pero que ese miedo que tiene a enfrentarlo con todas las consecuencias, es precisamente lo que ha incrementado el sufrimiento por otros temas (como el de F.) y lo que ha provocado el enorme “tapón emocional” que tiene.

Se intenta provocar las emociones dentro de la sesión, pero no se consigue. Por ello, se le manda como tarea para casa que elija una foto de su hermano, que imagine que él está ahí y que le diga todo lo que siente. Además, aunque es un trabajo bastante duro de hacer, la prescripción es que lo intente hasta que surjan las emociones más profundas.

### **Sesiones 12-15**

Las siguientes cuatro sesiones se han agrupado en un mismo apartado porque se puede considerar que, si bien es cierto que durante estas semanas ocurrieron muchas cosas en la vida de L. que le afectaron bastante, son sesiones en las que se observa un

gran crecimiento por parte de la paciente a la hora de manejar las dificultades que fue encontrando en el camino.

A modo de resumen, con respecto al tema de su hermano, L. plantea que ha intentado realizar el ejercicio de hablar con él a través de la foto, pero que le ha costado mucho y que sigue teniendo dificultades para dejar salir las emociones asociadas. A pesar de ello, se le refuerza simplemente por haberlo intentado y se le anima a que siga haciéndolo, pues ya se sabía que no iba a ser una tarea fácil para ella.

Además, empieza a verbalizar la rabia que siente por el hecho de que su hermano la haya abandonado y la culpa que le aparece a continuación. Refiere haber vivido experiencias durante las semanas previas a estas sesiones que despertaron en ella todo ese enfado que tenía guardado, al cual le dio salida simplemente sintiéndolo y llorándolo. Así, el trabajo de la terapeuta en este sentido fue el de escuchar todo eso que tenía que expresar L. y reforzarla positivamente por permitirse sentir y poner palabras a sus sensaciones/emociones sin hacer nada para cambiarlas.

Por otro lado, decidió quedar con los amigos de su hermano que vinieron a la capital y, a pesar de que hubiese días en los que no se veía lo suficientemente animada para hacer cosas, siguió la indicación de activarse conductualmente y tomó la iniciativa de hacer las actividades que para ella son importantes. Es decir, puso en marcha acciones comprometidas con sus valores en este sentido.

Con todo lo anterior, resulta pertinente hacer una puntualización acerca del estado de ánimo de L., pues en este caso concreto ni se busca ni se valora como mejoría el que éste cambie de una forma brusca y vaya de la tristeza a la alegría. Con esta paciente, el hecho de que se permita estar triste, sentir su dolor y expresarlo de una forma adecuada sin que ello detenga el resto de su vida, ya significa un cambio tremendo, pues implica que se empiezan a dar los pasos necesarios para resolver las tareas del duelo hasta ahora no resueltas.

En relación con F., ocurren bastantes cosas en el corto período de tiempo transcurrido entre las sesiones:

- L. viaja a Granada para ver a su familia y amigos en Semana Santa, y allí se encuentra con F. una noche. La paciente relata sorprendida que se saludaron sin problema y que siente que reaccionó "*hasta bien*", ya que no se mostró nerviosa y no le afectó tanto como creía que iba a afectarle el hecho de verle.
- Tras ese encuentro, F. empieza a buscarla nuevamente a través de llamadas y mensajes. L. comenta que lo lleva bien y que cuando ha sentido que se le puede escapar

de las manos la situación, ha puesto un freno. Cuando cuenta esto se muestra bastante tranquila, alegre y en control de la situación.

- Después de unos días, ocurre algo que no logra controlar, se vuelven a ver y están juntos una vez más después de todos los meses que pasaron sin contacto. Pero, tras volver a verse un par de veces más, F. le dice a L. nuevamente que es mejor que no caigan otra vez en lo mismo y que él no está preparado para tener una relación, así que lo mejor es cortar definitivamente.

- En la sesión 14 L. llega a terapia sintiéndose muy mal, con mucha rabia y mucha culpa por haber “vuelto atrás”. Se le explica que esto es parte del proceso y se le indica que siga practicando en mantener un diálogo más amable consigo misma, ya que el trabajo personal que ha hecho no lo ha perdido a pesar de que haya vuelto a caer en el asunto de F.

Se realiza en este punto un trabajo de “silla vacía” en el que L. se sitúa frente a una silla en la que se ha de imaginar que está sentada ella misma tal y como ha llegado a la sesión: triste, enfadada, decepcionada, disminuida. Tras imaginarse a sí misma con el máximo nivel de detalle posible, la tarea consiste en hacer el esfuerzo necesario por decirle a esa otra L. que tiene enfrente todo lo que le cuesta decirse a sí misma: *“en vez de culparte por haber vuelto a caer, siéntete como una luchadora por intentar hasta el final recuperar lo que querías”, “que esta experiencia te sirva para aprender de ella”, “esto es lo que hay y si volviste a estar con F. fue porque así lo decidiste, no eres víctima de nadie”, etc.*

Entre las sesiones 14 y 15, a pesar de lo difícil que ha sido para ella el tema con F., se observa un progreso importante en la forma de ver y de asumir la realidad por parte de L. En este sentido, la paciente verbaliza que todo lo ocurrido en las últimas semanas le ha servido para darse cuenta de cómo ella ha contribuido a la intensidad de sus emociones y, sobre todo, se ha hecho consciente de lo dependiente, rígida y obsesiva que es. Según sus propias palabras: *“Me he dado cuenta de mi rigidez. Oigo lo que quiero oír”, “siempre que me bloqueo pido ayuda y todos me ayudan. Me he dado cuenta de lo malcriada y dependiente que soy y de todo lo que no sé hacer”, “también me di cuenta de lo obsesiva que soy con los chicos. Conocí a un chico nuevo hace poco y ya me estaba empezando a salir la vena obsesiva”.*

Lo anterior es realmente interesante porque significa que parte del objetivo se ha conseguido. Es decir, no solo se trata de abrirse a sentir y aceptar lo que siente (trabajo

que también se ha avanzado), sino de asumir la responsabilidad y no tanto la culpa de lo que ocurre en su vida, lo cual claramente empieza a hacer.

