

Trabajo de Final de Máster

INTERVENCIÓN DE TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y
COMPROMISO EN UN PACIENTE CON
ESQUIZOFRENIA: ESTUDIO DE CASO

Autora: Susan Josselyn Sánchez Meza

Tutor: Daniel Pinazo Calatayud

Fecha de lectura:



Tabla de contenido

Resumen.....	2
Introducción.....	4
Objetivos e hipótesis.....	8
Metodología.....	8
Participante.....	9
Variables e instrumentos	9
Presentación del caso.....	10
Información del participante	11
Historia del participante	11
Seguimiento del caso	18
Programa de ACT.....	18
Seguimiento de sesiones.....	21
Resultados.....	30
Cuantitativos	30
Cualitativos	33
Discusión	35
Referencias.....	38
Anexos.....	42

Resumen

El presente estudio consiste en un diseño y aplicación de un programa de intervención según la terapia de aceptación y compromiso (ACT) para un paciente con diagnóstico de esquizofrenia, el mismo que tuvo como objetivo reducir los niveles de sintomatología negativa, depresión, ansiedad e inflexibilidad psicológica. La metodología fue un estudio de caso único (A-B) de un usuario varón del Centro de Rehabilitación e Inclusión Social de La Vall de Uxó quien recibió un total de 15 sesiones incluidas las tres sesiones de evaluación antes de la intervención, durante y al finalizar la terapia. Las siete primeras sesiones tuvieron una duración de una hora aproximadamente con una frecuencia de una vez a la semana, donde se abordaron los 4 pilares de ACT; para las sesiones restantes se mantuvo la hora de duración y se incrementó la frecuencia a dos veces por semana para reforzar los pilares de ACT y enfocarse en las acciones comprometidas. Dentro de los resultados cuantitativos se encontró un incremento en las puntuaciones de las variables mencionadas y se mantuvo estable las puntuaciones de sintomatología positiva, negativa y psicopatología general. Se sugiere que se continúe con la psicoterapia y se realice énfasis en el entrenamiento de habilidades sociales, la exposición social, la promoción de la autonomía y el mejoramiento de la dinámica familiar del usuario.

Palabras clave: esquizofrenia, terapia de aceptación y compromiso, sintomatología negativa, depresión, caso único.

Abstract

The present study consists of the design and application of an intervention program according to acceptance and commitment therapy for a patient diagnosed with schizophrenia, which aimed to reduce the levels of negative symptomatology, depression, anxiety and psychological inflexibility. The methodology was a single case study (A-B) of a male user of the Center for Rehabilitation and Social Inclusion of La Vall de Uxó who received a total of 15 sessions including the three evaluation sessions before the intervention, during and at the end of the therapy. The first seven sessions had a duration of approximately one hour with a frequency of once a week, where the 4 pillars of ACT were addressed; for the remaining sessions the duration of one hour was maintained and the frequency was increased to twice a week to reinforce the pillars of ACT and focus on the committed actions. Within the quantitative results, an increase in the scores of the mentioned variables was found and the scores of positive and negative symptomatology and general psychopathology remained stable. It is suggested to continue with psychotherapy and to emphasize social skills training, social exposure, promotion of autonomy and improvement of the user's family dynamics.

Key words: schizophrenia, acceptance and commitment therapy, negative symptomatology, depression, single case.

Introducción

Las personas con trastorno mental grave (TMG) padecen de un problema de salud mental severo y persistente relacionado generalmente con los trastornos psicóticos que se caracterizan por tener una evolución prolongada en el tiempo y un componente de discapacidad en su funcionamiento social, familiar y laboral (López & Laviana, 2007).

De acuerdo al CIE 10 los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones de la percepción, del pensamiento y de las emociones como el embotamiento, conservación de la claridad de la conciencia y la capacidad intelectual (OMS, 2000). Mientras que para el DSM-5 se caracteriza por presentar dos o más de estos síntomas con una duración de al menos seis meses: ideas delirantes, lenguaje desorganizado, alucinaciones, síntomas negativos y comportamiento anómalo; y, no se debe atribuir a efectos del estado del ánimo, consumo de sustancias y afecciones médicas generales (APA, 2013; Morrison, 2015).

Ante el diagnóstico, es fundamental intervenir precozmente para evitar que los síntomas se agraven y obtener mejores resultados en la recuperación (Ortuño, 2008) y para una adecuada intervención en TMG es necesario la integración de las terapias farmacológicas, psicológicas y psicosociales (Desviat, 2012).

Las intervenciones psicosociales en pacientes con TMG han sido múltiples y están en constante desarrollo e incremento. Desde hace unos años atrás se está aplicando la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para psicosis y el número de reportes está incrementando. Fernández (2020) revisó la eficacia de ACT en psicosis y reportó efectos positivos en la tasa de hospitalización, aceptación de la sintomatología, confianza para hacer frente a los síntomas, credibilidad de los síntomas, síntomas negativos y afectivos, inflexibilidad psicológica y funcionamiento psicosocial.

La Terapia de Aceptación y Compromiso es una terapia conductual que establece que las conductas maladaptativas son producidas por intentos de evitar o suprimir eventos privados (pensamientos, emociones y sensaciones corporales). Es así que, dentro de esta terapia, se enseña a los pacientes a identificar sus estrategias de control, aceptar la presencia de eventos privados desagradables, notar estas experiencias privadas sin luchar, discutir contra ellas ni tomarlas como verdaderas y a focalizarse en conducta acorde a sus

valores. El objetivo es cambiar la relación con sus síntomas en lugar de cambiar la frecuencia de los mismos, eso ayuda a que estén menos centrados en ellos y se enfoquen en conductas más efectivas (Bach & Hayes, 2002). Esta terapia tiene seis procesos: aceptación, defusión, yo como contexto, contacto con el momento presente, valores y acción comprometida que tienen como propósito la flexibilidad psicológica.

La flexibilidad psicológica es la capacidad de experimentar los hechos con plenitud, acercarse al malestar y a la inquietud con apertura, curiosidad y amabilidad lo que significa observar sin juzgar, con una mirada compasiva a nosotros mismos y a nuestra historia de vida (Hayes, 2020; Twohig & Hayes, 2019). A continuación, se describe estos seis pilares de ACT.

1. **Aceptación:** Es el acto de admitir los hechos internos (pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas) mientras estos se están produciendo. Es una destreza y por tanto puede aprenderse. En las sesiones y fuera de ellas se orienta a los pacientes que aumenten sus capacidades y competencias para aceptar los hechos internos que interfieren con la persecución de sus valores.
2. **Defusión:** Es la deconstrucción del significado literal del pensamiento, por ello nuestros pensamientos pasan a ser experimentados como lo que verdaderamente son: pensamientos. Hayes (2020) menciona que es la capacidad para distanciarnos de los pensamientos.
3. **Momento presente:** Transitar de la atención rígida y dirigida al pasado o al futuro hacia una atención flexible y centrada en el ahora (Hayes, 2020).
4. **El yo como contexto:** La habilidad de tomar perspectiva, una sensación de observar, de prestar atención o de ser plenamente consciente de lo que le pasa a la persona. Ello permite ver que somos más que las historias que nos contamos a nosotros mismos o lo que pensamos que somos (Hayes 2020).
5. **Valores:** Son aquellos ámbitos vitales que reconocemos y que guía nuestras pautas de comportamiento. Se puede hacer una analogía entre los valores y la brújula ya que ambos ayudan a los clientes a descubrir qué rumbo tomar y proporcionan una

guía de su conducta (Twohig & Hayes, 2019).

6. Acción comprometida: Se refiere a las conductas que se direccionan acorde a los valores establecidos.

ACT, que se caracteriza por su aceptación radical y validación, genera que las alucinaciones o delirios sean vistos tal cual como son: alucinaciones (Bach, et al., 2006; Pérez-Álvarez, et al., 2008) y al hacer énfasis en los cambios contextuales y experienciales, se presenta como una alternativa de aplicación en el tratamiento de psicosis (Wright, et al., 2014). Al cambiar la relación con los síntomas, los pacientes continúan experimentándolos sin rechazarlos ni eliminarlos, pero se reducen en gran medida la credibilidad de los mismos ocasionando que disminuyan las recaídas, las rehospitalizaciones y la angustia asociada. Asimismo, al realizar acciones que aproximen a los valores, parece mejorar la motivación de los participantes para adherirse al régimen del tratamiento (Bach, et al., 2006; Pérez – Álvarez, et al., 2008).

Las intervenciones de ACT para personas con psicosis datan desde el 2002 cuando Bach y Hayes realizaron una breve intervención en pacientes hospitalizados con diagnóstico de espectro de psicosis. Los resultados reportados hasta la actualidad comunican que esta intervención redujo el número de rehospitalizaciones, la angustia asociada a los síntomas, la credibilidad del contenido de pensamientos (Bach et al., 2002), disminución de sintomatología positiva (Shawyer, et al., 2017), mejoría en los síntomas del estado anímico reportado por el clínico y en el funcionamiento social (Gaudio & Herbert, 2006).

Se ha realizado intervenciones en un estudio de caso en un paciente hospitalizado con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo a quien se le aplicó más de una docena de sesiones de ACT. La intervención generó que el paciente actúe según sus metas y valores, incrementa su compromiso al tratamiento y desarrolle mayor decisión al hacer nuevas amistades dejando de lado una actitud complaciente. De este caso se sugirió que se puede reducir el número de intervenciones ya que muchos pacientes hospitalizados tienen una corta estadía (Bach, et al., 2006).

La mayoría de reportes de intervenciones ACT en psicosis son para reducir

síntomas positivos y en menor número intervenciones para contacto con crisis, reducción de síntomas negativos, mejora de angustia asociada, inflexibilidad psicológica y funcionamiento psicosocial (Fernández, 2020). No obstante, también hay aplicaciones de esta terapia en síntomas negativos y problemas emocionales que aquejan a personas con diagnóstico de psicosis.

