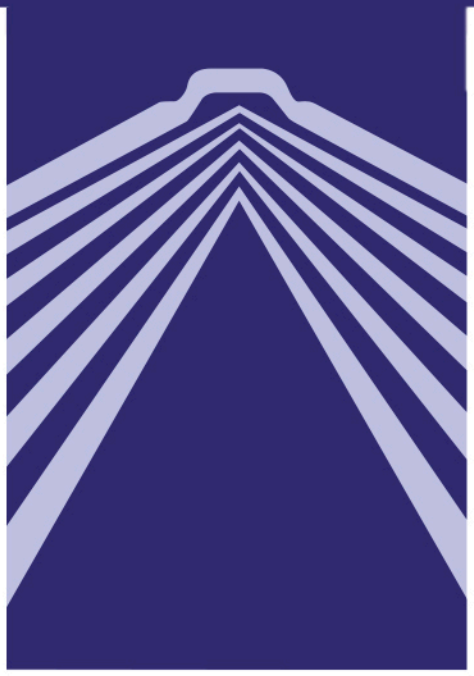


(Coords.)
Luis Valero Aguayo
Antonio Ruiz García
Davinia María Resurrección Mena

Casos clínicos desde las terapias contextuales

PSICOLOGÍA

PIRÁMIDE

Casos clínicos desde las terapias contextuales

Coordinadores

LUIS VALERO AGUAYO

CATEDRÁTICO DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

ANTONIO RUIZ GARCÍA

PROFESOR AYUDANTE DOCTOR EN LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

DAVINIA MARÍA RESURRECCIÓN MENA

PROFESORA TITULAR DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD LOYOLA ANDALUCÍA

Casos clínicos desde las terapias contextuales

EDICIONES PIRÁMIDE

Edición en versión digital

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del copyright.

© Luis Valero Aguayo, 2025
© Antonio Ruiz García, 2025
© Davinia María Resurrección Mena, 2025
© Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2025
Para cualquier información pueden dirigirse a piramide_legal@anaya.es
Valentín Beato, 21. 28037 Madrid
Teléfono: 91 393 89 89
www.edicionespiramide.es
ISBN digital: 978-84-368-4997-4

Relación de autores

Jorge Barraca Mairal
Profesor titular de la Universidad Camilo José Cela.

Juan Antonio Díaz-Garrido
Psicólogo especialista en Psicología Clínica en el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Profesor en el Departamento de Psicología e investigador de la Universidad Fernando Pessoa Canarias.

Rafael Ferro García
Doctor en Psicología por la Universidad de Granada, especialista en Psicología Clínica y en Psicoterapia.

Azucena García Palacios
Catedrática de psicopatología y directora del equipo de investigación Labpsitec de la Universitat Jaume I.

Elisa Pilar Gómez-Sánchez
Graduada en Psicología por la Universidad de Málaga. Máster en Psicología General Sanitaria. Consulta privada en Málaga.

Horus Laffite Cabrera
Psicólogo especialista en Psicología Clínica en el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

Miguel Ángel López Bermúdez
Psicólogo clínico en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital Universitario de Jaén.

Francisca López Ríos
Profesora titular del Departamento de Psicología de la Universidad de Almería.

Juan José Macías Morón
Profesor ayudante doctor en la Universidad de Burgos.

María Francisca Martínez Huidobro
Graduada en Medicina por la Universidad de La Laguna, Tenerife. Especialista en Psiquiatría, Hospital Universitario Doctor Negrín de Gran Canaria.

María Vicenta Navarro Haro
Doctora en Psicología por la Universidad de Valencia y profesora permanente en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Zaragoza.

Davinia María Resurrección Mena
Profesora titular de Psicología de la Universidad Loyola Andalucía.

Tatiana Roncancio Medina
Graduada en Administración y Dirección de Empresas por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria e investigadora en la Unidad de Investigación del Hospital Universitario Doctor Negrín de Gran Canaria.

Jessica Ropero Cebrián
Graduada en Psicología por la Universidad de Málaga. Máster en Psicología General Sanitaria. Consulta privada en Málaga.

Antonio Ruiz García
Profesor ayudante doctor en la Universidad de Córdoba.

Juan José Ruiz Sánchez
Psicólogo clínico de la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Úbeda.

© Ediciones Pirámide

José Manuel Sánchez Olid

Graduado en Psicología por la Universidad de Málaga. Máster en Psicología General Sanitaria. Consulta privada en Málaga.

Miguel Jesús Segura Expósito

Psicólogo interno residente en el Hospital El Bierzo de Ponferrada.

Luis Valero Aguayo

Catedrático de Psicología de la Universidad de Málaga.

María Laura Zorgno

Graduada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Máster en Psicología General Sanitaria. Consulta privada en Málaga.

Raquel Zúñiga Costa

Psicóloga especialista en Psicología Clínica. Unidad de Internamiento Breve del Hospital Universitario de Canarias de Tenerife.

© Ediciones Pirámide

Índice

Prólogo 17

Introducción 19

Referencias 22

1. Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en dos casos clínicos transdiagnósticos *(Francisca López Ríos, Miguel Jesús Segura Expósito y Antonio Ruiz García)* 23

Introducción 23
Caso 1. Un problema obsesivo-compulsivo 26
Caso 2. Un caso de ensoñación desadaptativa 36
Conclusiones 43
Referencias 43

2. Psicoterapia Analítica Funcional: dos casos de crisis de ansiedad y problemas obsesivo-compulsivos *(Rafael Ferro García, Miguel Ángel López Bermúdez y Luis Valero Aguayo)* 47

Introducción 47
Caso 1. Crisis de ansiedad y adicciones 51
Caso 2. Problemas obsesivo-compulsivos con la comida 57
Conclusiones 62
Referencias 64

3. Activación Conductual aplicada en dos casos de problemas depresivos *(Antonio Ruiz García, Elisa Pilar Gómez-Sánchez y Luis Valero Aguayo)* 67

Introducción 67
Caso 1. Depresión e inactividad 70
Caso 2. Depresión tras ruptura de pareja 80
Conclusiones 88
Referencias 88

© Ediciones Pirámide

4. Terapia Integral Conductual de Pareja: un caso de infidelidad y un caso de interferencia familiar *(Jorge Barraca Mairal)* 93