### Sesión 16

L. acude a esta sesión con una sensación un tanto agrídice, pues tuvo una última conversación a través de WhatsApp con F. en la que fue capaz de decirle absolutamente todo lo que sentía, pero además lo hizo posicionándose desde un lugar más adulto y dándole su justo valor. Así, aunque sigue sintiendo tristeza, la misma empieza a ocupar un lugar más sano, acompañada de un componente crucial que hasta ahora no había aparecido en L.: la resignación.

Además, cuenta que a pesar de todo esto, volvió a estar en Granada visitando a su gente y consiguió estar bien y tranquila con sus padres y amigos. También refiere que está durmiendo mejor y que desde que inició la terapia hasta esta sesión ha engordado 10 kilos, algo positivo para ella pues se había quedado muy delgada con todo el asunto de la ruptura.

Con todo lo anterior, se le refuerza muchísimo porque esto significa que parte importante del duelo está hecho, y se le explica que esta vez el llanto es diferente, debido a que no es un llanto cargado de culpa por lo que ha pasado o ansiedad por lo que puedan pensar otros, sino que es un llanto genuino y perfectamente justificado, pues se está llorando una pérdida que necesariamente hay que llorar y se está haciendo de una forma más sana.

Para hacer que ella experimente esto que se le explica, se hace un ejercicio en el que, con dos muñecos de juguete (elegidos por ella) que los representen a ellos dos (L. y F.), entable una conversación final, una despedida en donde ella sea capaz de decirle todas las frases de resignación que han ido surgiendo a lo largo de la sesión, como, por ejemplo: *“aunque me duela, tengo que dejarte ir”*, *“no me queda más remedio que aceptarlo. Aunque los dos nos queramos, no podemos estar juntos”*. Lo cierto es que este ejercicio le lleva un tiempo porque le resulta difícil de hacer, pero aun así lo consigue.

Con respecto al tema de su hermano queda mucho trabajo por hacer, pero poco a poco va avanzando en esa dirección, tal y como se ha visto. En cualquier caso, lo

importante es que el duelo principal que la llevó a consulta está bastante más elaborado, gracias a lo cual se podrá seguir progresando en su otro duelo pendiente.

A pesar de que todavía queda un camino por recorrer, en este período de tiempo ha habido muchísimos cambios que han afectado positivamente los distintos ámbitos de la vida de L. Por ello, para conocer esos cambios y también para aumentar la motivación de la paciente enseñándole cómo se reflejan cuantitativamente, tras la decimosexta sesión de intervención se aplicaron las mismas pruebas de la evaluación pre-tratamiento, esperando encontrar cierta disminución en las puntuaciones tan elevadas encontradas inicialmente.

### **Sesión 17**

En esta sesión se le presentan a L. unos gráficos que muestran los cambios desde la evaluación pre-tratamiento hasta la evaluación realizada después de 13 sesiones de intervención, en donde efectivamente se cumple la tendencia esperada: disminución de la intensidad de la sintomatología reflejada en una menor puntuación en los tests aplicados. También, como era de esperar, esto la motiva mucho a seguir trabajando en la dirección de continuar con su vida, persiguiendo sus valores y aceptando las duras pérdidas que ha sufrido.

Además de lo anterior, se continúa con el trabajo terapéutico en la línea de lo que hasta ahora se ha ido haciendo, interviniendo a través de psicoeducación, ejercicios experienciales, metáforas, autorregistros, autoinstrucciones y flexibilidad/cambio cognitivo en ambos duelos: terminar de elaborar el de F. y entrar de una forma más profunda todavía en el de A.

Tal y como ya se ha puntualizado, resulta evidente que todavía queda trabajo por hacer y así será. Sin embargo, por motivos de tiempo y de que existe una fecha límite para la entrega de este material, no se puede presentar aquí el trabajo de todas las sesiones realizadas hasta finalizar el tratamiento del todo, pues como es de esperar, la elaboración de ambos duelos (sobre todo del segundo) supone un proceso más largo al que todavía le queda un tiempo.

Sin embargo, se ha seleccionado este caso porque, a pesar de lo anterior, lo cierto es que sí se ha conseguido una mejoría importante que se hace evidente en el relato de las sesiones. Además, se puede considerar la recogida de los datos en este punto como una medida post-tratamiento porque, aunque la paciente vaya a continuar su trabajo psicológico con el asunto de su hermano, sus respuestas a los instrumentos de

evaluación en ambos momentos (pre-post) las dio en relación con su motivo de consulta: el duelo por la pérdida emocional de F., hecho que, en este punto, sí se encuentra bastante resuelto.

De momento se mantendrán las sesiones con una frecuencia semanal y una duración aproximada de una hora y se espera que L. siga avanzando en su crecimiento personal del mismo modo en que lo ha hecho hasta ahora.

### Diseño del estudio y resultados

En este estudio se ha empleado un diseño de caso único (N = 1) del tipo A-B (León y Montero, 2015). A L. se le administraron cuatro cuestionarios antes y después del tratamiento; uno para valorar la presencia de distintas formas de sintomatología, otro para medir la gravedad de la sintomatología depresiva, otro para medir el grado de evitación experiencial que presenta, y otro para conocer hasta qué punto la experiencia que la lleva a consulta inicialmente ha supuesto un trauma en su vida.

A continuación, se exponen los datos descriptivos de las mediciones pre y post tratamiento. Las puntuaciones se representan de manera gráfica para que los cambios se puedan apreciar visualmente.