Es conocido que hay relación entre la psicosis y las emociones disfuncionales como ansiedad y depresión (Navarro & Carrasco, 2009), siendo esta última un factor que contribuyen a deteriorar la calidad de vida de las personas con diagnóstico de esquizofrenia y psicosis (Gumley et al., 2016). Los síntomas negativos tienden a ser más resistentes al tratamiento que los síntomas positivos y es común que muchas de las personas con trastornos psicóticos presenten problemas de desempleo, poco contacto social por ello ACT sirve para explorar sus valores, metas y barreras. La aplicación de la aceptación, momento presente y métodos de defusión tiende a reducir la evitación experiencial crónica, la cual conduce a los síntomas negativos como la anhedonia, aislamiento, falta de motivación (Bach, et al., 2006).

Enfocándonos, específicamente, en aplicaciones de ACT en sintomatología negativa, White, et al. (2011) encontraron diferencias significativas en los síntomas negativos, no hubo diferencias significativas en los síntomas positivos, niveles de ansiedad, inflexibilidad psicológica ni en los niveles de depresión, aunque sí se observaron disminuciones en la puntuación. Por otra parte, en el estudio de Gumley, et al. (2016) se encontró diferencias significativas en las puntuaciones de depresión y la flexibilidad psicológica al terminar la intervención, mas no en el seguimiento.

Dado el creciente interés en ACT ya que se considera como una intervención prometedora y segura para pacientes con algún trastorno psicótico (Bach et al., 2006; White et al., 2011; Gumley et al., 2016; Fernández, 2020) y que muchas de sus aplicaciones se direccionan en modificar los síntomas positivos, mejorar la flexibilidad psicológica, reducir la sintomatología negativa o intervenciones en pacientes psicóticos que también presenten episodios depresivos o niveles de ansiedad elevados; se ha considerado interesante realizar un estudio de caso aplicando sesiones de ACT en un paciente con diagnóstico de esquizofrenia que presenta a la vez síntomas de depresión y ansiedad.

Objetivos e Hipótesis

Objetivo

Reducir los niveles de sintomatología negativa, depresión, ansiedad e inflexibilidad psicológica en el usuario mediante un programa de ACT.

Hipótesis

El programa de ACT ayuda a reducir los niveles de sintomatología negativa, depresión, ansiedad e inflexibilidad psicológica en el usuario.

Metodología

La propuesta de este trabajo tiene una metodología de caso único con diseño de fase simple o tipo A-B. Se basa en el diseño y aplicación de un programa desde la perspectiva de la Terapia de Aceptación y Compromiso que ayude a disminuir los niveles de sintomatología negativa, depresión, ansiedad e inflexibilidad psicológica de un usuario que asiste a un Centro de Rehabilitación e Integración Social (CRIS).

Desde antes del proceso de intervención se mantuvo contacto con la psicóloga del dispositivo que atiende al usuario para conocer más detalles de la historia clínica. El diagnóstico de ingreso del usuario fue de esquizofrenia. Se realizó reuniones con la profesional a fin de tener un mejor seguimiento del paciente.

Muchas de las intervenciones psicológicas tienen un protocolo; no obstante, en la práctica clínica las sesiones pueden variar debido a innumerables factores. ACT se caracteriza por la flexibilidad; por tanto, mientras se sigan los seis principios de esta terapia cualquier método que avance en la obtención de estos pilares se considera métodos ACT. Además, quienes trabajan con esta terapia tiene la libertad de crear, modificar, innovar tan pronto hayan conocido los procesos que constituyen la meta; es así que los terapeutas crean nuevos ejercicios, metáforas y técnicas que faciliten los procesos de esta terapia (Twohig & Hayes, 2019).

El número de sesiones es variable en diferentes publicaciones, existen desde las cuatro sesiones en pacientes con psicosis (Bach & Hayes, 2002; Gaudio & Herbert, 2006), diez sesiones para pacientes psicóticos hospitalizados (White et al., 2011), once

sesiones en intervención de depresión y ansiedad (Twohig & Hayes, 2019), cinco meses de intervención (Gumley, et al., 2016) y doce sesiones (Bach, et al., 2006); por esta razón, se ha considerado adaptable el número de sesiones de este programa mientras que se enfoque en sus seis procesos.

Adaptando la intervención al caso de estudio, se desarrolló los seis procesos empleando diferentes metodologías en todas las sesiones. Estas tuvieron un formato individual, con una duración de 60 minutos aproximadamente. Las primeras 7 sesiones tuvieron una frecuencia de una vez a la semana y las últimas sesiones tuvieron una frecuencia de dos veces por semana para reforzar los seis pilares de ACT y enfocarnos en las acciones comprometidas y/o aproximaciones conductuales para lograr sus valores. Cabe resaltar que la intervención se realizó en horarios que permitan al participante continuar con los talleres grupales y seguir con su tratamiento psicológico habitual.

La evaluación de la intervención se llevó a cabo en tres momentos. En la primera cita, se aplicó una serie de instrumentos psicológicos a fin de medir la línea base de intervención. En la quinta cita se volvió a aplicar las mismas pruebas y en la décimo quinta sesión se reaplicarán los mismos instrumentos.

Participante

Paciente varón de 30 años que asiste al Centro de Rehabilitación e Integración Social de La Vall de Uxó y tiene diagnóstico de esquizofrenia.

VARIABLES E INSTRUMENTOS

Inventario de depresión de Beck (BDI II)

El Inventario de Depresión de Beck evalúa la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más con diagnóstico psiquiátrico. Se desarrolló como un indicador de la presencia y el grado de los síntomas depresivos de acuerdo al DSM IV, no como un instrumento para especificar un diagnóstico clínico. Esta prueba consta de 21 grupos de afirmaciones de autorreporte de respuesta tipo Likert que va desde 0 hasta 3 (Beck, et al., 1996; Sanz & García-Vera, 2013).

Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI)

De acuerdo a Spielberger, et al., (1999), este cuestionario evalúa la ansiedad como

estado y como rasgo. La ansiedad estado se refiere a un estado emocional transitorio de la persona que se caracteriza por sentimientos de tensión y una hiperactividad del sistema nervioso autónomo y la ansiedad rasgo se refiere a una relativamente estable propensión ansiosa en la que percibe las situaciones como amenazadoras y por tanto eleva la ansiedad estado.

Cuestionario de aceptación y acción II (AAQ II)

Patrón (2010) expresa que este cuestionario es una escala autoaplicable tipo Likert que mide la evitación experiencial o la inflexibilidad psicológica. Tiene diez afirmaciones, cada uno con siete opciones de respuesta, que van desde el “nunca” a “siempre”.

Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS)

La escala PANSS fue desarrollada por Kay y colaboradores en 1987 con la finalidad de evaluar los síntomas y síndromes positivos y negativos en la esquizofrenia. Ha sido validada en España por Peralta y Cuesta en 1994 en una muestra de pacientes con esquizofrenia españoles. PANSS consta de 30 ítem que se puntúan según una escala Likert desde 1 hasta el 7 y se evalúan por medio de una entrevista semiestructurada de 30 a 40 minutos de duración.

Presentación del Caso

Según la historia del paciente, las intervenciones de los profesionales del dispositivo inician en el 2016 cuando fue derivado por los Servicios Sociales por presentar aislamiento social y haber estado en situación de riesgo: en centros de acogida cuando fue menor de edad.

En noviembre del 2020, el psiquiatra de la Unidad de Salud Mental deriva al paciente al CRIS indicando que tiene un diagnóstico compatible con esquizofrenia, presentando delirios y alucinaciones, aislamiento social, ausencia de actividades y un discurso bizarro. Recomienda su ingreso al dispositivo para mejorar la socialización, reorganización de conductas, aumentar la conciencia de enfermedad y mejorar la reinserción socio laboral.

Información del Participante

Participante varón soltero de 30 años de nacionalidad española. Vive con su abuela y madre en La Vall de Uxó. No tiene círculo social y afirma no tener amigos, aunque menciona que sí le gustaría.

Ha llegado a concluir sus estudios de ESO y no ha tenido experiencia laboral. No ha tenido antecedentes de consumo de tabaco o tóxicos. En la actualidad recibe una pensión por discapacidad de 65%, considera que ese monto es suficiente y por ello no desea trabajar.

El diagnóstico por parte del psiquiatra de la Unidad de Salud Mental (USM) fue de esquizofrenia. En el 2020 fue ingresado al Hospital Provincial de Castellón de forma voluntaria, a pesar de ello, el paciente lo percibe como injusto y afirma “yo no hice nada”. En la actualidad no muestra sintomatología psicótica relacionada con alucinaciones o delirios; sin embargo, presenta síntomas negativos como anhedonia, aislamiento social y abulia.

Actualmente, recibe como tratamiento farmacológico el antipsicótico Abilify 400 mg suspensión inyectable de liberación prolongada cada 30 días. Se sabe que cumple con su tratamiento, pero no hay una adecuada conciencia de enfermedad y rechaza recibir el inyectable. Durante las sesiones de intervención tiene comentarios como “es injusto”, niega tener esquizofrenia y que haya presentado alucinaciones o algún delirio. Añade que empezó a asistir a la USM porque se sentía triste, por haber sentido una atracción por la psiquiatra y por querer conversar.

Historia del Participante

Algunos datos sobre la historia del participante se han extraído de su historia clínica y por las entrevistas a profesionales del dispositivo. Otros datos de interés se han indagado durante el proceso de intervención mientras se consolidaba la relación terapéutica.

Historia Clínica: Inicio y Desarrollo

El usuario acude por primera vez al CRIS en el 2016, derivado por personal de Servicios Sociales quienes en principio atendían a la abuela en el programa de atención

domiciliaria. Al conocer la historia de la familia y observar que el paciente presentaba aislamiento social, decidieron que era necesario que reciba una intervención psicosocial. Durante este año el paciente solo asistió siete veces al servicio de psicología del CRIS, la madre asistía de forma irregular y la hermana no llegó a asistir. Al no contar con una plaza en este dispositivo, solo recibía atenciones en el consultorio y no participaba en las actividades internas y grupales.

Desde su ingreso ha sido atendido por tres psicólogas. A finales del año pasado es atendido por la psicóloga quien lleva sus atenciones hasta la actualidad.

De acuerdo a su historia clínica, en el 2016 tenía una actitud y discurso victimista, de rencor contra todo el mundo, hacia los policías y la guardia civil, odio hacia su padre. Verbalizaba expresiones como: “algún día lo mataré (al padre)”, “quiero irme de este pueblo”, además de sensación de injusticia por malos tratos de su familia y culpabilizaba a los servicios sociales por no haberlo dado en adopción. Solía estar encerrado en casa, se levantaba de la cama sobre las diez de la mañana, se entretenía jugando en la consola, se trasnochaba viendo series de Tv, películas y esa era su rutina diaria. Para esa fecha se alegró de un atentado terrorista en Berlín, tuvo un comentario como: “me alegra que haya más gente que lo pase mal como yo”.