Introducción 93
Caso 1. Problemas de pareja por infidelidad 95
Caso 2. Problemas de pareja por interferencia de la familia de origen 101
Conclusiones 107
Referencias 108

5. Terapia Dialéctica Comportamental: dos casos clínicos con trastorno de personalidad límite *(María Vicenta Navarro Haro y Azucena García Palacios)* 111

Introducción 111
Caso 1. TPL y depresión 113
Caso 2. TPL y abuso de sustancias 119
Conclusiones 126
Referencias 127

6. Aplicaciones clínicas de FACT: dos casos de dilemas humanos a través del hexaflex-existencial *(Juan José Macías Morón y Luis Valero Aguayo)* 129

Introducción 129
Fundamentos filosóficos y conductuales de FACT 131
Caso 1. Miedo al rechazo 137
Caso 2. Miedo a no haber vivido 143
Conclusiones 148
Referencias 149

7. Casos clínicos desde un modelo contextual para la psicosis: Terapia de Aceptación y Recuperación (ART) *(Juan Antonio Díaz-Garrido, María Francisca Martínez Huidobro, Horus Laffite Cabrera, Raquel Zúñiga Costa y Tatiana Roncancio Medina)* 153

Introducción 153
Caso 1. Odiseo de regreso a Ítaca 159
Caso 2. Psique saliendo de la soledad 163
Conclusiones 166
Referencias 166

8. FACT de Grupo en un equipo de salud mental comunitario *(Juan José Ruiz Sánchez y Luis Valero Aguayo)* 171

Introducción 171
Caso 1. FACT de Grupo para problemas ansiosos y depresivos 175
Caso 2. FACT de Grupo en personas con trastornos mentales graves 184
Conclusiones 190
Referencias 190

9. Dos casos clínicos de psicoterapia contextual aplicada *on-line* *(José Manuel Sánchez Olid)* 193

Introducción 193
Caso 1. Personalidad psicótica y complaciente 200

© Ediciones Pirámide

Caso 2. Miedo al conflicto 203
Conclusiones 206
Referencias 207

10. Mezcla de procedimientos contextuales: la adaptación al caso individual *(Luis Valero Aguayo, Jessica Ropero Cebrián y María Laura Zorgno)* 209

Introducción 209
Caso 1. Pesimismo y desgana 211
Caso 2. Problemas crónicos 220
Conclusiones 228
Referencias 229

Anexos 233

Anexo 1. Escala de la Experiencia del Yo (*Experience of Self Scale,* EOSS) 234
Anexo 2. Cuestionario de Instantánea Vital (*FAP Life Snapshot,* CIV) 239
Anexo 3. Cuestionario de Valores Vitales (*Values of Life Questionnaire,* VLQ) .. 241
Anexo 4. Cuestionario de Aceptación y Acción (*Acceptance and Action Questionnaire,* AAQ-II) 244
Anexo 5. Escala de Observación de Recompensas Ambientales (*Environmental Reward Observation Scale,* EROS) 246
Anexo 6. Cuestionario de Credibilidad de Sentimientos y Pensamientos (*Beliability and Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire,* BAFT) 248
Anexo 7. Escala de Inadaptación 250
Anexo 8. Escala de Activación Conductual para la Depresión (*Behavioral Activation for Depression Scale,* BADS) 252
Anexo 9. Cuestionario de Fusión Cognitiva (*Cognitive Fusion Questionnaire,* CFQ) 255
Anexo 10. Registro DBT de actividad diaria individual 257
Anexo 11. Matrix adaptada para la FACT de Grupo 259
Anexo 12. Punto de elección adaptado para la FACT de Grupo 260
Anexo 13. Formulario de valoración inicial en la consulta *on-line* 261
Anexo 14. Formulario de experiencia vital en la consulta *on-line* 264

© Ediciones Pirámide

Índice de figuras

Figura 1.1. Modelo de hexaflex (Hayes, 2019) con los problemas de inflexibilidad y flexibilidad psicológica propuestos por ACT 24
Figura 1.2. Resultados de los diferentes cuestionarios aplicados en el caso de Marta 35
Figura 1.3. Evolución del autorregistro respecto a las conductas de ensoñación de Guadalupe antes, durante y después del tratamiento 42
Figura 1.4. Resultados pre-post-seguimientos de los diversos cuestionarios del caso de Guadalupe 42
Figura 2.1. Medidas pre-post de los cuestionarios BDI y AAQ 57
Figura 2.2. Medidas pre-post del cuestionario EOSS y las distintas subescalas 57
Figura 2.3. Medidas pre-post-seguimiento de los cuestionarios BDI, AAQ y ASI de Ana 62
Figura 3.1. Modelo TRAP-TRAC de análisis funcional de las conductas depresivas 73
Figura 3.2. Representación de los valores (importancia y consistencia) de Herminia (preintervención) 75
Figura 3.3. Resultados en la evaluación pre-post-seguimiento en los distintos cuestionarios 80
Figura 3.4. Análisis funcional siguiendo el modelo TRAP 82
Figura 3.5. Análisis funcional de conductas alternativas siguiendo el modelo TRAC 83
Figura 3.6. Gráfica de los cambios en los cuestionarios pre-post-seguimiento, divididos entre aquellas escalas que habrían de disminuir y las que habrían de aumentar al eliminarse los problemas depresivos 87
Figura 3.7. Puntuación del humor general a partir del autorregistro semanal 87
Figura 4.1. Puntuaciones T en el DAS obtenidas por cada uno de los miembros de la pareja, antes y después de la intervención con IBCT 107
Figura 5.1. Modelo biosocial del TPL (Crowell et al., 2009) 115
Figura 5.2. Ejemplo del análisis funcional de la cadena de respuestas de Raquel 116
Figura 5.3. Trabajo en valores realizado en el caso de Raquel 119
Figura 5.4. Ejemplo de análisis funcional de la cadena de respuestas de Silvia 121
Figura 5.5. Resultados en los cuestionarios pre-post-1-post-2 de Silvia 126
Figura 6.1. Reformulación del modelo del hexaflex, aunando conceptos filosóficos y conductuales en los distintos procesos 133
Figura 6.2. Puntuaciones en los distintos cuestionarios aplicados en el caso de Daniel, antes, después y en el seguimiento tras el tratamiento 142