**-SCL-90-R (1994):**

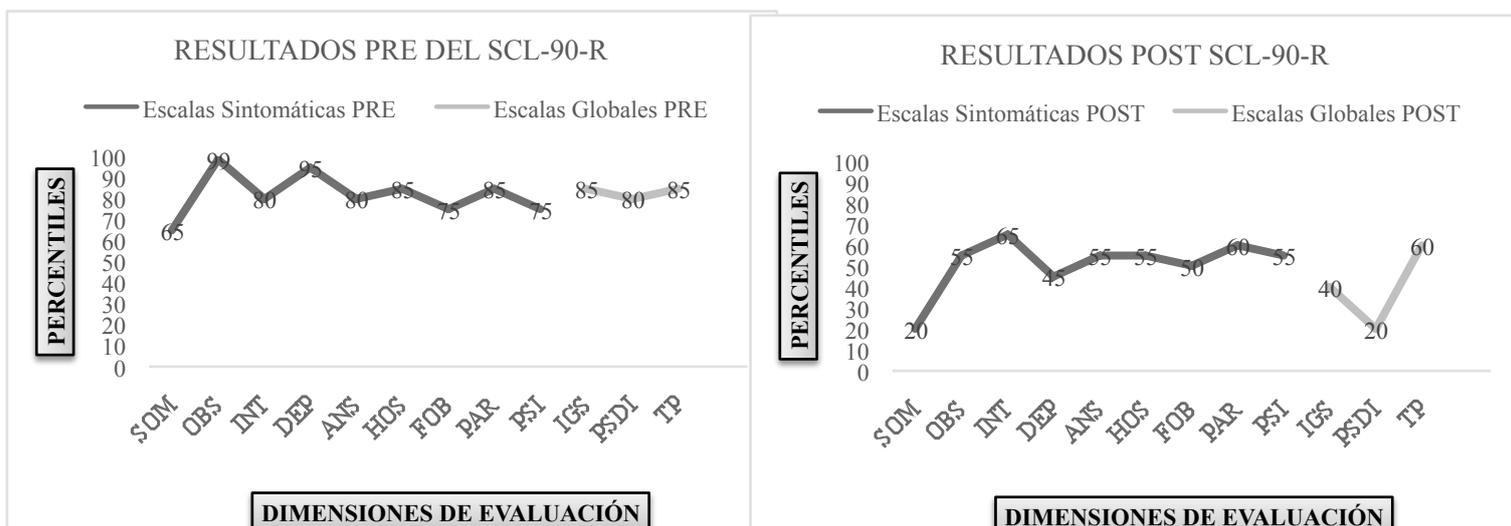


Figura 5. Resultados pre y post tratamiento obtenidos en el SCL-90-R (Derogatis, 2002).

**Escalas Sintomáticas:** SOM = Somatización, OBS = Obsesiones y compulsiones,

INT = Sensibilidad interpersonal, DEP = Depresión, ANS = Ansiedad, HOS = Hostilidad,

FOB = Ansiedad fóbica, PAR = Ideación paranoide, PSI = Psicoticismo.

**Escalas Globales:** IGS = Índice global de severidad, PSDI = Índice positivo de malestar,

TP = Total de síntomas positivos

Como se puede observar en la *Figura 5*, se ha producido un cambio bastante importante en las puntuaciones obtenidas por L. en el SCL-90-R. Mientras que su puntuación más baja en la evaluación pre-tratamiento se correspondía con el percentil 65 en el baremo de la muestra de mujeres de población psiquiátrica (en la escala de somatización), en la evaluación post-tratamiento esto se invierte y el percentil 65 corresponde a la máxima puntuación directa obtenida por la paciente (en la escala de sensibilidad interpersonal).

Además, la disminución se ha dado en todos los grupos de síntomas y también en las escalas globales. Si bien en el primer gráfico resulta evidente que las puntuaciones de L. la ubicaban en un nivel bastante por encima de la media de lo que ocurre en mujeres de población psiquiátrica, tras la intervención realizada la sintomatología se reduce casi a la mitad, ya que, en líneas generales, lo que se observa es que sus puntuaciones pasan a ubicarse o bien en torno a la media o bien por debajo de ésta en relación con la misma población de referencia.

Con respecto al total de síntomas positivos (**TP**), si bien se indica como punto de corte el de 60 ítems respondidos con presencia de síntomas para considerar que existe una tendencia a exagerarla, al haber contestado así a un total de 65 ítems, se podría afirmar que esa característica sigue presente en la paciente. Sin embargo, si se compara con su propia puntuación pre, en la que dio respuesta positiva a 74 ítems, es de valorar el hecho de que la tendencia, aunque aún esté presente, también ha disminuido. Una posibilidad es que esta reducción en cómo valora la presencia de síntomas positivos esté relacionada con que ha tomado consciencia de su propia tendencia a exagerar.

Hay que destacar que en aquellas dimensiones en las que se evidenciaba una puntuación más elevada (Obsesión y Depresión), ha habido una reducción bastante importante. De estar en el percentil 99 en la dimensión de Obsesión en la evaluación pre-tratamiento, ha pasado a posicionarse en el percentil 55. Con respecto a la escala de Depresión, su puntuación, previamente correspondiente al percentil 90, ha cambiado al percentil 45. Esto podría interpretarse como una buena señal de que el tratamiento ha conseguido cumplir sus objetivos.

Por último, en relación con la escala de ítems adicionales, también ha habido una disminución importante, pues la paciente pasa de presentar síntomas positivos en 6 de los 7 ítems en la evaluación pre-tratamiento, a tener solo 4 de 7 en la evaluación post.

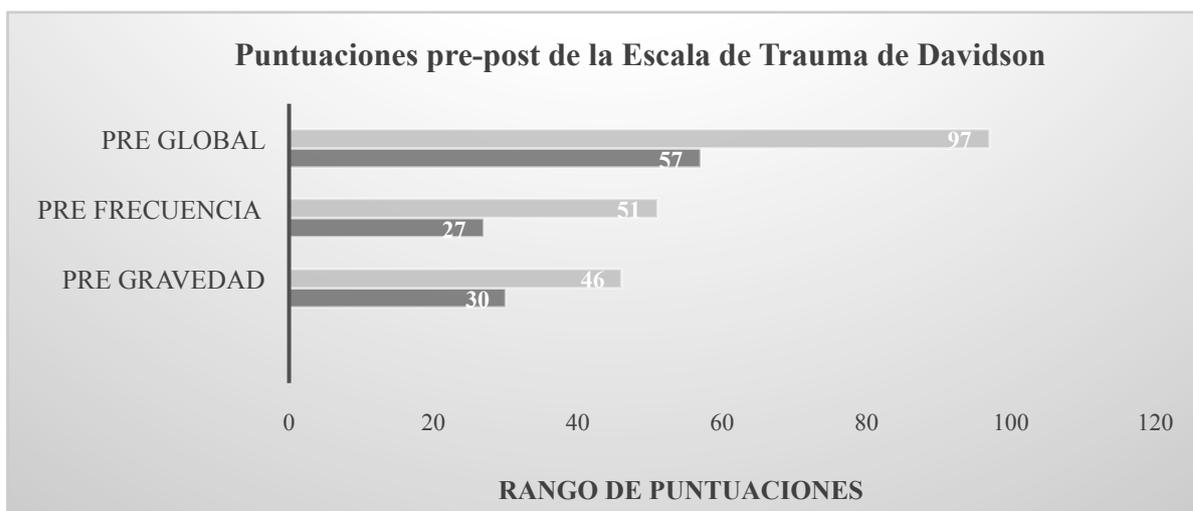
Así, todo lo anterior no es más que un claro indicador del progreso alcanzado a lo largo del proceso de intervención, tal y como se ha venido observando en la descripción de las sesiones.