En el 2017 acepta ir a la Unidad de Salud Mental de La Vall de Uxó y tiene cita con la psiquiatra. Admite que su mayor interés por asistir a las citas es porque tiene sentimientos hacia ella: “la razón de mi vida es ella”, “es lo que me anima”. La psiquiatra lo confronta y él se sintió decepcionado. Hasta esa fecha no quiere recibir tratamiento farmacológico.

En el 2018, no se inmutaba ante hechos terroristas, quería unirse al yihadismo (aunque sin planificación alguna); expresa que no lo haría por temor a que lo pillara la policía y "no quisiera pagar por lo que ha hecho mi padre". Su abuela reportaba sus reacciones ante el enojo: “él quería comprarse cuchillos en el chino”, solía tirar objetos como el calefactor y algunos muebles y en ocasiones mencionaba que él es un monstruo. Al preguntarle por estos hechos de su vida señala que no quiso involucrarse con grupos terroristas y si lo dijo solo fue un comentario ya que no sería capaz de lastimar a personas que no han hecho nada malo.

En junio del 2018 inicia con tratamiento de antipsicóticos orales como el Zyprexa 2.5 mg, pero sólo toma algunas dosis y luego lo deja. Continúa con sus pensamientos de venganza hacia su padre, su victimismo, ideas de vengarse del pueblo y de los policías y deja de asistir a las citas como regularmente lo hacía.

El 27 de setiembre del 2018 es ingresado voluntariamente al hospital, previo diagnóstico de esquizofrenia paranoide por la psiquiatra. Se le ingresa debido a que no observan mejoría en las intervenciones ambulatorias y domiciliarias y por los síntomas de ideas delirantes que presenta.

El 15 de marzo del 2019 sale de alta del hospital de media estancia. Luego de salir del hospital se va a Francia con el padre por un periodo menor a un mes; posterior a ello regresa a vivir con la abuela y no quiere saber nada del padre. Si bien luego de su alta notan una mejoría, todavía presenta algunos síntomas como, poca motivación para las actividades, aislamiento, querer viajar diariamente, irse de viaje como el programa Frank en la Jungla (programa televisivo de un hombre en la selva), deseos de vivir en Galicia o Teruel porque le gusta la nieve, pide ser llamado por otro nombre (David o Fabio) ya que siente rechazo hacia su nombre porque fue el padre quien se lo puso y el rencor hacia él genera malestar a todo lo relacionado con su progenitor.

Tras la salida del hospital de media estancia continúa con el tratamiento de Trevicta, aunque luego pide que le cambien la medicación ya que le genera disfunción eréctil. Para esa fecha la conciencia de enfermedad es nula. No acepta tener el diagnóstico ni tomar la medicación.

En el 2020 continuaba con algunas ideas raras como darle un significado al escuchar las campanadas y conducta agresiva hacia la madre, vestimenta desarreglada e inapropiada para la estación, sentimientos de odio hacia el padre, disminución de actividades en la casa, desmotivación, deja de asistir a las citas, huye de las visitas domiciliarias.

Antes de asistir al Centro de rehabilitación el usuario permanecía dentro de su casa, salía esporádicamente solo para hacer compras. Con las únicas personas que se relacionaba era con su madre, abuela y pocas veces con su hermana. Quería cambiarse de

nombre e irse del pueblo donde vive, “todo aquí me recuerda a mi pasado”, “aquí yo sé que nunca seré feliz”. Considera irse a vivir a Italia pues es un país que le gusta mucho.

Ha recibido atenciones domiciliarias y de acompañamiento desde el 2016, pero ha obtenido una plaza en el CRIS desde inicios del 2022, año en el que empieza a participar en los talleres grupales.

Historia Personal y Sociofamiliar

Sin anomalías en gestación y parto, sin enfermedades somáticas de relevancia.

El usuario comenta que desde que fue niño vivió situaciones de agresión física y psicológica por parte de su padre; agrega que le golpeaba sin ningún motivo “yo no había hecho nada”, “se molestaba y me daba un puñetazo en las piernas”. Ha presenciado violencia física de su padre hacia su madre, peleas donde la madre utilizó un cuchillo como defensa ante el padre y violencia sexual de su padre hacia su hermana menor, “él la tocaba en sus partes íntimas mientras dormía”, “yo le conté a mi mamá y ella no hizo nada”, “mi abuela lo reñía, pero nada cambiaba”.

Cuando tuvo 8 años, sus padres se separaron. La madre criaba de ellos los días de semana y los fines de semana los pasaban con su padre. Él recuerda que esta etapa no fue buena ya que el padre muchas veces no les daba comida, no los aseaba y era un padre negligente. Fue durante esta etapa que veía como su progenitor abusaba de la hermana. No obstante, luego de la separación, la madre abandonó a sus hijos y se fue con otra pareja y desde esa fecha él y su hermana pasaron a vivir con los abuelos maternos.

A los 12 años vivió con los abuelos maternos. Durante ese tiempo de convivencia tuvo una reacción agresiva hacia su abuela, le dio un empujón y un puñetazo en el brazo. La abuela, aconsejada por una vecina, presentó una denuncia y los Servicios Sociales lo llevaron a una casa de acogida para menores por su conducta agresiva y porque sus familiares no podían hacerse cargo de ellos. Desde los 15 años vivió en diferentes centros de acogida para menores hasta ser mayor de edad y fue en estos centros donde terminó sus estudios básicos obligatorios.

En la actualidad vive con la abuela y con la madre desde hace un año. Ella se

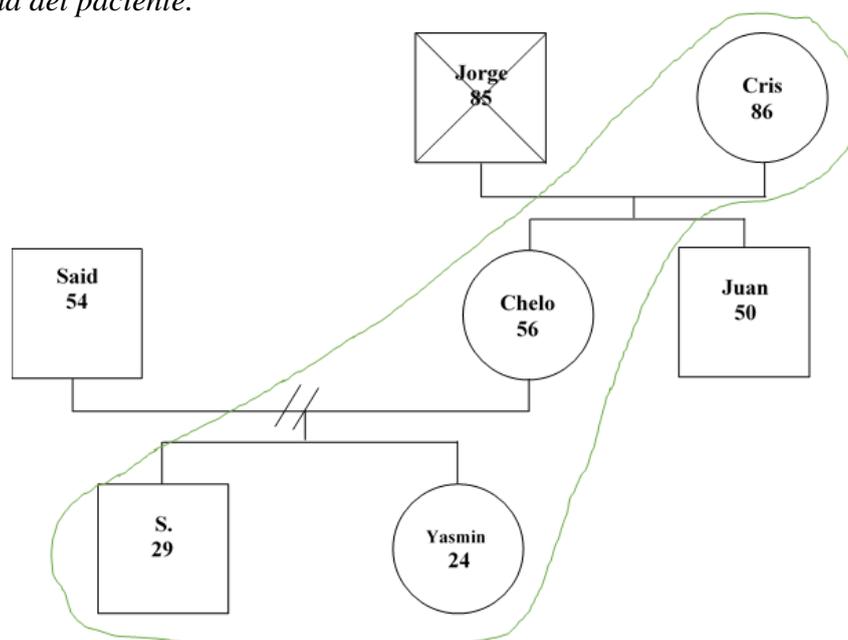
encarga de algunas actividades de la casa como hacer la comida. Mantienen una relación conflictiva y comunicación agresiva. La progenitora inicia las agresiones con frases como “eres un inútil”, “no sirves para nada”, “mejor te hubiera abortado”, “tú eres un moro” mientras el usuario opta por quedarse callado o algunas veces responder agresivamente.

No tiene comunicación con su padre. Su vínculo con él ha sido escaso, caracterizado por violencia lo que ha generado sentimiento de rechazo hacia él. Tiene deseos de que su padre reciba justicia y afirma que “ese tío no tuvo que haber nacido”.

En cuanto a la relación con su hermana es mejor, aunque igual de conflictiva, llegando a tener discusiones y agresiones. Comenta que ella es quien inicia los conflictos y que él no le responde porque no le gusta pegar a las mujeres (“no soy como mi padre”). La madre indica que él era celoso de su hermana y cuando ella era pequeña, él le clavó un lápiz en la mano. En el 2018, la hermana acudió a la casa y le dio un puñetazo y él respondió jalándole el pelo. La hermana había ido a reclamarle por su amiga, quien se sentía acosada porque le llamaba dos veces al día. Al respecto el usuario comentó “la llamaba para escuchar su voz, yo me quedaba en silencio”. La hermana pone una denuncia por agresión y la amiga una denuncia por acoso y él es detenido por la policía. Hasta ahora continúa el proceso, aunque al parecer se va a archivar.

Figura 1.

Genograma del paciente.



Informa que en su vida escolar también tuvo problemas ya que pasó por episodios de marginación y bullying. Desde el nivel primario se sentía discriminado y rechazado por su nombre y apellido paterno que es de origen árabe, “no me gusta mi nombre y quiero cambiármelo”. Sus compañeros de clases se burlaban por su origen, los niños les decían a los otros chicos que no se relacionaran con él, propiciando su exclusión y limitando sus amistades. Durante la secundaria continuaron excluyéndolo por lo que empezó a faltar a clases, hasta ausentarse por completo del colegio.

Muestra interés por tener amistades; sin embargo, se observa pocas habilidades sociales. Utiliza las redes sociales como Instagram para conocer chicas, pero hasta el momento no ha quedado con ninguna, eso lo frustra y genera pensamientos de rechazo hacia él. Asiste a lugares como la playa, supermercados y parques para ver chicas guapas, pero no se acerca a ellas. Muestra interés en tener “solo amigas” aunque valora que estas amigas sean guapas, “si son feas, no”. Expresa que en otra vida le gustaría ser mujer ya que para ellas es más fácil ligar. Al preguntársele, por si está interesado en una relación sentimental responde que no quiere tener pareja ya que “no quiero sufrir”.