© Ediciones Pirámide

Figura 6.3. Puntuaciones en los distintos cuestionarios aplicados en el caso de Sofía, antes, después y en el seguimiento tras el tratamiento 147
Figura 8.1. Puntuaciones medias pre-post obtenidas por los participantes de FACT del Grupo 1 183
Figura 8.2. Puntuaciones medias pre-post obtenidas por los participantes de FACT del Grupo 2 189
Figura 9.1. Equipo de trabajo para realizar una labor de telepsicología *(ad hoc)* 198
Figura 9.2. Satisfacción global de Laura a lo largo de todo el proceso terapéutico ... 203
Figura 9.3. Grado de satisfacción por distintas áreas (interacción digital, relación de pareja, manejo de conflictos y satisfacción general) a lo largo del tratamiento en el caso de Elena 206
Figura 10.1. Resultados pre y post de los diversos cuestionarios aplicados en el caso de Julián 219
Figura 10.2. Cambios progresivos en las conductas clínicamente relevantes (CCR1, CCR2 y CCR3) de Julián a lo largo de las diez sesiones de intervención 220
Figura 10.3. Resultados pre-post tratamiento en los diversos cuestionarios aplicados al caso clínico 228

© Ediciones Pirámide

Índice de tablas

Tabla 1.1. Organigrama del trabajo terapéutico en los diferentes procesos de ACT a lo largo de las sesiones con Marta 29
Tabla 1.2. Esquema del análisis funcional de los problemas de ensoñación de Guadalupe 39
Tabla 2.1. Conceptualización del caso clínico de Jaime según FAP 53
Tabla 2.2. Conceptualización del caso clínico de Ana según FAP 59
Tabla 3.1. Primera jerarquía de actividades elaborada junto a Herminia 76
Tabla 3.2. Segunda jerarquía de actividades elaborada junto a Herminia 77
Tabla 3.3. Tercera jerarquía de actividades elaborada junto a Herminia 78
Tabla 3.4. Resultados en los distintos cuestionarios pre-post-seguimiento de la intervención de Herminia 79
Tabla 3.5. Relación entre objetivos terapéuticos y técnicas de intervención psicológica 84
Tabla 3.6. Puntuaciones pre, post-intervención y seguimiento en cuestionarios 86
Tabla 4.1. Puntuaciones directas y T de Lucía y Francisco en el DAS antes y después de la intervención con IBCT 106
Tabla 5.1. Fases y metas del programa de tratamiento con DBT 112
Tabla 5.2. Contenidos del entrenamiento en habilidades en las diferentes fases y sesiones 124
Tabla 6.1. Clasificación funcional de las distintas conductas problemáticas de Daniel 139
Tabla 6.2. Comportamientos de Daniel categorizados como CCR1 y CCR2 140
Tabla 6.3. Conceptualización existencial del caso de Daniel 141
Tabla 6.4. Clasificación funcional de las distintas conductas de Sofía 144
Tabla 6.5. Comportamientos categorizados como CCR1 y CCR2 de Sofía 145
Tabla 6.6. Conceptualización existencial de los problemas de Sofía 146
Tabla 7.1. Instrumentos recomendados para la evaluación de TEP 156
Tabla 7.2. Recomendaciones básicas para la aplicación de *mindfulness* en psicosis 157
Tabla 8.1. Objetivos a incrementar y problemas a disminuir dentro y fuera del grupo 178
Tabla 8.2. Cambios en situaciones, conductas y consecuencias de cada uno de los miembros del grupo 181
Tabla 8.3. Resultados en los distintos cuestionarios e interacciones sociales de los distintos participantes 183

© Ediciones Pirámide

Tabla 8.4. Cambios en situaciones, conductas y consecuencias de cada uno de los participantes en el grupo 187
Tabla 8.5. Resultados en los distintos cuestionarios e interacciones sociales de los distintos participantes 189
Tabla 9.1. Resumen de las distintas fases del tratamiento en el caso de Laura 201
Tabla 9.2. Resumen de la intervención y cambios en el caso de Elena 204
Tabla 10.1. Conductas clínicamente relevantes (CCR1, CCR2 y CCR3) de Julián tanto dentro como fuera de sesión 213
Tabla 10.2. Análisis funcional de los problemas de Julián 215
Tabla 10.3. Conductas clínicamente relevantes (CCR1, CCR2 y CCR3) de Blanca tanto dentro como fuera de sesión 223
Tabla 10.4. Análisis funcional de los problemas de Blanca 224

© Ediciones Pirámide

Prólogo

Con una profunda admiración y gratitud presento este libro sobre *Casos clínicos desde las terapias contextuales,* un notable testimonio de la creatividad, dedicación y experiencia de sus editores (Luis Valero Aguayo, Antonio Ruiz García y Davinia María Resurrección Mena) y de sus numerosos colaboradores. Este libro no solo destaca los fundamentos teóricos de las Terapias Conductuales Contextuales, sino que también les da vida a través de aplicaciones clínicas detalladas y diversas.

Las Terapias Conductuales Contextuales —como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la Terapia Conductual Dialéctica (DBT), la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), la Activación Conductual (AC), la Terapia de Pareja Conductual Integrativa (IBCT)— han redefinido la forma de abordar el sufrimiento humano. Al tratar experiencias privadas como pensamientos, emociones y recuerdos como conductas, estas terapias proporcionan formas innovadoras y empíricamente fundamentadas de fomentar el cambio y la curación.

Este libro es especialmente inspirador por su amplitud y profundidad. Cada capítulo muestra la adaptabilidad de las terapias contextuales a los retos del mundo real: desde el tratamiento de la depresión y la ansiedad, hasta el abordaje de problemas relacionales, dilemas existenciales y enfermedades mentales graves. La inclusión de enfoques innovadores —como la integración de FAP y ACT (FACT), terapia para la psicosis y ACT (ART), aplicaciones *on-line* y terapia de grupo— demuestra la evolución del campo y su capacidad de respuesta ante las necesidades contemporáneas.

Para los lectores, este libro es una invitación a profundizar en el potencial transformador de las terapias contextuales. Los casos clínicos son más que ilustrativos; son ejemplos en los que se ha integrado la ciencia y la compasión en la práctica clínica. Proporcionan una guía inestimable para los clínicos que navegan por las complejidades del comportamiento y las relaciones humanas.