- **BDI-II (1996):** en la evaluación post-tratamiento, L. obtuvo una puntuación total de 18 en el Inventario de Depresión de Beck. Teniendo en cuenta la información que aparece en la *Tabla 1*, un valor de 18 corresponde a un grado leve de depresión, aunque se encuentra más cerca del límite que separa el grado leve y el grado moderado. Aun así, se trata de un cambio considerable entre la evaluación pre-tratamiento, en la que L. simplemente sentía que no encontraría sentido a su vida y que no veía una salida a su situación, y la evaluación post-tratamiento, en donde, a pesar de la gran tristeza que lógicamente sigue sintiendo, los síntomas depresivos no son los que dominan su vida.



*Figura 6.* Representación gráfica del cambio entre las puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck antes y después del tratamiento. El cambio va de una puntuación global de 37 en la evaluación pre a una puntuación de 18 en la evaluación post.

**- Escala de Trauma de Davidson (1997):**



*Figura 7.* Representación gráfica del cambio entre las puntuaciones de la Escala de Trauma de Davidson antes y después del tratamiento.

En la figura anterior se puede observar que las puntuaciones obtenidas por L., teniendo en mente el asunto de la ruptura con F., fueron las siguientes: 57 en la escala global, 27 en la subescala de frecuencia y 30 en la subescala de intensidad de la sintomatología.

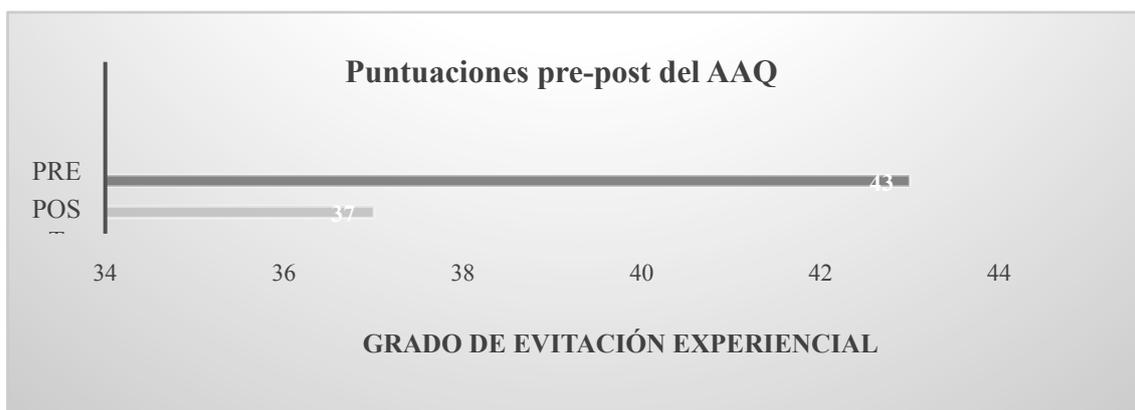
Como se mencionó en el apartado de estrategias de evaluación, esta escala se empleó con el fin de valorar los cambios producidos por el tratamiento, encontrando, una vez más, una reducción importante en las puntuaciones obtenidas.

En este sentido, a pesar de que se propone 40 como el punto de corte para la puntuación total de la escala a partir del cual hay que tener en cuenta que la sintomatología presente es severa y, en el caso de la escala global, L. sigue teniendo una puntuación superior a 40, lo que resulta interesante es establecer la comparación con su propia evaluación antes del tratamiento. De este modo se puede valorar como muy positivo el hecho de que se haya producido una disminución de 40 puntos de la evaluación pre-tratamiento a la evaluación post-tratamiento.

Lo mismo se puede decir con respecto a las subescalas de frecuencia y gravedad. Incluso hay un elemento más positivo aún que tiene que ver con que, en la evaluación pre-tratamiento, las puntuaciones de L. en ambas escalas superaban el punto de corte de 40 y, sin embargo, esto no ocurre cuando se aplica la escala al finalizar la intervención.

Con lo anterior, parece sensato concluir que los cambios de puntuación en esta escala sí pueden servir como un claro reflejo de los cambios producidos por el tratamiento psicológico en el caso de L.

**- AAQ (2000):**



*Figura 8.* Representación gráfica del cambio entre las puntuaciones del cuestionario de evitación experiencial, AAQ, antes y después del tratamiento.

Según la información recopilada en el apartado de estrategias de evaluación acerca de la corrección e interpretación de este cuestionario, se sabe que la puntuación media para la muestra clínica con la que se llevan a cabo los estudios de este cuestionario es de 44.71, mientras que para el grupo control (muestra no clínica), la puntuación media es de 34.61. Así, se asume que una puntuación más alta corresponde a una mayor evitación experiencial.

Con lo anterior, la puntuación obtenida por L. en el AAQ en la evaluación post-tratamiento fue de 37, tratándose en este caso de un valor que pasa a estar más cerca de la media de la muestra del grupo control que de la muestra clínica. Esto puede asumirse como un indicador de que, a pesar de que sigue teniendo un nivel importante de evitación experiencial (E.E), en relación con el 43 que obtuvo en su primera evaluación, sí se ha producido una disminución en su tendencia a la E.E. Evidentemente, al tratarse de un estilo de funcionamiento adoptado desde temprano en su vida, no resulta sencillo acabar con ese patrón de evitación. Sin embargo, también es cierto que el tratamiento no está acabado del todo, por lo que es probable que se sigan dando cambios en el sentido en que hasta ahora se han producido: una clara tendencia a la disminución de la gravedad y frecuencia de la sintomatología considerada de forma global.