Antecedentes de Importancia

- Estuvo en centro de acogida de menores en Segorbe y a los 15 años en Centro de Internamiento de Pi Gros un año.
- Abuela con diagnóstico de Demencia.
- Padre con trastorno mental grave (posiblemente trastorno bipolar) con componentes agresivos.
- Se sospecha que la madre tiene un trastorno de personalidad compatible con el trastorno de personalidad límite.
- En la evaluación del WAIS (2022) obtuvo un CIT: 78 lo que corresponde a una categoría fronteriza.
- En una evaluación de SCID que mide el deterioro cognitivo obtuvo puntuaciones bajas en velocidad de procesamiento y altas en memoria de trabajo.

Situación Actual

Su actitud durante la primera sesión fue colaboradora, respondía las preguntas,

aunque algo distante no queriendo dar mucha información. Su lenguaje tiene un ritmo lento, el contenido de pensamiento se basa en ideas de venganza hacia su padre, del odio hacia él y su sensación de justicia. Niega haber presentado alteraciones de la percepción. Anímicamente, se observa aplanamiento afectivo, pocas veces muestra gestos de risa o tristeza. Impresiona sintomatología depresiva sin ideación suicida. Presenta poca conciencia de enfermedad, mostrando un rechazo hacia la medicación, lo percibe como un castigo. En el pasado no ha sido constante en la toma de psicofármacos.

Tiene una incapacidad de 65% con grado 1 de dependencia y cobra una pensión de 400 al mes, siendo autónomo económicamente en el uso de su dinero. El paciente es independiente para las actividades de la vida diaria, se asea con regularidad, participa en las actividades de la vivienda, toma el cuidado de sus gatos, realiza las compras y sale a caminar con la abuela.

Hasta la actualidad mantiene sentimientos de odio hacia su padre, recuerda contantemente los hechos de violencia hacia él y hacia su familia, menciona que “la vida es injusta” porque no le ha hecho pagar nada a su padre en cambio a él sí ya que está recibiendo medicación, ha estado retenido y “él (su padre) no ha pagado nada”. Menciona que si lo viera le haría “pagar” por lo que le ha hecho. Continúa la relación hostil con la madre, ella lo insulta “eres un inútil”, “eres como tu padre” y él opta por ignorarla o a veces le responde sin ser agresivo como antes.

Presenta más cercanía con los compañeros que acuden al centro. Ocasionalmente conversa con ellos, aunque solo respondiendo si le preguntan, muy pocas veces inicia la conversación. No tiene más soporte social que con su familia, personal del CRIS y de servicios sociales. Se observa que hay poco cuidado en su vestimenta y esta no es acorde a la estación. Se ha tramitado su ingreso a la vivienda tutelada, pero él muestra rechazo. Su familia no está de acuerdo y él teme por la situación de su abuela ya que nadie se haría cargo de ella.

Áreas de Vida Afectada

- Familiar: comunicación pasivo-agresiva con la madre, nulas expresiones de afecto
- Social: no tiene amigos, aislamiento social, poca empatía, miedo al rechazo de las personas o temor a que se burlen por su origen y nombre.

- Trabajo: no tiene interés por trabajar y miedo al rechazo.
- Educación: sin interés por continuar estudios.
- Cuidado personal: poco cuidado de su apariencia, uñas largas, no viste acorde a la estación, frecuentemente desaliñado.

Jerarquización de Objetivos en la Intervención

- Incrementar la expresión verbal y no verbal de sus emociones.
- Fomentar la socialización con personas ajenas a su red familiar.
- Fomentar la comunicación asertiva con los miembros de la familia.
- Promover el cuidado personal.
- Incrementar la aceptación de eventos privados desagradables.
- Promover tomar responsabilidad de su vida.

Seguimiento del Caso

Programa de ACT

Tal como se ha indicado anteriormente ACT tiene 6 pilares fundamentales y dentro de las 15 sesiones se ha determinado desarrollarlas a lo largo de la intervención y en las últimas sesiones se ha enfocado en valores y en acciones comprometidas.

Sesión	Descripción	Objetivos	Materiales
1	<ul style="list-style-type: none"> - Explicación del estudio, consentimiento informado. - Explicación de ACT. - Evaluación pre test. - Entrevista sobre principales problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Informar y lograr consentimiento y compromiso sobre la terapia. -Evaluar la línea base. -Conocer los principales problemas del usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> Folios Lapiceros Video sobre ACT Pruebas impresas
2	<ul style="list-style-type: none"> - Atención plena: concepto y beneficios. - Práctica guiada de mindfulness de 10 minutos. - Desesperanza creativa: el hombre en el hoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Informar sobre la atención plena. -Promover la atención al momento presente. -Identificar sus formas de afronte ante problemas. -Fomentar la desesperanza 	<ul style="list-style-type: none"> Hoja de consentimiento informado Lapiceros

		creativa.	
3	<ul style="list-style-type: none"> - Mindfulness (escáner corporal). - Aceptación: metáfora el incitado indeseado. - Metáfora el elefante rosa. 	<ul style="list-style-type: none"> -Promover la atención al momento presente. -Incentivar la aceptación de pensamientos desagradables. -Reconocer que el control y evitación lleva a mantener el problema. - 	<p>Folios</p> <p>Computadora</p> <p>Lapiceros</p>
4	<ul style="list-style-type: none"> - Mindfulness por 10 minutos. - Aceptación (refuerzo de sesión). - Valores: concepto y ejercicio. 	<ul style="list-style-type: none"> -Promover la atención al momento presente. -Reforzar la aceptación de pensamientos, emociones y recuerdos desagradables. -Identificar que los valores son elecciones personales libres que nos dirigen. -Identificar lo que es importante para su vida. 	<p>Folios</p> <p>Lapiceros</p>
5	<ul style="list-style-type: none"> - Valores: dominios, diferencias con objetivos. - Defusión: introducción, concepto. - Ejercicio: tomar distancia de los pensamientos. - Metáfora el actor y el público. 	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar lo que valora en diferentes áreas de su vida: personal, familiar, etc. -Identificar pensamientos desagradables y observar que solo son pensamientos. 	<p>Video</p> <p>Folios</p> <p>Lapiceros</p>
6	<ul style="list-style-type: none"> - Segunda evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> -Replicación de las pruebas diagnósticas de la fase intermedia del tratamiento. 	<p>Folios</p> <p>Pruebas impresas</p>
7	<ul style="list-style-type: none"> - Mindfulness: Práctica de unos 5-10 minutos. - Yo como concepto: concepto 	<ul style="list-style-type: none"> -Tomar contacto con el presente. -Crear conciencia del yo como contexto y no como contenido. 	<p>Video</p> <p>Folio</p> <p>Lapiceros</p>

	<p>y ejercicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Metáfora del tablero de ajedrez. - Ejercicio: “estoy teniendo un pensamiento de...” 	<ul style="list-style-type: none"> -Reconocer que la persona es más que sus experiencias desagradables pasadas. 	
8	<ul style="list-style-type: none"> -Mindfulness. -Acciones comprometidas. -Retomando la sesión de valores indicar que acciones puede llevar a cabo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Practicar la atención plena en el presente. -Promover el compromiso de conductas acordes a sus valores. 	<p>Folios Lapiceros</p>
9	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión de acciones comprometidas -Autocompasión 	<ul style="list-style-type: none"> -Fomentar la autocompasión -Revisar la realización de conductas que le acerquen a sus valores. 	<p>Audio</p>
10	<ul style="list-style-type: none"> -Análisis funcional -Valores -Metáfora: pasajeros del autobús 	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar sus conductas y la relación con las consecuencias de las mismas. -Fomentar la continuación de acciones acorde a los valores, aceptando pensamientos desagradables. 	<p>Video Folios Lapiceros</p>
11	<ul style="list-style-type: none"> -Análisis funcional. -Valores. -Acciones comprometidas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar sus conductas y la relación con las consecuencias de las mismas. -Fomentar la continuación de acciones acorde a los valores, aceptando pensamientos desagradables. -Reforzar conductas que se direccionan a los valores del área familiar. 	<p>Folios Lapiceros</p>
12	<ul style="list-style-type: none"> -Análisis funcional. -Valores. 	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar sus conductas y la relación con las consecuencias de 	<p>Folios Lapiceros</p>

	-Acciones comprometidas. -Hexaflex de ACT.	las mismas.	
13	-Valores. -Acciones comprometidas.	-Fomentar la continuación de acciones acorde a los valores, aceptando pensamientos desagradables. -Reforzar conductas que se direccionan a los valores del área social.	Folios Lapiceros
14	-Valores. -Acciones comprometidas. -Matrix de ACT: eventos privados desagradables, conductas evitativas, valores, acciones comprometidas, yo como contexto. -Asumir su responsabilidad en el cambio.	-Fomentar la continuación de acciones acorde a los valores, aceptando pensamientos desagradables. -Reforzar conductas que se direccionan a los valores. -Identificar las consecuencias de sus conductas evitativas.	Folios Lapiceros
15	-Evaluación post test. -Últimas recomendaciones: Importancia de compromiso en cambio. -Ejercicio de epitafio.	-Evaluar al paciente en la última fase del tratamiento. -Reforzar los logros obtenidos -Identificar lo importante de la responsabilidad ante el cambio. -Reforzar los procesos de valores y compromiso.	Pruebas impresas Lapiceros

Seguimiento de Sesiones

1° sesión. En esta sesión se le explica sobre el modelo de ACT, y sus pilares mediante gráficos visibles en el ordenador. Se le informa acerca del estudio de investigación, los objetivos y detalla sobre la estructura del programa. Comenta estar de acuerdo y firma la hoja de consentimiento informado.

Se prosigue con la evaluación a través de la aplicación de los test psicológicos. En esta sesión se le observa al participante colaborador, poco expresivo emocionalmente y algo cansado por la aplicación de los test. Durante la entrevista se le pregunta por los principales problemas que presenta a fin de realizar un análisis funcional y el usuario responde “mi padre se ha portado mal conmigo”, “en el colegio me hacían bullying” y “saber quién es bueno y malo”.