A los editores y colaboradores, mi más sincero agradecimiento y admiración. Su trabajo es un testimonio del poder de la colaboración y del compromiso compartido para mejorar las vidas de los demás. La integración reflexiva de la teoría, la práctica y la conexión humana brilla a lo largo de estas páginas.

Como cocreadora de la Psicoterapia Analítica Funcional y defensora de las terapias contextuales durante toda mi vida, siento un inmenso orgullo al ver florecer este campo en manos de profesionales tan capaces. Mi difunto cónyuge y colaborador, Robert (Bob) Kohlenberg, seguramente compartiría este orgullo y gratitud, ya que valoraba profundamente la búsqueda del conocimiento y el alivio del sufrimiento humano.

Este libro es un regalo para clínicos, investigadores y estudiantes por igual, y confío en que inspirará y guiará a sus lectores durante años.

Con mi más profundo agradecimiento,

Ph. D. Mavis Tsai
Cocreadora de la Psicoterapia Analítica Funcional
Investigadora senior en el Center for Science
of Social Connection, Universidad de Washington
Fundadora del Proyecto Awareness, Courage & Love
www.livewithacl.org

© Ediciones Pirámide

Introducción

Las terapias contextuales aparecen en los años noventa, aunque inicialmente fueron denominadas como la «tercera ola» de las psicoterapias. Cronológicamente, se describieron como una «primera ola» las terapias de modificación de conducta desde los años cincuenta a los setenta, y como una «segunda ola» con las terapias cognitivo-conductuales desde los setenta a los noventa. No quiere ello decir que se hayan anulado o superado esas otras «olas», sino que las terapias contextuales han supuesto un revulsivo en el apagado campo de las terapias psicológicas. Además, han supuesto lo que los norteamericanos denominan un *revisiting* de los principios experimentales del comportamiento, a partir del conductismo radical y toda la experimentación ya histórica de laboratorio, con niños, con adultos e instituciones, empleando lo que sería el análisis aplicado del comportamiento y el análisis funcional de la conducta. Pero si suponen una nueva generación de terapias es porque, además de partir de esos principios ya consolidados, han abordado los comportamientos privados (pensamientos, emociones, recuerdos, traumas, fantasías, sueños, etc.) de una manera más empírica, considerando esos eventos como tales conductas por sí mismas, y no como algo «interno», «mental» o «neuronal». La diferencia ahora es que se aborda el sufrimiento humano, lo que la persona piensa o siente, como una conducta. No tendría una naturaleza diferente ni obedecería a unos principios diferentes.

En los inicios de este grupo de terapias de «tercera ola» se incluyeron: la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991/2022), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes et al., 1999/2015), la Terapia Dialéctico Comportamental (DBT; Linehan, 1993/2003), la Terapia Integral Conductual de Pareja (IBCT; Jacobson y Christensen, 1996) y la Activación Conductual (AC; Martell et al., 2001/2013). Aunque posteriormente algunos autores han incluido en esta categoría otras terapias más cognitivo-conductuales, como las basadas en *mindfulness,* en el perdón o la metacognición. Pero también las terapias contextuales, en estos años, han derivado en algunos casos hacia aproximaciones cognitivo-conductuales, perdiendo su esencia conductista, y utilizando «términos de nivel medio» que finalmente se utilizan también como causas de los problemas del individuo y que, en definitiva, no se diferencian mucho de otros términos cognitivos.

En gran parte, el surgimiento de estas terapias contextuales vendría dado por los nuevos descubrimientos de laboratorio desde el análisis de conducta que se realizaron en esos años. Estos serían, fundamentalmente: las relaciones de equivalencia (una forma de aprendizaje relacional o de cuatro elementos que permite nuevas conductas sin ensayos directos), el seguimiento de reglas (un aprendizaje exclusivamente a partir de reglas verbales, con todas sus funciones), y las funciones del lenguaje (a partir de la teoría de Skinner, y aplicadas ya con eficacia en niños con discapacidad intelectual). Todo ello se comenzó a trasladar a la sesión terapéutica, a la relación entre terapeuta y cliente, considerándola como tal en su funcionalidad, es decir,

© Ediciones Pirámide

en las funciones que desempeña el terapeuta como estimulación antecedente en la conversación y en las contingencias que presenta inmediatamente después y que pueden cambiar la conducta del consultante.

De esta forma, comienzan a aplicarse esos principios de conducta a la conversación terapéutica, comienza a hablarse de diálogo socrático por cuanto las terapias son habladas fundamentalmente, solo se maneja lenguaje, pero también del reforzamiento positivo natural y del moldeamiento como técnicas básicas para ir cambiando progresivamente la conducta del consultante. Comienza a hablarse también de metáforas como una forma de crear nuevas reglas verbales del individuo, basándose en ese aprendizaje por equivalencias, que daría lugar poco después a la «teoría del marco relacional» (TMR). Y comienzan a utilizarse ejercicios experienciales para conseguir nuevos aprendizajes emocionales y verbales en directo, dentro de la propia sesión. Comienza así a utilizarse la relación terapéutica como un contexto en el que desarrollar todas las técnicas y procesos implicados en una relación personal, estrecha, emocional e íntima entre dos personas. Pero no sería una relación terapéutica en abstracto, pues todas las terapias la utilizan, sino un contexto de dos personas hablando donde el terapeuta conoce y aplica los principios de conducta (antiguos y nuevos) para intentar ayudar a mejorar la vida del consultante.

Por otro lado, y a la par que los procedimientos terapéuticos, van surgiendo conceptos y teorías explicativas de los problemas psicológicos desde esas terapias contextuales. Así, comienza a hablarse de terapias transdiagnósticas, y luego de terapias basadas en procesos, puesto que el abordaje de cualquier problema debe incidir en las variables o factores que mantienen ese problema, es decir, la función que tiene esa conducta en la vida y en las circunstancias de la persona. En contraposición con las categorías diagnósticas que solo son descripciones de conjuntos de conductas, a veces incompatibles entre sí. Por ejemplo, para dar un diagnóstico de depresión sirve lo mismo tener insomnio que dormir todo el día, o lo mismo estar apático y silencioso que estar irascible y agresivo. De ahí que las terapias contextuales intenten abordar las variables en el presente que mantienen las conductas problemáticas de una persona, y no la categoría o diagnóstico que se le den.