### **Discusión**

Los resultados obtenidos constituyen un claro reflejo de los avances realizados por la paciente conforme se fueron introduciendo las distintas técnicas de intervención a lo largo del proceso terapéutico.

A continuación, se presenta una lista de los cambios más notables producidos por L. en relación con los objetivos de tratamiento planteados:

- Se consigue la identificación, reconocimiento y experiencia completa de las emociones asociadas a la pérdida.
- Se avanza de manera importante en la aceptación de las emociones negativas asociadas a la ruptura con F., lo cual se ve reflejado en la descripción de las últimas sesiones, en donde aparece un alto grado de resignación manifestado por L. en sus verbalizaciones y su actitud general de mayor tranquilidad.
- Se produce un cambio en el diálogo interno que mantiene la paciente consigo misma, de modo que empieza a tratarse con una más amabilidad (aunque aún le cueste un poco). Esto se observa tanto dentro de las propias sesiones como cuando relata momentos de la semana en los que se ha sentido muy mal y ha conseguido decirse las frases que ha ido incorporando durante la terapia.
- Se genera un cambio de perspectiva con respecto a sus problemas, de modo que deja de posicionarse en el lugar de víctima y empieza a tomar consciencia de su responsabilidad en el asunto sin culparse tanto. Se comienza a observar desde una visión más adulta.
- Se consigue que L. ponga cada vez más en práctica los ejercicios trabajados en sesión para detener las cadenas de pensamientos en las que entra constantemente. En este sentido, la paciente se permite vivir el momento presente y elegir periodos específicos del día para dedicarlos a pensar en lo que decida. Esto también habrá que seguir trabajándolo durante las próximas sesiones, pero lo positivo es que se ha hecho un avance importante en el tiempo que lleva la terapia.
- Se alcanza la elaboración casi completa del duelo por el que acude a consulta, el de F., lo cual le permite despedirse adecuadamente de él a través de los ejercicios propuestos dentro de las sesiones.
- Se produce un cambio en su actitud hacia la vida, de modo que finalmente decide llevar a cabo acciones concretas comprometidas con sus valores y empieza a disfrutar cada vez más de éstas.

Teniendo en cuenta estos avances, junto con los resultados encontrados en los instrumentos de evaluación antes presentados, aunque no es correcto hablar de significación estadística, lo que sí se puede hacer es valorar los cambios observados como clínicamente relevantes en la medida en que han sido favorables para la paciente, quien ha alcanzado los principales objetivos de esta primera parte del tratamiento. Además, la misma L. manifiesta su satisfacción al darse cuenta de los efectos que empieza a tener la intervención en los distintos ámbitos de su vida, motivo por el cual se podría sugerir que el tratamiento también cuenta con relevancia clínica desde su propio punto de vista.

Las técnicas de intervención aplicadas fueron seleccionadas tomando como referencia la información ofrecida por el análisis funcional realizado sobre este caso (desde ACT), el cual sirvió, además, para establecer como prioridad el trabajo en aceptación y manejo de emociones frente al estilo de evitación experiencial tan marcado en esta paciente. Sin embargo, tal y como se explicó en el apartado de los objetivos del tratamiento, al plantearse el trabajo desde ACT, no se estableció una planificación previa de cada sesión, sino que los objetivos específicos se fueron trabajando en función de la demanda principal de la paciente en cada encuentro.

A partir de este punto parece pertinente resaltar las diferencias fundamentales entre la TCC tradicional y ACT que se han ido mencionando a lo largo del presente trabajo.

Aunque el caso de L. ha sido abordado desde el enfoque de la Terapia de Aceptación y Compromiso, al ser ésta la perspectiva desde la que se trabaja en el Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia de Madrid, en todo momento se ha buscado establecer comparaciones que sirvan para conocer los elementos comunes y diferentes entre esta forma de intervención y la derivada de la tradición cognitivo-conductual más clásica.

Precisamente por este motivo se ofrece, no solo el análisis funcional desde ACT, sino también desde la TCC (Apéndice B). Esto se ha hecho porque resulta muy útil para entender qué explicación da cada enfoque al problema de la paciente y, a partir de allí, se podría justificar con una base más sólida el hecho de que desde una y otra perspectiva se elijan, para la intervención, técnicas diferentes derivadas de los distintos análisis realizados.

Partiendo de esta última idea, se puede entender perfectamente que los objetivos perseguidos y las técnicas seleccionadas desde TCC serían diferentes de los objetivos y las técnicas propuestos desde ACT. Así, por ejemplo, en lugar de pretender alcanzar la aceptación de las emociones desagradables por parte de la paciente, el trabajo cognitivo-

conductual iría más en la línea de buscar la reducción y/o eliminación de los síntomas que le resultan molestos y aversivos (ansiedad, culpa, etc.). Estos objetivos distintos se corresponderían con estrategias de intervención cuyo planteamiento dentro de las sesiones también cambiaría bastante si se tratase específicamente de un tratamiento cognitivo-conductual tradicional.

Un ejemplo de lo anterior se puede encontrar en la técnica por excelencia aplicada para la reducción de síntomas aversivos: la exposición. Curiosamente, esta estrategia está presente en ambos tipos de intervención. Sin embargo, lo que cambia en uno y otro caso es el objetivo que se persigue con su aplicación. De este modo, la exposición en TCC se lleva a cabo con la intención de que el paciente se habitúe a la reacción inicial aversiva e intolerable que le generan los estímulos temidos para disminuir su sintomatología, mientras que en el caso de ACT el objetivo es que el paciente sea capaz de experimentar su dolor y, a pesar de ello, continúe caminando en la dirección que ha elegido como valiosa en su vida.

Lo que resulta muy interesante con respecto a esta última idea expuesta es, desde mi punto de vista, que en ambos casos se consigue el mismo resultado en última instancia. Esto es, que se vea debilitada la potencial carga de amenaza de los eventos negativos cuando el paciente se permite experimentarlos repetidamente y de distintas formas.

Otro elemento que resulta interesante es que estos dos enfoques de tratamiento no deben entenderse necesariamente como enfrentados o incompatibles entre sí, pues tal y como se ha visto, también se han empleado técnicas propias de la TCC tradicional en la intervención con L. (autoinstrucciones, estrategias de control de estímulos y autocontrol, etc.).