2° sesión. Antes de realizar la práctica brevemente se desarrolla el concepto de atención plena y algunos de sus beneficios. En la sesión se procede a practicar mindfulness enfocada en la respiración por 10 minutos, indicándole lo importante de atender a las sensaciones corporales mientras está respirando. Se le pide que pueda actuar como un observador a sus emociones, sensaciones, pensamientos y tenga una postura de aceptar sin juzgar ni intentar cambiarlo. Terminando la actividad se reflexiona sobre su experiencia. Menciona que se siente “normal”.

Se continúa preguntando por sus principales molestias emocionales para introducir la desesperanza creativa; para tal efecto se emplea la metáfora del “hombre en el hoyo”. El objetivo de la sesión es que el usuario observe sus conductas para solucionar los problemas que lo llevan a mantener una conducta evitativa de sus emociones y que por tanto ese malestar se continúa preservando. Se le persuade si quisiera optar por otras formas de actuar para obtener otras consecuencias y brinda una respuesta apática.

En cuanto a la actitud del participante se muestra, generalmente, callado en la sesión. Brevemente comenta sobre los problemas familiares que tiene sin entrar en detalles. Se expresa con frases como “la vida es injusta”, “tuve la vida arruinada (porque le pusieron un nombre de origen árabe)”, “la vida ha sido cruel conmigo sin haber hecho nada”, “si ya no tengo razones para vivir, ¿qué será cuando mi abuela se muera?”, “sentiré alegría en otro pueblo, no aquí”. Añade que casi siempre su ánimo oscila entre sentirse aburrido y triste.

3° sesión. En esta sesión se tiene como objetivo trabajar el pilar de la aceptación. Los primeros minutos se dedica a la práctica de mindfulness mediante la atención focalizada en la respiración y escaneo corporal y al finalizar se comenta sobre la experiencia.

Se continúa desarrollando la importancia de la aceptación en contraparte con la conducta de evitar pensamientos, emociones o recuerdos; para ello se visualiza un video sobre la metáfora del “invitado indeseado” y luego se dialoga sobre la importancia de aceptar esas emociones indeseables y las consecuencias de evitar que generan dificultades para disfrutar del presente. Para finalizar se le indica que cada vez que queremos controlar los pensamientos o queremos evitarlos, es cuando tienden a aparecer. Se utiliza la metáfora del “elefante rosa” como ejemplificación.

Durante esta sesión también se realiza entrevistas para ahondar sobre su historia de vida en la que comenta diversos abusos que vivió por parte de ambos padres y en su vida académica. Al hablar de su padre realiza comentarios como “no recibí justicia”, “no ha pagado (los daños que hizo)”, “ese tío no tuvo que haber nacido”.

4° sesión. En esta sesión se tiene como objetivo abordar el pilar “valores”. Se inicia la sesión con 10 minutos de mindfulness (scanner corporal, atención a la respiración y a los sonidos del presente) y luego se comenta sobre su experiencia. Indica que puede prestar más atención a los sonidos de su alrededor, que a atender a las sensaciones de su cuerpo. Le agrada escuchar el sonido de los pájaros. Identifica que se siente aburrido cuando hacemos el escáner corporal, se le refuerza por expresar y reconocer sus emociones y conectarse con el presente.

Para consolidar la sesión anterior, se comenta sobre el video de aceptación de la metáfora el invitado indeseado en el cual se refuerza la importancia de la aceptación de sus emociones, recuerdos negativos del pasado y de sus pensamientos. Comenta que él no se acepta, que no acepta su nombre y que prefiere aislarse (conducta de evitación) por eso no tiene amistades (de preferencia mujeres). Se le indica que lo mejor es aceptar antes que evitar o controlar eventos privados que le generen malestar. Se le muestra cuáles son las consecuencias, costos de su conducta evitativa y se muestra pensativo.

Finalmente se interviene en valores, brindándole una breve definición y se le entrega una hoja en la que hay un variado número de cualidades. Se le pregunta ¿qué tipo de persona quiere ser? y se le pide que elija solo 5 de esas cualidades. Con facilidad identifica la primera que se relaciona con cuidar a los animales. Se toma su tiempo para elegir las siguientes cualidades: ser una persona sociable, compasiva y valiente.

5° sesión. Se continúa con la sesión anterior en cuanto a valores. Se le entrega una ficha para que el usuario pueda escribir y jerarquizar sus valores de acuerdo a estos dominios: relaciones interpersonales, relaciones familiares, área académica, salud y bienestar, ocio, etc. Se amplía la diferencia entre los valores y los objetivos a través de un video y luego se realizan comentarios al respecto.

Se prosigue con una breve explicación sobre la defusión de pensamiento que tiene como finalidad separarse de los pensamientos desagradables como “soy un inútil”, “no valgo para nada”, “van a pasar de mí”, “me rechazarán por mi nombre”, “se van a reír”, “soy un cobarde”. Se le hace una breve representación sobre este pilar y para ello se nombra a la mesa como los pensamientos indeseados y a él que está sentado en la silla con ruedas se le pide que tome distancia de ellos. Se hace hincapié en que los pensamientos no nos definen y no significa que sean verdaderos.

El otro ejercicio que se realiza es que cierre los ojos, que visualice que él está personificando a un actor quien sufre mucho (se le pide que pueda sentir ese dolor). Luego que cambie por el papel de un observador que ve como una persona está sufriendo. Tras terminar se le pide que identifique sus emociones en cada una de las situaciones, que se responda cuál le pareció más dolorosa. Se utiliza esta metáfora como una forma de reforzar la defusión.

6° sesión. En esta sesión se procede a aplicarle los mismos test psicológicos por segunda vez, accede y tiene dificultades para entender los enunciados. En cuanto a los ítems del STAI en el apartado A-E tiene puntuaciones elevadas, en comparación con la primera aplicación, en ítems como “estoy preocupado por posibles desgracias futuras” y “estoy preocupado”, cuando se le pregunta por su respuesta expresa sentir preocupación por la invasión de Rusia a Ucrania.

7° sesión. En esta sesión se inicia con un ejercicio de mindfulness por unos 10 minutos. Se procede a introducir el pilar yo como contexto y para ello se le pide que escriba algunas de las características que más destaca de él. Responde que es “educado, respetuoso, simpático y antisocial (refiriéndose a poco sociable)” y se le menciona que no siempre somos esas etiquetas que nos colocamos. Luego se le enseña el dibujo de un tablero de ajedrez para hacer uso de esta metáfora, haciendo hincapié en que somos más

que los eventos positivos o negativos que trascurren en nuestra vida, que somos más que el contenido. Llevándolo a su caso, se le indica que él es más que esos pensamientos de inutilidad, o más que los recuerdos de agresión. Se enlaza con sus valores y las acciones que lo acercan a lo que concibe como valioso.

Para finalizar, se le indica que pueda cerrar los ojos y se inicia un ejercicio de imaginación en la que evoque un pensamiento desagradable como “soy un inútil” y se centre en ello por unos segundos. Después que se repita “estoy teniendo un pensamiento que soy un inútil” y que luego se repita a sí mismo, “estoy notando que estoy teniendo el pensamiento que soy un inútil”. Al terminar menciona que sintió más malestar en la primera situación y al repetir las otras frases sintió menos malestar. Se concluye con esa experiencia en la que él puede notar qué piensa o algún otro evento interno desagradable.

8° sesión. Esta sesión se basa en establecer acciones que sean coherentes a los valores propuestos. Para el valor de ser una persona sociable, se le preguntó qué acciones puede hacer. Al inicio responde que no sabe qué hacer para lograrlo. Vuelve a mencionar que no habla con otras personas porque teme que le rechacen por su nombre o se burlen de él. Se le brinda un ejemplo con un caso similar en la que se establece acciones graduales para lograr esa meta. En cuanto a su dominio familiar, desearía ser más expresivo. Se establece acciones para lograrlo, expresando su afecto a una persona de confianza como su abuela.

Como actividad fuera de la sesión, se le pide que elija una acción de las que hemos mencionado y que la ponga en práctica en esta semana. Elije hablar a algunas personas del CRIS. Se le motiva a iniciar un diálogo con otra usuaria del dispositivo, recalcando la diferencia de iniciar una conversación y de responder cuando le preguntan.

9° sesión. En esta sesión se le pregunta como está, reporta que “lo mismo de siempre”. Se le pide que describa su respuesta y comenta “aburrido”, “haciendo lo habitual en casa”. Al preguntársele por su dinámica familiar en esta semana comenta que su madre suele gritarle y decirle palabras ofensivas, que desde que su hermana está en casa las discusiones entre ellas han aumentado. Al preguntarle sobre la conducta de hablarle a algunas personas del dispositivo, menciona que solo habla cuando le hablan a él. Se le refuerza el intento.

Se continúa con un nuevo tema: la autocompasión. Se describe brevemente su concepto y luego se inicia la práctica en la que se le pide que cierre los ojos y regrese al tiempo cuando fue un niño y tenga un recuerdo doloroso de esa época. Durante su ejecución se observa que su expresión facial está muy tensa. Se incide en mencionar que recuerde una experiencia muy triste y no impresiona mostrar un gesto de tristeza. Al terminarlo se comenta sobre su experiencia.

10° sesión. En esta sesión se muestra el análisis funcional de sus conductas en un diagrama. Se registra situaciones en las que se queda callado cuando ve a su hermana sin participar en las actividades de la casa, generándole enojo, su conducta es quedarse callado y nota que se siente frustrado por no decirle nada. De igual forma cuando tiene un recuerdo negativo sobre su infancia, se siente triste, su conducta es evitativa como ver la tv, intenta no recordar y como consecuencia percibe que recordará más estos hechos.

Se continúa con un video de la metáfora “los pasajeros del autobús”. Se le pregunta por el video e indica no entenderlo bien. Se le explica qué es lo que simboliza cada elemento en el video, reforzando la idea de conducirse mediante acciones a través de sus valores, aunque tenga presencia de pensamientos o emociones desagradables.