En estas terapias se utilizan los mismos principios funcionales, pero ahora de una manera natural y adaptada al diálogo con adultos, habiendo supuesto esto una evolución sobre las aplicaciones y procedimientos empleados hasta el momento. En este caso, la AC viene a reutilizar los análisis funcionales sobre la depresión que ya existían, fundamentalmente como pérdida de reforzadores sociales, pero ahora se aplica una intervención progresiva llevando al individuo poco a poco, mediante pasos sucesivos, a obtener mayor reforzamiento de su ambiente natural, y hacerlo con ayuda del terapeuta dentro de la propia sesión y luego en la vida diaria. De forma similar, la IBCT ha partido de los análisis anteriores sobre la interacción de pareja y las habilidades de comunicación, pero ha innovado en la forma de hacerlo, buscando en directo dentro de la sesión, en los diálogos y ejercicios directamente ante el terapeuta, la aceptación del otro y la mejora en la relación de intimidad.

Sin embargo, en otras terapias contextuales han surgido nuevas categorías explicativas y que serían comunes a varios tipos de problemas (transdiagnósticos). La más conocida es la evitación experiencial, que se elabora desde la ACT. Supone un patrón de conducta repetitivo de eliminar o luchar contra las sensaciones, emociones, recuerdos o pensamientos desagradables; y precisamente cuanto más se evita más aumentan por reforzamiento negativo. De esta forma, esa lucha constituye en sí el problema, y sería un proceso independiente de si a esa persona se le aplica una categoría de ansiedad, ataque de pánico, obsesión-compulsión, bulimia, alcoholismo, depresión o esquizofrenia. También el proceso de falta de control emocional, que se elabora desde la DBT, que supone comportamientos irascibles, repentinos y sin posibilidad de apaciguarse, y que pueden ser los procesos que ocurran en los problemas de personalidad límite, pero también en depresión, esquizofrenia, abuso del juego y tecnologías, anorexia con autolesiones, bulimia, etc. De igual forma, también se ha utilizado el proceso de «experiencia del yo», desde la FAP explica-

© Ediciones Pirámide

do como la construcción social y verbal de un «yo» personal, como una historia de aprendizaje en la que puede haber problemas en esa evolución y dar lugar a una experiencia inadecuada que puede afectar a problemas de personalidad, relaciones y habilidades sociales, ansiedad social, aislamiento, depresión, problemas de pareja y sexuales, incluso ideas paranoicas y delirantes.

Así pues, las terapias contextuales han supuesto un nuevo escalón en el avance de la investigación y aplicación de las técnicas psicológicas para manejar el sufrimiento humano, pero ello no supone que hayan superado o anulado todo lo anterior. El conocimiento científico es acumulativo, y poco a poco los profesionales tienen a su disposición más saberes y más herramientas para intentar aliviar ese sufrimiento que les llega a sus consultas.

Este libro, pues, no trata de explicar las diversas terapias contextuales, para eso ya existen muchos manuales de estas terapias, casi todos traducidos al castellano, y son siempre la mejor recomendación para el profesional: leer a los autores originales, aunque sea traducidos. Este libro trata de ejemplificar la aplicación de esas terapias en distintos casos clínicos, para que sirva de modelo (esperamos) a los clínicos que quieran aplicarlas. Habitualmente, los textos de las terapias son teóricos, ponen algunos ejemplos y solo en contadas ocasiones entran en detalles del proceso completo de un caso clínico. Mientras que, por otro lado, las publicaciones en revistas científicas apenas publican casos clínicos, tienen unos formatos y exigencias que impiden desarrollar con amplitud esos casos; además, si no tienen datos con grupos los casos clínicos con diseños de caso único suelen ser rechazados y no acaban siendo publicados; y, por si fuera poco, muchas de ellas publican solo en inglés, con lo que la difusión entre los profesionales clínicos «de a pie» habitualmente es escasa.

De esta forma, ofrecemos en este libro dos casos clínicos en cada capítulo, bien descritos y explicados en sus características, evaluación, intervención y resultados. Hemos intentado reflejar casos habituales en las consultas y que suelen tratarse con estas terapias contextuales, pero también la tendencia más actual que consiste en la mezcla de procedimientos y técnicas de varias de ellas, intentando maximizar su potencia y efectividad, incluso hacerlo en pocas sesiones.

En cada capítulo se ofrece una pequeña introducción a cada terapia contextual, incidiendo en sus características prácticas y en el proceso de tratamiento, para después describir el proceso terapéutico llevado a cabo con dos casos clínicos. Además, como anexos al libro se ofrecen un conjunto de cuestionarios de evaluación que se mencionan a lo largo de los capítulos en algunos de los casos clínicos, y que esperamos sean de utilidad para el trabajo de los profesionales.

En el primer capítulo ya se ofrecen dos casos clínicos de carácter transdiagnóstico, uno con un problema obsesivo-compulsivo y otro con un problema de ensoñación desadaptativa, resueltos desde la ACT. En el segundo capítulo, desde la FAP, se tratan dos casos de crisis de ansiedad y de problemas obsesivo-compulsivos. Por su parte, el tercer capítulo muestra dos casos de problemas depresivos que son los característicos tratados desde la AC. El cuarto capítulo explica el formato de la IBCT y se utiliza en dos casos de pareja, uno con diferencias entre ellos a partir de una infidelidad, y otro por interferencias de la familia de origen. El quinto capítulo trata sobre la DBT, donde se muestran dos casos clínicos con trastorno límite de la personalidad, que son los más habitualmente tratados desde esta terapia. El sexto capítulo aborda la mezcla de terapias de ACT+FAP, que ha dado lugar a la FACT aunando lo mejor de ambas y de la forma más breve posible, en este caso sobre dos personas con problemas existenciales, con miedo al rechazo y miedo a no haber vivido, problemas que, aunque no estén en el manual de psicopatología, también acuden a las consultas psicológicas. Por otra parte, el séptimo capítulo trata sobre una adaptación de ACT a personas con psicosis, en el modelo denominado ART, donde metafóricamente se presenta un caso sobre Odiseo que regresa a Ítaca, y otro de Psique saliendo de su soledad. El octavo capítulo supone la aplicación también de FACT, pero en un contexto de los centros de salud pública, utilizando esta terapia en grupo, uno de personas con problemas ansiosos y depresivos, y otro grupo con personas con tras-