Una opinión personal en este sentido tiene que ver con que, quizás, el hecho de que existan casi tantas o más similitudes que diferencias entre TCC y ACT, podría servir para buscar el modo en que la combinación de técnicas propias de ambos enfoques pudiese resultar útil para el tratamiento de distintos trastornos o, mejor dicho, de distintos pacientes. De este modo, como cada caso es único, intentar adaptar las técnicas válidas de las dos perspectivas de tratamiento, siempre velando por el bienestar del paciente, podría ser una salida razonable al constante enfrentamiento que se ha establecido entre dos formas de intervención que, por muchos elementos que las separen, son vertientes diferentes de un mismo río. Es decir, tienen un origen común y eso no se puede negar.

Sin embargo, esta es solo una opinión, ya que lo que se ha encontrado es que, como bien lo explica García-Higuera (2006), a pesar de los resultados tan prometedores que existen en la investigación en relación con el tratamiento enfocado desde ACT para distintos trastornos psicológicos, aún queda un camino importante por recorrer en esa dirección desde el punto de vista de los estudios empíricos acerca de la eficacia de esta forma de terapia.

En el caso concreto de L. hay que destacar que su motivación y su colaboración (aunque esta última no fuese inmediata) fueron elementos fundamentales para su progreso. Realizó las tareas que se le pedían y, aunque confesó que algunas veces le costaba bastante hacerlo, intentó y/o logró poner en práctica las pautas que se le indicaban.

Por otro lado, en la fase final de la primera parte del tratamiento también fue importante la colaboración de los padres de L. La terapeuta principal consideró necesario explicarles que el excesivo apego emocional a su hija, además del hecho de que le solucionaran casi todos los problemas y tareas del día a día, contribuía de manera importante al mantenimiento de los comportamientos de dependencia y demanda de ayuda constante por parte de L. Tras explicarlo de una forma muy sutil y cuidadosa, los padres entendieron y se comprometieron a seguir algunas pautas indicadas para ir “soltando” a su niña.

Otro elemento fundamental que guarda relación tanto con la mejoría de L. como con el mantenimiento y generalización de las conductas aprendidas durante la intervención, lo constituye el hecho de haberlas puesto en práctica en su entorno habitual, tal y como se le indicó desde el primer momento. Sin embargo, no hay que perder de vista que desde ACT el trabajo que se considera más valioso y generador de cambio en sí mismo es el realizado de manera experiencial dentro de las propias sesiones de intervención.

Con todo lo anterior y, a pesar de los resultados positivos encontrados en el tratamiento de este caso, no hay que perder de vista que el presente estudio cuenta con limitaciones en relación con los criterios de eficacia, efectividad y eficiencia que se comentan a continuación.

Con respecto a la eficacia, decir que un tratamiento es eficaz significa que el mismo tiene la capacidad de producir cambios psicológicos que sean superiores a los resultados de otros tratamientos estándar o a la no intervención. (Ferro y Vives, 2004; Moriana y Martínez, 2011). Precisamente por este motivo, la principal limitación del caso presentado tiene que ver con el tipo de tratamiento aplicado. Es decir, si tal y como se

ha mencionado anteriormente, son escasas tanto la literatura acerca del tratamiento del duelo patológico enfocado desde la perspectiva de ACT como los estudios empíricos que pudieran otorgarle una validez definitiva, no se puede hablar en términos de eficacia al observar los resultados obtenidos tras la intervención, a pesar de que se hayan evidenciado resultados clínicamente relevantes.

Siguiendo en esta misma línea, al tratarse de un caso en el que se ha empleado un diseño A-B, existen problemas de validez interna. Esto es así porque no se cuenta con la información suficiente para saber qué técnicas han tenido un mayor peso en los cambios ocurridos en L. y, además, no se puede asumir que las mejoras observadas tras el tratamiento se deban exclusivamente a la aplicación del mismo, ya que es posible que otras variables no consideradas y difíciles de controlar estuviesen contribuyendo también al progreso de la paciente. En este sentido, tener una serie más amplia de casos individuales equivalentes al de L., podría servir como alternativa para paliar esta limitación.

En relación con la efectividad, si bien se ha observado que tras el tratamiento se han obtenido resultados clínicamente relevantes y la paciente se muestra satisfecha con los logros alcanzados, faltaría información para valorar si la intervención ha sido o no efectiva, en la medida en que no se sabe, en este punto, si los avances realizados se mantendrán en el tiempo, ya que el tratamiento aún no ha acabado. Para determinar esto, la intervención tendrá que llegar a su final en primer lugar y, a partir de ese momento, será necesario hacer un seguimiento de la misma a corto, medio y largo plazo.

Al estar relacionada la efectividad con la validez externa, se entiende que también existan limitaciones en esta última, pues al tratarse de un caso único, no se pueden extraer conclusiones acerca de la generalización de los resultados a otras personas (Ferro y Vives, 2004).

Por último, otra limitación importante tiene que ver con la dificultad para determinar la eficiencia del tratamiento. Siguiendo, una vez más, el planteamiento Ferro y Vives (2004), cuando se habla de eficiencia, se hace referencia a la relación coste/beneficio de la intervención, entendiéndose como coste no sólo el económico sino también el relativo al número de sesiones necesarias para producir cambios significativos. Así, para poder hacer una valoración adecuada de la eficiencia en el presente estudio, se tendrían que haber establecido comparaciones del coste de esta intervención con el coste de otros

tratamientos estándar (como TCC) o bien con el coste de la no intervención y las consecuencias derivadas de ésta.

Ahora bien, a pesar de las claras limitaciones de este estudio, lo cierto es que el planteamiento aquí realizado se puede considerar interesante en la medida en la que ofrece algunas novedades y elementos diferentes, al escapar en cierto modo de los parámetros mantenidos durante los estudios de grado y de Master en relación con la TCC más tradicional.

Los nuevos conocimientos desarrollados sobre ACT, tanto desde la investigación teórica que se ha hecho para el presente trabajo, como desde la vivencia directa de la práctica clínica que asume este enfoque, permiten generar nuevas y distintas opiniones, así como una visión crítica de las diferentes formas en las que se pueden abordar los problemas psicológicos.