Situaciones (contexto en que se desenvuelve el problema)	Eventos privados (Experiencias aversivas)	Respuesta (Intentos de control. Seguimiento de reglas)	Consecuencias a corto plazo Alivio (R-) Coherencia (R+)	Consecuencias a largo plazo Distanciamiento de valores
Cuando mi madre me dice “eres como tu padre”	“no soy un maltratador de niños ni de mujeres” Decepción 6/10 Enojo 7/10	Paso de ella y me voy a otro lado. Me voy a leer o ver la TV Ignorar las ofensas	Sentirme calmado (R-) No escuchar las agresiones verbales de la madre (R-) “La vida ha sido injusta conmigo” (R+)	No sabría cómo reaccionar Posiblemente explotaría con ella. Relación conflictiva con madre No expresar los pensamientos, sentimientos

Situaciones	Eventos privados	Respuesta	Consecuencias a corto plazo	Consecuencias a largo plazo
Cuando recuerdo mi infancia	Emoción tristeza 10/10 Intento no recordar las agresiones de su padre	Veo la Tv y leo, intento no pensar	Me siento mejor (reduce el malestar de pensar) (R-) La vida me ha tratado mal (R+)	Recordar más estos hechos Continuar con la emoción de tristeza y enojo hacia sus padres

Situaciones	Eventos privados	Respuesta	Consecuencias a corto plazo	Consecuencias a largo plazo
Cuando ve a una chica que le atrae	Deseos de hablar a la chica “se va a reír de mi nombre” “Me rechazará” Ansiedad	Quedarse callado No hablarle Evitar iniciar la conversación	Disminuye la ansiedad (R-)	Deterioro de relaciones sociales

11° sesión. Se continúa el registro del análisis funcional y se le refuerza por las conductas como negarse ante peticiones de su hermana ya que eso lo acerca a ser expresivo, de forma respetuosa.

Se alienta a realizar otras acciones que van acorde a sus valores como ser sociable, ser una persona compasiva, amante de los animales, cuidar su apariencia. Se le pregunta qué conductas puede realizar y decide tomar cuidado de sus gatos, ducharse con regularidad en verano, echarse perfume y saludar a sus compañeros del CRIS.

12° sesión. Dentro de la sesión se compara el hexaflex de flexibilidad con el de la inflexibilidad psicológica. Se continúa poniendo ejemplos concretos de su caso basándonos en tal diagrama. Se prosigue con el análisis funcional, se concreta en valores y en las acciones comprometidas para estos días hasta la siguiente sesión.

13. sesión. El usuario comenta que persisten las discusiones entre su hermana y su madre. Asimismo, que se siente enojado porque está asumiendo gastos de las compras de casa y pagar algunos gastos de su hermana, “tengo que pagarlo todo”, “ me enoja que no me den (dinero)”. Se analiza la conducta de quedarse callado y la dificultad para

negarse ante peticiones de la hermana y las consecuencias de la misma. Responde que quisiera decirle que no, pero le es difícil.

Se le observa callado y comenta “me doy asco”. Se le pregunta por su comentario y menciona que le da asco por dentro, “por mi forma de ser”. Al repreguntarle, responde “no tengo forma de ser”, lo que significa para él que es inhibido, no tiene valentía y su autoestima está por los suelos, “no puedo decir lo que pensaba”. Atribuye que tiene dificultad de expresar lo que opina por estar recibiendo tratamiento farmacológico “eso me deja apagado” también lo atribuye a su hospitalización “antes era diferente, le decía a mi hermana lo que pensaba”. Continúa con su discurso de sentirse castigado por recibir las inyecciones y por ser hospitalizado. “la vida es injusta conmigo”, “ellas (mamá y hermana) que se pelean no van a USM”, “ellas tendrían que estar aquí (recibiendo las terapias)”. Se le refuerza que pueda notar sus emociones y verbalizarlas.

Se continúa con la ficha de valores en la que escribe acciones relacionadas al área familiar. Se compromete a negarse a alguna petición de su hermana, identifica que una barrera es el temor al rechazo de su hermana, “miedo a que me rechace como hermano”. Se le pregunta qué sería lo peor que su hermana podría hacer y menciona que no sabe, posiblemente se enoje y no le hable. Se contrasta este miedo con la realidad.

Se analiza que la conducta de expresar su opinión, tendrá consecuencias favorables y a largo plazo desarrollará más confianza, acercándolo a sus valores. Se finaliza la sesión con compromisos de acción: dar una negativa a su hermana, alimentar a sus gatos, ducharse regularmente, comer menos chocolate.

14° sesión. Al inicio de la sesión, el paciente menciona que se encuentra “como siempre”. Comenta que su hermana ha regresado de París hace una semana atrás y que él le dio 100 euros para ese viaje. Se analiza esa conducta, recordándole lo importante que es decir no y ser asertivo. Agrega que pudo decirle que no a su hermana cuando ella le pidió que prepare la cena. Se le pregunta cómo se sintió al dar su respuesta y menciona que bien. Se le refuerza verbalmente por esa conducta y cómo esa conducta lo acerca a sus valores (expresar lo que opina, ser valiente).

La sesión se centra en resumir la terapia en la matrix de ACT en la que escribe sus

pensamientos desagradables, conductas evitativas, valores y acciones relacionadas a estas últimas. Se explica que sus eventos internos desagradables interfieren en el camino hacia sus valores y por tanto continúa con conducta evitativas como no pensar en el pasado, aislarse de la gente, ceder a las peticiones de su hermana; a diferencia de si percibe, acepta y se distancia de esos eventos privados y continúa con acciones comprometidas. Se le indica que el único responsable de estos cambios será él. Se queda callado y pensativo. Se le pregunta sobre qué piensa y responde en que quizá tenga razón acerca de lo que le dije (sobre su responsabilidad). Agrega “es más fácil culpar a los demás”. Se promueve que el usuario tome responsabilidad de sus conductas y cambios puesto que lleva años culpando a sus padres u otros agentes por su situación actual.

Adicionalmente, se le indica que sentirá más frustración cuando continúa con los supuestos “seré feliz cuando mi padre reciba justicia”, “seré feliz cuando me mude a Italia”. Se le reitera la importancia de estar viviendo en el presente y esos “hubiera” no lo acercan al presente, se refuerza la idea de aceptar sus pensamientos y recuerdos y centrarse al presente para actuar acorde a valores importantes para él con la finalidad de que la vida tenga más sentido.

15° sesión. En esta sesión se realiza la tercera evaluación y brinda últimas recomendaciones. Se incide en la importancia de comprometerse e iniciar con conductas que le aproximen a ser una persona más sociable. Se refuerza verbalmente cuando pudo expresar sus opiniones a su hermana.

Continúa con el discurso de que será feliz en otra vida, de la cólera hacia su padre, aunque solo lo menciona cuando se le pregunta por este tema. Se le indica lo importante de vivir en el presente acorde a valores. Solo escucha y asiente. Cuando se le pregunta qué le gustaría que esté escrito en su epitafio, responde “vida corta, ruin y amante de los animales”.

Se le pregunta sobre su experiencia mientras recibía la intervención de ACT y responde que le ha agradado, ha sido un espacio para hablar sobre sus problemas, comenta que aún mantiene los pensamientos “no valgo para nada” y piensa que su historia no lo define. Se le observa emocionado porque ese día habrá una celebración por su cumpleaños en el CRIS y podrá jugar con la consola con otra persona; por tal razón,

impresiona estar impaciente y pide que la sesión termine pronto.

Resultados

Este estudio ha tenido como objetivo reducir los niveles de sintomatología negativa, depresión, ansiedad e inflexibilidad psicológica. Tras la aplicación del programa ACT, se han encontrado los siguientes resultados:

Cuantitativos

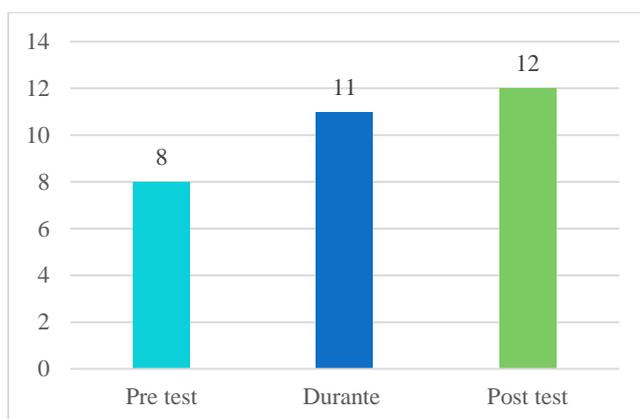
Inventario de depresión de Beck (BDI II)

Cabe mencionar que once días antes de iniciar esta intervención, la psicóloga del CRIS había comentado que el participante mostraba un ánimo deprimido y que había obtenido un puntaje de 19 en el Inventario de Depresión de Beck, ubicándose en un grado leve de depresión. Antes de iniciar la intervención, el usuario obtuvo un puntaje de 8 lo que lo significa un grado de depresión mínima. Esta diferencia en su autorreporte genera una sensación de poca coherencia entre el resultado de la prueba y las verbalizaciones que tiene durante las primeras sesiones ya que suele usar frases relacionadas a que su vida es injusta, sensación de tristeza y aburrimiento.

En el segundo momento de evaluación, tras las cinco sesiones, obtuvo un puntaje de 11, lo cual lo mantiene en el mismo grado de depresión: mínima. En la evaluación final obtuvo un puntaje de 12, ubicándolo en la misma categoría.

Los puntajes del participante distan mucho del puntaje promedio reportados en el manual: 22,45 (Beck, et al., 1996), mientras que en este estudio los puntajes oscilan desde 8 hasta 12 puntos.

Figura 2.
Puntajes del BDI-II



Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI)

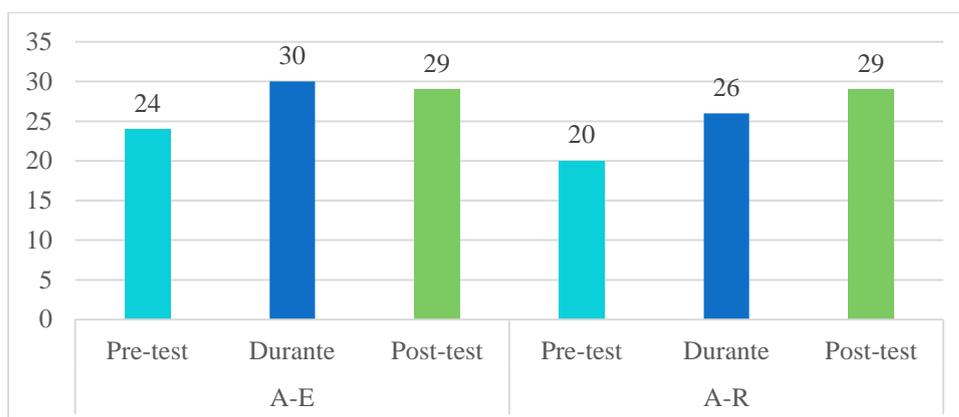
Previo a la intervención, el participante obtiene un puntaje de 24, con centil 70 en A-R. En el apartado A-R obtiene un puntaje de 20, ubicándolo en un percentil igual a 55.