© Ediciones Pirámide

tornos mentales graves. Una versión novedosa supone el capítulo nueve, donde se expone el procedimiento para aplicar las terapias contextuales *on-line,* describiendo no solo sus características y necesidades técnicas, sino sobre todo dos casos clínicos. Uno se refiere a una chica con personalidad psicótica y con problemas graves de asertividad, y otro de otra chica con miedo al conflicto. En este capítulo se muestra la posibilidad de aplicar estas terapias también de manera virtual, y cómo se puede desarrollar en ellas una relación terapéutica, emocional e íntima, integrando los diversos elementos de FAP y algunos de ACT en todo ese proceso. Y terminamos con un último capítulo sobre la mezcla de procedimientos contextuales, puesto que, como principio, todas las terapias contextuales son idiosincráticas, han de adaptarse necesariamente al individuo consultante, y aunque haya procesos y técnicas comunes, todas las metáforas, ejercicios, tareas, diálogos, contingencias, etc. En ese décimo capítulo se presentan los estudios ya publicados sobre esa integración de diferentes terapias contextuales, y se muestra el proceso seguido con dos casos clínicos: uno de un varón con mucho pesimismo y desgana, diríamos depresivo, y otro de una mujer con múltiples problemas físicos y psicológicos de carácter crónico.

Antes de finalizar esta introducción, queremos dar las gracias a todos los autores y autoras que amablemente han colaborado en la elaboración de todos estos capítulos, y que han desarrollado esos casos donde muestran cómo se puede ayudar a aliviar el sufrimiento humano. También un agradecimiento emocional a Mavis Tsai por escribir unas palabras como prólogo a este libro. Especialmente queremos dar las gracias a todos esos y esas consultantes, clientes, pacientes, usuarios, por permitir utilizar sus informaciones y datos para publicarlos y ayudar también al aprendizaje de otros estudiantes y terapeutas a los que su proceso terapéutico pueda servir de modelo. Esperamos que así sea, y que resulte un libro realmente de utilidad para los futuros profesionales y los actuales que deseen actualizar sus conocimientos y habilidades.

Entre Málaga, Córdoba y Sevilla, enero de 2025.

Luis Valero Aguayo,
Antonio Ruiz García
y Davinia María Resurrección Mena

REFERENCIAS

Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change.* The Guilford Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso.* Desclée de Brouwer.

Jacobson, N. S. y Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change.* Norton.

Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991/2022). *FAP. Psicoterapia analítica funcional. Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas.* Psara.

Linehan, M. M. (1993/2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite.* Paidós.

Martell, C. R., Dimidjian, S. y Herman-Dunn, R. (2001/2013). *Activación conductual para la depresión: Una guía clínica.* Desclée de Brouwer.

© Ediciones Pirámide

1 Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en dos casos clínicos transdiagnósticos

FRANCISCA LÓPEZ RÍOS
MIGUEL JESÚS SEGURA EXPÓSITO
ANTONIO RUIZ GARCÍA

Este capítulo tiene como objetivo introducir al lector/a en los fundamentos de la Terapia de Aceptación y Compromiso (en adelante ACT), ejemplificando su aplicación a través de la descripción y resultados de dos casos clínicos: uno con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), y otro con un problema de ensoñación desadaptativa (TED). Inicialmente, se describe muy brevemente el modelo psicopatológico de ACT, los procesos básicos propuestos por los autores principales y las fases de aplicación. Además, se señalan algunos ejemplos de los ámbitos y resultados clínicos principales. No se describen en este caso las técnicas específicas, dado que esto superaría los propósitos de este capítulo, salvo las incorporadas en el proceso terapéutico de los propios casos que se exponen.

INTRODUCCIÓN

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es un modelo psicopatológico y terapéutico que extiende sus raíces en el análisis experimental y clínico del comportamiento, y se sustancia en la aproximación al lenguaje y cognición humanos de la teoría de los marcos relacionales (Hayes et al., 2006). A modo de ejemplo y como punto de partida, valga la siguiente cita:

> ... Un perro con temperatura adecuada, agua, comida, estimulación, juego y buena salud, estaría contento. Si esto faltara, lo notarían. También las personas en situaciones de carencia de los elementos básicos tienen intensas dificultades.
>
> Pero muchos seres humanos tenemos todo lo que necesitamos y aun así nos sentimos desgraciados. Cada día, personas que lo «tienen todo» cogen un arma y se quitan la vida, o abren el cajón de su escritorio y toman una botella de alcohol. Los seres humanos como especie son criaturas que sufren. Hay un elefante en el salón y nadie lo menciona (Hayes et al., 1999, pp. 3-4).

Esto es, desde ACT se considera el sufrimiento como algo intrínseco a la naturaleza humana, y tendría su origen en el poder que tiene el lenguaje de construir realidades más allá de la experiencia directa de las personas (Hayes et al., 1999). Así, por ejemplo, podemos predecir futuros alarmantes desde la ciencia y esto nos permitiría llevar a cabo planes preventivos. Y también podemos imaginar o construir verbalmente un futuro de soledad o de abandono, y empezar a angustiarnos desde hoy mismo por ello. En el primer caso, el lenguaje puede ser muy útil para poder controlar las variables de las que dependen los cambios indeseables; en el segundo caso, es muy posible que la persona empiece a comportarse de manera que mantenga los pensamientos y las experiencias emocionales lo más lejos posible. Se produce así porque tenemos la creencia generalizada de que hay que eliminar la ansiedad, el malestar, los pensamientos negativos y los recuerdos desagradables. Es decir, hay reglas verbales o creencias asumidas (incorporadas en nuestro repertorio) que nos indican lo que tenemos que hacer en esta cuestión: eliminar el sufrimiento.