Con todo lo anterior y, a modo de cierre, se podría plantear que este estudio suma en la dirección de acumular información y conocimientos relativos a la aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en personas que se encuentran atravesando situaciones de duelo patológico, sobre todo teniendo en cuenta la insuficiencia de estudios pormenorizados en este ámbito concreto.

### Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Arlington, Virginia.
- Barraca, J. (2004). Spanish Adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 505-515.
- Barraca, J. (2006). Las terapias conductuales de tercera generación: ¿parientes políticos o hermanos carnales? *EduPsykhé*, 5(2), 145-157.
- Barraca, J. (2007). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo. *Miscelánea Comillas*, 65(127), 761-781.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II* (Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C.). Madrid: Pearson
- Bobes J., G-Portilla M.P., Bascarán, M.T., Saiz P.A. y Bousoño M. (2002). *Banco de instrumentos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Ars Médica.
- Costa, M. y López, E. (2012). Desvelar el secreto de los enigmas. Despatologizar la psicología clínica. *Papeles del Psicólogo*, 33(3), 162-171.
- Derogatis, L.R. (2002). *Manual. Cuestionario de 90 Síntomas* (Adaptación española: González de Rivera, J.L., de las Cuevas, C., Rodríguez Abuín, M. y Rodríguez Pulido, F.). Madrid: TEA ediciones, S.A.
- Ferro, R. y Vives, C. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panace*, 5, 97-98.
- García-Higuera, J.A. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT) como desarrollo de la terapia cognitivo conductual. *EduPsykhé*, 5(2), 287-304.
- Hayes S., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001): *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Plenum Press.

- Hayes, S., Luoma J., Bond, F., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S.C, Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd edition). New York, NY: The Guilford Press.
- Horowitz, M.J., Wilner, N., Marmar, C. Y Krupnick, J. (1980). Pathological grief and the activation of latent self-images. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1157-1662.
- Jacobson, N.S., Dodson, K.S., Truax, P.A., Addis, M.E., Koerner, K., Gollan, J.J., Gortner, E.T. y Prince, S.E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.
- León, O. G. y Montero, I. (2015). *Métodos de investigación en Psicología y Educación* (4ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- Luciano, M. y Cabello, F. Trastorno de duelo y terapia de aceptación y compromiso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 399-424.
- Moriana, J. A. y Martínez, V. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 81-100.
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5(2), 159-169.
- Worden, J. (1997). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Zazo, S. (2009). *Duelo, duelo patológico, duelo complicado*. Obtenido en <http://www.pscoterapeutas.com/paginaspersonales/susana/duelo.html>

**Apéndices**

**Tabla 2**

*Respuestas de L. al Formulario Narrativo de Valores de Hayes*

<b>ÁREA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>Matrimonio, pareja o relaciones íntimas</b>	“Me gustaría: sentirme una persona segura, ser fiel, hacerme respetar y que el respeto sea mutuo, tener una relación en la que haya confianza y en donde sea capaz de poner límites, ser independiente, que haya cariño de ambas partes y sentirme valorada y atractiva tanto por fuera como por dentro.”
<b>Relaciones familiares</b>	“Quiero demostrar que cuentan conmigo, que les apoyo, les quiero y me siento orgullosa de pertenecer a mi familia. Me gustaría tener la confianza para decir también las cosas que me disgustan o me molestan. Quiero que se sientan orgullosos de mí y que en mi familia no haya mentiras ni secretos.”
<b>Tiempo libre y descanso</b>	“Quisiera retomar el deporte, recuperar y mantener una buena forma física; mantener también el baile como actividad general para desconectar; ir al campo y hacer senderismo; aprender música (tocar la guitarra, por ejemplo).”
<b>Amistad y relaciones sociales</b>	“Quiero estar ahí para mis amigos. Como buena amiga lo que veo fundamental es el ser sincera, saber escuchar y no hablar por hablar. Me gustaría transmitir alegría y no perder la sonrisa. También quisiera saber poner límites y hacerme respetar. Pero, sobre todo, quiero como amiga poder estar ahí para cualquier situación (en las buenas y en las malas).”
<b>Trabajo y carrera profesional</b>	“Quisiera dedicarme a la parte policíaca y estudiar perfiles (algo como lo que hacen en “mentes criminales”). Quisiera hacer algo importante y que mi trabajo no se quede en el aire. Quiero sentirme apasionada por lo que haga y no perder la motivación, llevarme bien con mis compañeros de trabajo y que podamos ser amigos, pero desde el respeto.”
<b>Educación, crecimiento y desarrollo personal</b>	---
<b>Espiritualidad</b>	---
<b>Ciudadanía, política e inquietudes sociales.</b>	---
<b>Salud y bienestar</b>	Con respecto a la salud física: “quiero estar sana, sin ninguna enfermedad, con mi peso ideal y llevando una alimentación

equilibrada, respetar las horas de sueño, sacarme más partido físicamente (dedicar más tiempo a arreglarme) ...”

Con respecto a la salud mental: “me gustaría ser más positiva, vivir en el presente y disfrutar del momento, dejar de sentirme culpable por todo, permitirme las equivocaciones y dejar de machacarme tanto... Quisiera aprender a desprenderme de la gente y no forzar ningún tipo de relación, aceptar y sentir el dolor cuando pierda a alguien, pero no hundirme y seguir con mi vida...”. “Quiero sentirme orgullosa de mi misma y saber valorarme. Me gustaría dejar de ser tan impulsiva, ser más sensata y que mis emociones no me dominen tanto... Cuidarme por mi propia cuenta sin depender de los demás. Quiero estar tranquila conmigo misma.”