En la evaluación durante la intervención obtiene en A-E un puntaje igual a 30 correspondiente a un centil de 80. En A-R obtiene una puntuación directa de 26 y centil de 77.

En la evaluación final obtuvo una puntuación de 29 en ambos apartados, ubicando al A-E en un centil de 77 y a A-R en un centil de 85.

Los puntajes en el manual informan que el promedio para el área de ansiedad estado (A-E) fue de 20,54 mientras que para el área ansiedad rasgo (A-R) fue de 20,19 (Spielberger, et al., 1999). Comparando estos datos con la puntuación del paciente se observa que en el pretest las puntuaciones se acercan a la puntuación señala en el manual, pero en la evaluación intermedia y en la final se aprecia que el evaluado tuvo mayores puntuaciones. Estas puntuaciones posiblemente hayan incrementado debido a una mayor conciencia de sus emociones y factores externos como preocupaciones por la guerra entre Ucrania y Rusia y a la convivencia con la hermana.

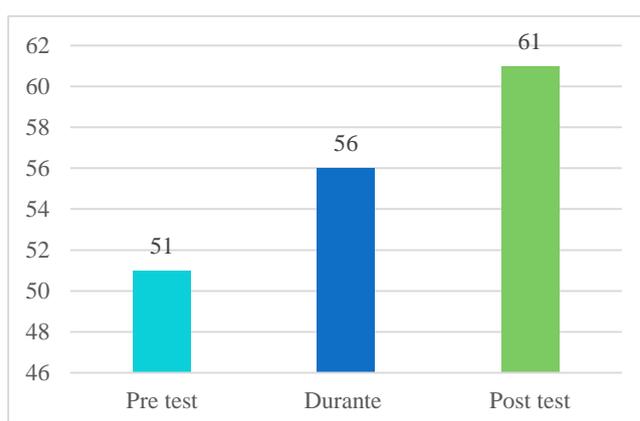
Figura 3.

Puntajes del STAI.***Cuestionario de aceptación y acción II (AAQ II)***

En la evaluación pretest obtuvo un resultado de 51. Durante la intervención obtuvo una puntuación de 56. Al finalizar la intervención, un puntaje de 61.

Los puntajes obtenidos por el paciente reflejan un nivel mayor de evitación experiencial e inflexibilidad psicológica comparándolo con la media de 38.70 reportado por Bond et al. (2011) o la media de 38.33 en pacientes psicóticos reportado por Patrón (2010).

Figura 4.

Puntajes del AAQ-II.***Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS)***

En cuanto a la evaluación pre-test obtuvo una puntuación directa de 7 en la escala positiva; en la escala negativa, obtuvo una puntuación 21; y, en psicopatología general,

una puntuación de 29.

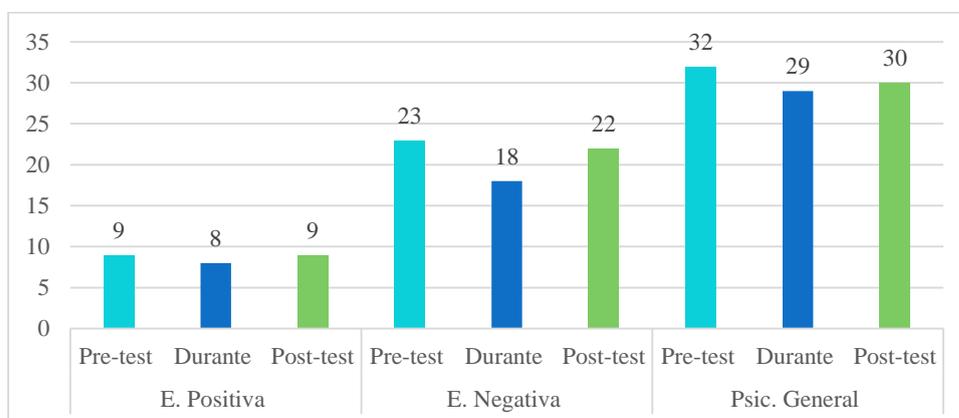
Los resultados durante la intervención fueron los siguientes. Para la escala positiva obtuvo un puntaje de 7; para la escala negativa, 18; para la psicopatología general, 29 puntos.

En la última aplicación obtuvo los siguientes puntajes: 9 en la escala positiva, 22 en la escala negativa y 30 en la psicopatología general.

Estas puntuaciones obtenidas por el paciente difieren de lo reportado por el estudio inicial del PANSS (Kay et al., 1987) ya que el promedio de la puntuación en la escala positiva es de 18.20 y en la patología general se reporta puntajes de 37.74. Por otra parte, se encuentra similitud en las puntuaciones de la escala de síntomas negativos donde se informa una puntuación de 21.01 y el paciente ha obtenido una media de 21 puntos.

Figura 5.

Puntajes del PANSS.



Cualitativos

En cuanto a su conducta, el participante ha mostrado más apertura para verbalizar sus emociones. En las primeras sesiones se le aprecia con más seriedad y apatía, respondiendo solo a las preguntas con respuestas como “estar bien o estar mal”. Mientras transcurren las sesiones se observa que llega a verbalizar cómo se siente y puede describir sus emociones. Al mismo tiempo, se ha observado que mientras transcurrían las sesiones el paciente ha llegado a mostrarse más expresivo en sus gestos. Evidenciaba apertura e

iniciativa para hablar de temas de su interés como series, videojuegos, viajes, conocimientos sobre culturas y lecturas de ciencia ficción y ante estos tópicos mostraba signos de alegría y emoción.

Al avanzar con las sesiones se observó que la frecuencia de su discurso sobre el odio hacia su padre ha disminuido, no presentaba expresiones acerca de odiarlo, deseos de hacerle pagar por lo que le hizo. De igual modo, expresiones relacionadas a la poca valía y el rechazo habían disminuido en frecuencia, aunque reconoce que aún presenta estos pensamientos.

Ha llegado a tomar conciencia de sus conductas evitativas y las consecuencias de estas, pudiendo realizar con más facilidad registros de análisis funcional. Llega a realizar acciones como expresar sus opiniones, dar negativas a su hermana y se motiva a que continúe con estas conductas; no obstante, se observa poco compromiso para realizar nuevas conductas acorde a sus valores del área social. Se realizaba el compromiso de ejecutar acciones como iniciar conversación con sus compañeros y no llegaba a concretarlo y lo atribuía a su miedo al rechazo.

Llega a realizar ejercicios de atención plena relacionado a atender sonidos, especialmente si hay sonidos de naturaleza, pero muestra dificultades para llevarlo a la práctica por su propia iniciativa.

En las últimas semanas ha sentido mayor irritabilidad, preocupación y tristeza desde que la hermana vive con ellos puesto que ha observado más discusiones entre ella y su madre, sintiéndose incómodo en casa. Le disgusta asumir más gastos como comprar un televisor nuevo, servicios de internet, plataformas de streaming, mayores gastos en alimentos, etc. y tener más responsabilidades en las tareas del hogar. Estos factores activan su regla de sentirse incompetente; por ende, aumenta su conciencia de estar triste.

Se percibe que hubo interés en las intervenciones ya que asistía con puntualidad a las citas que eran a primera hora y mantuvo constancia en su asistencia, aun cuando dejó de asistir a varias de los talleres grupales durante la semana. Indicaba que se sentía escuchado cuando hablaba sobre sus problemas. Al parecer, su sensación de sentirse escuchado refutaba su idea de sentirse excluido lo que llevaría a mejorar la connotación

de sus vínculos.

Cabe mencionar que el ánimo del participante decae considerablemente y se activan pensamientos de injusticia o reglas como “la vida es cruel” cada vez que recibe la medicación.

Discusión

El paciente obtuvo puntajes menores antes de iniciar la intervención en todas las pruebas de autorreporte y al finalizar la intervención, los puntajes incrementaron. Posiblemente tal efecto se deba a que en las últimas semanas el paciente ha tenido más conflictos en el área familiar y económica, lo que conlleva a que se active su percepción de injusticia, pensamientos acerca de la inutilidad e incapacidad, entre otros pensamientos polarizados y catastróficos que refuerzan la actitud victimista. De igual manera, periódicamente hay una disminución del ánimo tras recibir el tratamiento farmacológico lo cual activa respuestas de rechazo, injusticia, decepción y frustración que no le permiten tomar conciencia de enfermedad. Por otra parte, la práctica de atención plena genera tener mayor conciencia de sus emociones, es así que el usuario identifica con facilidad cuando está triste, ansioso, etc.

Los resultados cuantitativos de este trabajo reflejan que el participante no ha tenido una reducción de síntomas relacionados con la depresión, ansiedad, síntomas negativos de la esquizofrenia e inflexibilidad psicológica, rechazando la hipótesis planteada luego de la aplicación del programa de ACT. Comparando lo encontrado con el trabajo de White et al. (2011) no se ha llegado a encontrar diferencias significativas en los síntomas positivos, niveles de ansiedad y en la inflexibilidad psicológica. Su estudio revela una diferencia significativa en la sintomatología negativa y disminución de la variable depresión hecho contrario a los resultados de este estudio de caso.

En cuanto a los cambios comportamentales, se observa que sus conductas evitativas en el área social continúan; sin embargo, tiene más apertura a expresar lo que siente a su familia, mantiene su higiene corporal, continúa participando en actividades del cuidado de la casa, redujo el aislamiento en casa, y asiste a los talleres grupales del dispositivo de forma constante. Esta intervención ha tenido una duración de

aproximadamente tres meses y es necesario que el usuario continúe con el plan de intervención de larga data; por tal motivo se sugiere que para continuar con la activación de conductas sociales como iniciar conversación a personas conocidas y luego a nuevas personas en su entorno natural el usuario participe activamente en talleres de habilidades sociales para potenciar su asertividad en las relaciones ya establecidas con su familia, poder interpretar señales sociales e iniciar conversaciones.