Sin embargo, muchos de los comportamientos que llevamos a cabo para liberarnos del sufrimien-

© Ediciones Pirámide

to tienen efectos paradójicos, aumentando la frecuencia y la intensidad de aquello que tratamos de eliminar. Es lo que se denomina «evitación experiencial». Así, muchos de los problemas psicológicos que encontramos en nuestros consultantes (adicciones, rumia, problemas de ansiedad, patrones depresivos, etc.) pueden considerarse intentos de alterar cómo se sienten, lo que piensan, lo que recuerdan, etc., es decir, tienen funciones evitativas. Aunque las consecuencias a medio y largo plazo de estas formas de hacer son muy negativas, los comportamientos persisten hasta deteriorar gravemente la vida de las personas. En otras palabras, el sobreenredo cognitivo y la evitación experiencial dominan la existencia y estrechan el repertorio humano, permitiendo que las reglas verbales supediten nuestras acciones en lugar de guiarnos por lo que señala nuestra experiencia y lo que requiere la situación presente.

Desde ACT se ha desarrollado el «modelo de flexibilidad psicológica» como modelo de salud (Hayes et al., 2006), que propone «un conjunto de procesos limitados y relacionados congruentemente que contribuyen a la adaptabilidad humana y a su opuesto, la psicopatología y el sufrimiento» (Hayes et al., 2012/2024, p. 106). Estos procesos se han expuesto didácticamente mediante la figura de un hexágono denominado hexaflex en el que pueden representarse los procesos relacionados con la flexibilidad y sus opuestos, los procesos que mantienen la rigidez psicológica. En la figura 1.1 aparece el esquema de esos conceptos fundamentales en ACT. De este modo encontramos la evitación experiencial /v/ aceptación psicológica; la fusión cognitiva /v/ defusión cognitiva; el apego al yo conceptualizado /v/ yo como contexto; atención centrada en el pasado o futuro /v/ atención centrada en el presente; impulsividad; inacción /v/ acción comprometida; quiebra de valores /v/ contacto con los valores como guía de la acción.

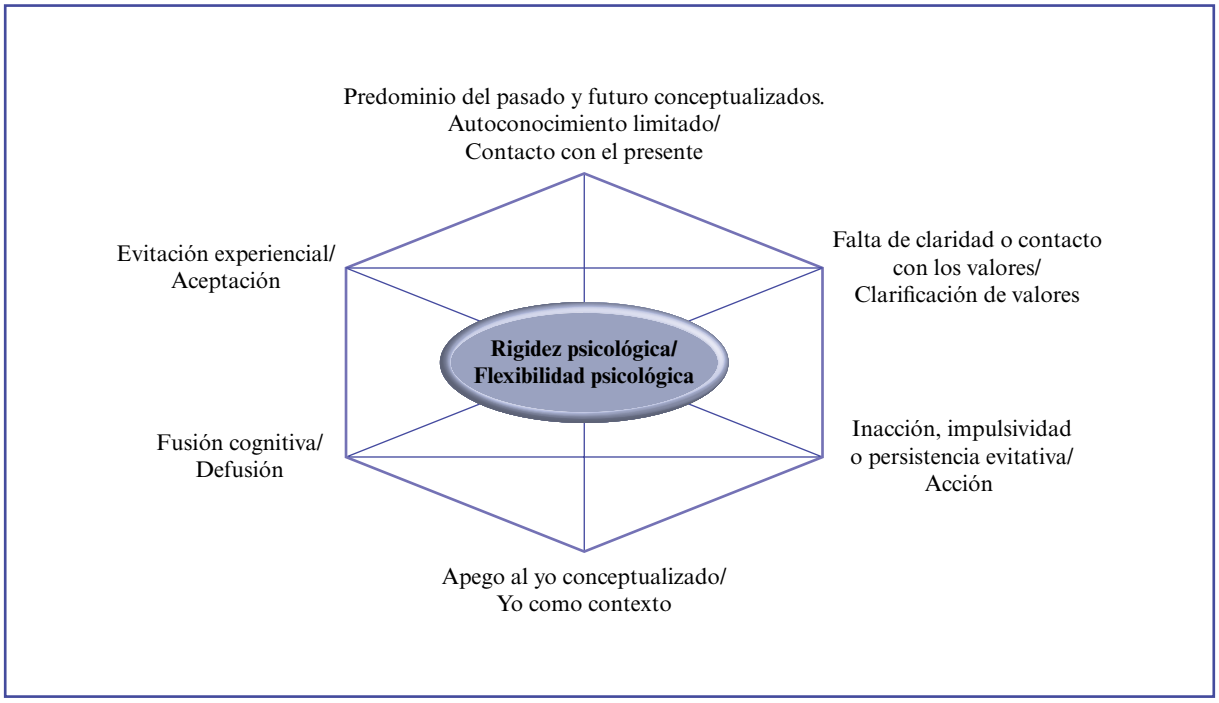


Figura 1.1.—Modelo de hexaflex (Hayes, 2019) con los problemas de inflexibilidad y flexibilidad psicológica propuestos por ACT.

© Ediciones Pirámide

Teniendo en cuenta los distintos procesos señalados, la flexibilidad psicológica se logra cuando la persona está dispuesta a estar en contacto o *aceptar* (notar, sentir, experimentar) aquellas experiencias que son indeseables y le generan malestar, al tiempo que se debilita su sobreidentificación con las reglas verbales que están al servicio de la evitación, es decir, se abre un espacio entre pensamiento y pensador/a *(defusión),* de modo que se pueda valorar si lo que señala ese pensamiento es producto de la experiencia y nos permite avanzar en las direcciones significativas de nuestra vida, o no. Por otro lado, el apego excesivo al yo conceptualizado, o al concepto de uno mismo producto de la narrativa construida acerca de nuestra propia historia, es otra forma de fusión cognitiva al servicio de ser coherente con la idea de nosotros mismos, independientemente de las consecuencias que ello suponga. Como alternativa se propone una relación flexible con el *yo como contexto* en el que aparecen las experiencias que nos afectan, y desde esa perspectiva poder observar y notar tales experiencias.

En relación con la atención rígida en el pasado o en el futuro, se pretende fomentar una *atención centrada y flexible* en el momento presente, focalizada en los requerimientos del contexto aquí y ahora. Además, la persona puede estar desconectada de sus valores, o lo que es lo mismo, no identifica el sentido y el significado de su vida, es decir, lo que es importante para él o ella. ACT promueve la conciencia de los propios *valores* como guía de vida para poder así identificar lo que hay de esos valores en sus acciones en el presente. Finalmente, muchas personas se enredan en acciones impulsivas, en la inacción o en la evitación persistente, de modo que su vida va estrechándose día a día. ACT orienta el camino terapéutico hacia identificar aquellas acciones que están alineadas con los valores de la persona y así facilitar que las lleve a cabo, de forma que fortalezca el repertorio de *compromiso con la acción* orientada a valores.