---

**Fuente del formulario sin rellenar:** Hayes et al. (2012).

## TRATAMIENTO DE UN CASO DE DUELO PATOLÓGICO DESDE ACT

**Tabla 3**

*Hipótesis de mantenimiento del problema de L. desde el enfoque cognitivo-conductual*

<b>Estímulo Discriminativo (ED)/Antecedentes</b>	<b>Conducta/Respuesta Operante (RO)</b>	<b>Consecuencias (C)</b>
Mensajes/llamadas de la madre de F.	<p><b>Nivel psicofisiológico:</b> nerviosismo, rabia, pena.</p> <p><b>Nivel cognitivo:</b> “no entiendo por qué me tiene que seguir hablando”, “me gustaría no responderle, pero no quiero ser mala con ella”, “si me sigue contactando no podré olvidarme de F”.</p> <p><b>Nivel motor:</b> responder a sus mensajes.</p>	<p><b>Refuerzo negativo:</b></p> <p>Alivio del malestar al deshacerse de la incomodidad y la culpa que le produciría el hecho de no responderle nada a la madre de F.</p>
Ver parejas en la calle.	<p><b>Nivel psicofisiológico:</b> tensión, incremento de la tasa cardíaca, tristeza.</p> <p><b>Nivel cognitivo:</b> pensamientos relacionados con el hecho de que ella no fue capaz de mantener y salvar su relación de pareja mientras que otros están tan felices y tranquilos.</p> <p><b>Nivel motor:</b> desvía la mirada.</p>	<p><b>Refuerzo negativo:</b></p> <p>Alivio del malestar cuando distrae su atención de lo que observa y que le hace recordar la ruptura.</p>
Pensar en F. y en cómo habría podido ser todo si ella no lo hubiese agobiado y siguieran juntos.	<p><b>Nivel psicofisiológico:</b> angustia, tristeza, rabia, culpa, opresión en el pecho, sensación de que tiene “un nudo en la garganta” y de que se le cierra el estómago, dificultades para dormir.</p> <p><b>Nivel cognitivo:</b> “si no me hubiese puesto tan pesada con él, igual habría sido todo distinto”, “lo agobié mucho sin querer”, “en parte creo que es mi culpa que me haya dejado...aunque él también lo hizo mal y no me valoró”. Intenta distraer el pensamiento en otros asuntos.</p> <p><b>Nivel motor:</b> se queda en la cama dándole vueltas a la situación sin querer levantarse, deja de salir y de hacer planes con sus amigos, dedica menos tiempo a estudiar.</p>	<p><b>Refuerzo negativo:</b></p> <p>Alivio del malestar y la culpa cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se distrae pensando en otros asuntos o culpabilizándolo a él por no haberla valorado.</li> <li>- Se libera de ciertas responsabilidades académicas.</li> <li>- Encuentra en su estado actual la justificación para dejar de salir y quedar con sus amigos.</li> </ul>

## TRATAMIENTO DE UN CASO DE DUELO PATOLÓGICO DESDE ACT

<p>Hablar con sus padres y amigos de lo mal que la tiene el tema de la ruptura.</p>	<p><b>Nivel psicofisiológico:</b> tristeza, rabia, opresión en el pecho, sensación de que tiene “un nudo en la garganta”</p> <p><b>Nivel cognitivo:</b> se pregunta por qué tuvo que pasarle esto a ella, piensa que en parte F. tampoco la valoró como debía, que ella lo dio todo por él y él no fue capaz de hacer lo mismo.</p> <p><b>Nivel motor:</b> llora de manera incontenible, busca explicaciones a lo sucedido cada vez que habla de la situación con sus seres cercanos, expresa verbalmente la rabia, el dolor y la incertidumbre que siente.</p>	<p><b>Refuerzo positivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención, preocupación y apoyo constante de sus padres y amigos.</li> <li>- Compañía e intentos de distracción de L. por parte de sus compañeras de piso.</li> </ul> <p><b>Refuerzo negativo:</b> Alivio momentáneo del malestar al desahogarse y expresar sin ningún tipo de filtro todo lo que siente.</p>
<p>Darse cuenta de que él no había dejado de seguirla en las redes sociales (Instagram y Facebook).</p>	<p><b>Nivel psicofisiológico:</b> incremento de la tasa cardíaca, nerviosismo, miedo.</p> <p><b>Nivel cognitivo:</b> “si aún me sigue será porque quiere seguir viendo lo que hago”, “me siento mal de que me vea en las redes porque me da miedo que luego vuelva como lo hizo en verano y que yo no sepa cómo reaccionar”.</p> <p><b>Nivel motor:</b> sube fotos y vídeos a las redes con la intención de que F. vea que ella está “bien” y “tranquila”.</p>	<p><b>Refuerzo positivo:</b> Atención de F., aunque sea de manera indirecta.</p>
<p>Ver fotos de F. a través de las redes sociales de sus amigas.</p>	<p><b>Nivel psicofisiológico:</b> sensación de “nudo en la garganta”, rabia, ansiedad, pena.</p> <p><b>Nivel cognitivo:</b> “yo pasándolo mal y él tan tranquilo saliendo de fiesta y disfrutando con sus amigos” “parece que por fin se me cae la venda, porque creo que no me quería tanto”.</p> <p><b>Nivel motor:</b> pide a sus amigas que visiten las redes sociales de él de vez en cuando para enterarse de lo que hace F.</p>	<p><b>Refuerzo positivo:</b> Atención de sus amigas al atender sus peticiones.</p> <p><b>Refuerzo negativo :</b> Alivio momentáneo al saber lo que F. está haciendo aunque ya no tengan ningún contacto.</p>

## TRATAMIENTO DE UN CASO DE DUELO PATOLÓGICO DESDE ACT

Estímulo Discriminativo (ED)/Antecedentes	Conducta/Respuesta Operante (RO)	Consecuencias (C)
<p>Hablar de su hermano.</p>	<p><b>Nivel fisiológico:</b> ausencia de respuesta fisiológica, y frialdad como consecuencia del gran bloqueo emocional que presenta L. con respecto al tema de la muerte de su hermano A.</p> <p><b>Nivel cognitivo:</b> “¿por qué otras cosas me afectan tanto y esto parece que no me importara?” “la gente debe pensar que no me duele que mi hermano haya fallecido”. Cuando surge el tema de su hermano, automáticamente lleva el pensamiento a su problema actual: la ruptura con F.</p> <p><b>Nivel motor:</b> habla con perfecta normalidad de la muerte de su hermano, sin ningún tipo de conexión emocional en el discurso.</p>	<p><b>Refuerzo negativo:</b></p> <p>interrupción del contacto emocional con la muerte de su hermano y disminución de la culpa asociada cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desvía la atención al asunto de F. y</li> <li>- Habla de su hermano desde un lugar meramente racional y distanciado de la emoción.</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración propia.