El paciente presenta un CI igual a 78 cuya categoría se encuentre en el límite y obtuvo niveles bajos en velocidad de procesamiento lo cual interfiere en su proceso de aprendizaje, generando que le tome más tiempo en adquirir nuevos conocimientos y ser más flexible. Este factor cognitivo pudo haber obstaculizado la comprensión de metáforas aplicadas en el tratamiento ACT; asimismo, generaba que el usuario tenga poca retención de información tras cada cita por lo que era necesario repetir algún segmento de la sesión anterior con la finalidad de consolidar lo ya trabajado anteriormente.

El trabajo presenta limitaciones por parte de la metodología de caso único por lo que no se puede generalizar sus resultados. En una posible replicación sería importante adaptar las sesiones según las necesidades del paciente basándonos en la flexibilidad del modelo mientras que se cumplan los seis procesos; es decir, si el caso amerita iniciar por la parte conductual o enfocarse en la aceptación y apertura. Al ser una intervención ambulatoria se recomendaría la entrega de material informativo para casa y que el profesional que brinda la terapia tenga supervisión del caso (Shawer, et al. 2017). Por otra parte, es importante tener en consideración el control del ambiente sin interrupciones, con una temperatura adecuada y reduciendo las interrupciones en especial en ejercicios de imaginación y atención plena.

Es factible realizar intervenciones de ACT en pacientes con psicosis (Johns et al., 2015; White et al., 2011) porque no es un tratamiento nocivo y ha tenido buena aceptación en anteriores investigaciones; por tanto, sería interesante continuar con más investigaciones de ACT en psicosis enfocándose en la sintomatología positiva y negativa del mismo modo en otros trastornos del espectro de psicosis que también presenten problemas emocionales y se sugiere mayor desarrollo de programas de ACT dentro de dispositivos de día con una muestra más amplia y con evaluaciones de seguimiento post programa.

Para concluir, a nivel cuantitativo el programa de ACT de 15 sesiones no ha logrado concretar los objetivos de disminuir los síntomas tal como se esperaba. A nivel cualitativo, ha sido de utilidad ya que el paciente llegó a tener más conciencia de sus emociones, los verbaliza, identifica y realiza aproximaciones de conducta que lo acercan a lo importante para él. En tal aspecto, sería importante continuar con ello porque un tratamiento prolongado lo ayudaría a una mayor exposición, cambios comportamentales de acuerdo a las metas que se propone; por tanto, mejora del ánimo que es lo que en principio buscaba este estudio. Extrapolando a otros casos, este programa puede ser de utilidad para pacientes que presenten angustia ante síntomas positivos fomentando la aceptación radical de los mismos o en pacientes que también presenten síntomas de depresión elevada que necesiten cambios conductuales.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM -5*. Editorial Médica Panamericana.
- Bach, P., y Hayes, S. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(5), 1129–1139.
<https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.5.1129>
- Bach, P., Gaudiano, B., Pankey, J., Herbert, J., y Hayes, S. (2006). Acceptance, Mindfulness, Values, and Psychosis: Applying Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to the Chronically Mentally Ill. In R. A. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (pp. 93–116). Elsevier Academic Press.
<https://doi.org/10.1016/B978-012088519-0/50006-X>
- Beck, A., Steer, R., y Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. The Psychological Corporation – San Antonio.
- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Guenole, N., Orcutt, H., Waltz, T., y Zettle, R. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Desviat, M. (2010). El devenir de la reforma psiquiátrica. En A. Pastor Martínez, A. Blanco de la Calle y D. Navarro Bayón, *Manual de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave* (pp. 29-58). Editorial Síntesis
- Fernández, L. (2020). *Revisión de la eficacia de ACT en personas con diagnóstico de esquizofrenia u otras patologías del espectro de la psicosis*. [Trabajo Final de Master, Universidad Jaume I].
<http://hdl.handle.net/10234/193217>
- First, M. (2015). *DSM-5 manual de diagnóstico diferencial*. Editorial Médica

Panamericana.

Gaudiano, B. A., y Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 415–437.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.02.007>

Gumley, A., White, R., Briggs, A., Ford, I., Barry, S., Stewart, C., Beedie, S., McTaggart, J., Clarke, C., MacLeod, R., Lidstone, E., Riveros, B. S., Young, R. y McLeod, H. (2016). A parallel group randomised open blinded evaluation of Acceptance and Commitment Therapy for depression after psychosis: Pilot trial outcomes (ADAPT). *Schizophrenia Research*, 183, 143–150.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.11.026>

Hayes, S. (2020). *Una mente liberada. La guía esencial de la Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Ediciones Paidós.

Jansen, J. E., Gleeson, J., Bendall, S., Rice, S., y Alvarez-Jimenez, M. (2019). Acceptance- and mindfulness-based interventions for persons with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 215(1), 25–37.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.11.016>

Johns, L., Oliver, J., Mizanur, K., Byrne, M., Jolley, S., Wykes, T., Joseph, C., Butler, L., Craig, T. y Morris, E. (2016). The feasibility and acceptability of a brief Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for people with psychosis: The ‘ACT for life’ study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50(1), 257–263.

<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.10.001>

Kay, S., Fiszbein, A., y Opler, L. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276.

<https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>

López, M. y Laviana, M. (2007) Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave: Propuesta desde Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(1), 187-223.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000100016&lng=es&tlng=es

Morrison, J. (2015). *DSM-5: Guía para el diagnóstico clínico*. Editorial El Manual Moderno. <https://elibro.net/es/ereader/uji/39726>

Navarro, D. y Carrasco, O. (2009). Relación entre Síntomas Psicóticos, Estados Emocionales Negativos y Años de Evolución en Personas con Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 20(2), 197-204.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113052742009000200008&lng=es&tlng=es.

Organización Mundial de la Salud (2000) . *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.

Ortuño, F. (2008). *Esquizofrenia*. Ediciones Universidad de Navarra. <https://www.digitaliapublishing.com/a/51448>

Patrón, F. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1),5-19.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29213133001>

Pérez – Álvarez, M., García-Montes, J., Perona-Garcelán, S. y Vallina-Fernández, O. (2008). Changing Relationship with Voices: New Therapeutic Perspectives for Treating Hallucinations. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(2), 75–85. <https://doi.org/10.1002/cpp.563>

Sanz, J. y García-Vera, M. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario para la Depresión de Beck–Segunda Edición (BDI-II) en pacientes españoles con trastornos psicológicos. *Anales de Psicología*, 29(1), 66-75. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.130532>

Shawyer, F., Farhall, J., Thomas, N., Hayes, S., Gallop, R., Copolov, D., y Castle, D. (2017). Acceptance and commitment therapy for psychosis: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 210(2), 140–148.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.182865>

- Spielberger, C., Gorsuch, R., y Lushene, R. (1999). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (5a ed.)*. TEA Ediciones.
- Twohig, M. y Hayes, S. (2019). *ACT en la práctica clínica para la depresión y la ansiedad. Una guía sesión a sesión para maximizar los resultados*. Desclée de Brouwer Editorial.
- Peralta, V., y Cuesta, M. (1994). Psychometric properties of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 53(1), 31–40. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(94\)90093-0](https://doi.org/10.1016/0165-1781(94)90093-0)
- White, R., Gumley, A., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., Cleare, S., y Mitchell, G. (2011). A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 49(12), 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.09.003>
- Wright, N., Turkington, D., Kelly, O., Davies, D., Jacobs, A., y Hopton, J. (2014). *Treating Psychosis: A Clinician's Guide to Integrating Acceptance and Commitment Therapy, Compassion-Focused Therapy, and Mindfulness Approaches Within the Cognitive Behavioral Therapy Tradition*. New Harbinger Publications.

ANEXOS

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
 Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

N.º 124

STAI

AUTOEVALUACION A (E/R)

A / E

P D =	50	+	-	=	
A / R	P D =	21	+	-	=

A / R

Apellidos y nombre Edad Sexo
 Centro Curso/Puesto Estado civil
 Otros datos Fecha

A-E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreescitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las Instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.



Autor: C.D. Spielberger.

Copyright © 1968 by Consulting Psychologists Press, Inc. (Palo Alto, California, U.S.A.).

Copyright © 1982 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Frey Bernardino de Sahagún, 24; 28006 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si se presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y

A-R

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *EN GENERAL* en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	0	1	2	3
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

APÉNDICE B

Folio: _____

AAQ-II (YUC)

19

A continuación, encontrará una lista de frases. Por favor indique qué tan cierta es cada una para usted marcando con una (X) el número que le parezca adecuado de la escala que se encuentra a la derecha de cada frase. No hay respuestas buenas o malas, ni preguntas con truco. Asegúrese de contestar todas las frases.

Use como referencia la siguiente escala para hacer su elección:

1	2	3	4	5	6	7	
Completamente falso	Rara vez cierto	Algunas veces cierto	A veces cierto	Frecuentemente cierto	Casi siempre cierto	Completamente cierto	
Puedo recordar algo desagradable sin que esto me cause molestias.	1	2	3	4	5	6	7
Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan vivir una vida que pudiera valorar.	1	2	3	4	5	6	7
Evito o escapo de mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
Me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones.	1	2	3	4	5	6	7
Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
Mantengo el control de mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
Mis emociones me causan problemas en la vida.	1	2	3	4	5	6	7
Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo.	1	2	3	4	5	6	7
Mis preocupaciones obstaculizan mi superación.	1	2	3	4	5	6	7
Disfruto mi vida a pesar de mis pensamientos y sentimientos desagradables.	1	2	3	4	5	6	7

Los reactivos 1, 6 y 10 se suman de forma inversa; es decir, el 7 equivale a 1 y viceversa.

Nota. Para el uso o la traducción de este instrumento es necesario solicitar permiso al autor (hayes@unr.edu).

RESUMEN DE PUNTUACIONES

Escala Positiva (PANSS-P)							
1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización Conceptual	1	2	3	4	5	6	7
3. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Susplicacia/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
Total PANSS-P							
Escala Negativa (PANSS-N)							
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Fluidez de la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
Total PANSS-N							
Índice compuesto (Total PANSS-P) - (Total PANSS-N)							
Psicopatología General (PANSS-PG)							
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manierismos / posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de insight	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Ensimismamiento	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7
Total PANSS-PG							