Los procedimientos clínicos desarrollados para guiar a las y los consultantes hacia una relación flexible con las experiencias son muy variados e incluyen diferentes metáforas y ejercicios experienciales, todos ellos con la finalidad de que la persona tome contacto con la experiencia y se debilite la regulación verbal de su comportamiento. Para ello se proponen diferentes fases en el proceso terapéutico (Hayes et al., 1999, 2012/2014):

1. *Desesperanza creativa,* consistente en identificar las diferentes formas de conducta que se han puesto en marcha con el fin de alterar o eliminar las experiencias privadas que generan el malestar, y a través de metáforas facilitar que el consultante sea consciente del coste personal que ha supuesto todo el esfuerzo por eliminar el sufrimiento y el resultado que ha obtenido.
2. *El control es el problema,* no la solución, de forma que mediante diferentes ejercicios se experimentan las consecuencias de los intentos de control de los sentimientos, sensaciones, pensamientos, etc.
3. *Defusionar el lenguaje* y avanzar hacia la *aceptación* en la que, nuevamente, se disponen diferentes ejercicios para aprender a observar los pensamientos, entre ellos ejercicios de *mindfulness,* al tiempo que se trabaja la disposición a sentir, a recordar, a tolerar grados crecientes de malestar.
4. *Las dimensiones del yo,* desde el yo contenido al yo contexto. En esta fase la actividad terapéutica se dirige a debilitar el apego al «yo soy» para ir experimentando el yo como el lugar en el que acontece el flujo de la experiencia.
5. *Valores,* el objetivo es que la persona identifique sus valores, aquello que es importante para él o ella, de forma que sea guía de su comportamiento y horizonte del proceso terapéutico.

Las diferentes fases señaladas no tienen que desarrollarse en un orden establecido, ni en todos los casos hay que implementar todos los componentes, ya que esto dependerá del nivel en que estén afectados los diferentes procesos mencionados.

ACT ha supuesto una suerte de revolución en la psicopatología y en la psicología clínica dado su enfoque radicalmente transdiagnóstico y sustan-

© Ediciones Pirámide

cialmente contextual, a pesar de que haya sido puesta a prueba en personas con distintos diagnósticos[1]. De hecho, ACT ha mostrado resultados positivos en problemas de ansiedad (Sharp, 2012); dolor crónico (Cederberg et al., 2016); adicciones (Páez y Montesinos, 2019); trastorno mental grave (Salgado-Pascual, 2016); psicosis (Thomas et al., 2016) y un largo etcétera, ya que en 2023 se han superado los 1.000 ensayos clínicos y más de 500 metaanálisis procedentes de diferentes países, con distintas combinaciones terapéuticas, variados problemas y diferentes poblaciones en los que se muestra la utilidad similar o superior de ACT con respecto a otras formas de intervención (Hayes y King, 2024).

En las siguientes líneas se expone un estudio de caso cuyas conductas problemáticas son compatibles con el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Este afecta entre un 2% y un 3% de la población con alta comorbilidad (Fawcett et al., 2020). Los tratamientos habituales para el TOC han sido el tratamiento de exposición con prevención de respuesta, la terapia cognitivo-conductual y el tratamiento farmacológico (a veces en combinación con las terapias psicológicas), con resultados moderados tras su aplicación, ya que hay un 25% aproximado de personas que no se benefician del mismo (León-Quismondo et al., 2016). Por otro lado, Riquelme-Marín et al. (2022) informan de resultados positivos aunque no superiores tras la aplicación de la terapia basada en *mindfulness*.

Veamos, pues, un ejemplo de intervención desde ACT en una consultante con un diagnóstico de TOC. Los datos se han modificado con el fin de garantizar la confidencialidad, además de contar con el consentimiento informado de esta persona (a la que llamaremos Marta) para publicar sus datos e informaciones en este capítulo.

[1] Una crítica habitual a ACT es que por un lado se define como transdiagnóstica y por otro pone a prueba sus procedimientos y se publican manuales con denominaciones diagnósticas.

CASO 1. UN PROBLEMA OBSESIVO-COMPULSIVO

Presentación del caso

Marta era una mujer de 51 años, enfermera, casada y con dos hijos. Convivía con su marido y uno de sus hijos que tenía un diagnóstico de trastorno del espectro autista, mientras que el otro cursaba estudios universitarios en otra ciudad. Tanto la madre como el hermano de Marta han estado en tratamiento en salud mental durante años.

Como motivo de consulta, Marta planteaba diferentes situaciones relacionadas con el bienestar de sus familiares (hermano, padres, marido, hijos) con los que se mostraba muy preocupada. Refería muchos miedos relacionados con que les ocurriese algo malo. Además, consideraba que tenía muchas obsesiones y compulsiones, que se iniciaron en su niñez pero remitieron en su adolescencia. Como ejemplo dijo que «cuando era pequeña pensaba que si no hacía ciertos gestos con los brazos varias veces mi padre podía morir, y tenía que hacerlos». En su infancia afirmaba llevar a cabo comportamientos rituales y compulsiones de lavado de manos, incluso a veces sufría un estado de bloqueo que le impedía responder a lo que ocurría en su entorno, abrumada por las obsesiones. Estos comportamientos eran motivo de burla por parte de otros niños en el colegio.

En el momento de la evaluación era consciente de las obsesiones y era capaz de reconocerlas como tales y su «sinsentido», aunque necesitaba realizar la compulsión correspondiente para aliviar la ansiedad que le generaban y el miedo a que realmente ocurriesen esas malas consecuencias. Su marido también tenía, especialmente, pensamientos catastrofistas y negativos sobre el futuro, que al comunicárselos aumentaban las obsesiones y preocupaciones de Marta, llegando a referir que «le arrastraba».

Como dato relevante en su historia personal, señaló que su familia creía en las supersticiones y cuando era niña visitaban curanderas. En una de esas ocasiones le quedó marcada una frase que le dijeron: «Hay gente que hace daño sin querer».

© Ediciones Pirámide