

## INTERVENCIÓN DE EMERGENCIA EN FORMATO ONLINE BASADO EN ACT EN UN CASO DE TRASTORNO ADAPTATIVO

### EMERGENCY INTERVENTION ON ONLINE FORMAT BASED ON ACT USED IN A CASE OF ADAPATIVE DISORDER

JAVIER MOHD TARIFA<sup>1</sup>, LAURA CEREZO CARRIZO<sup>1</sup> Y  
MIGUEL ÁNGEL CARRASCO<sup>1</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Tarifa, J. M., Cerezo Carrizo, L. y Carrasco, M. Á. (2019). Intervención de emergencia en formato online basado en act en un caso de Trastorno Adaptativo [Emergency Intervention on Online Format based on Act used in a Case of Adapative Disorder]. *Acción Psicológica*, 18(1), 57–68. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.29043>

#### Resumen

El presente artículo tiene como objetivo exponer el abordaje clínico de un usuario del Servicio de Psicología Aplicada de la Facultad de Psicología de la UNED atendido durante la situación de Emergencia Sanitaria COVID-19. Se trata de un estudio de caso  $N=1$  de un varón de 22 años (F.) cuya sintomatología se ajusta a un trastorno adaptativo con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido. Tras la evaluación del caso mediante entrevista no estructurada y autorregistros del paciente, se llevó a cabo una intervención breve protocolarizada con modalidad online. La aproximación terapéutica llevada a cabo fue la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), que incluyó diferentes estrategias dirigidas a que F. pudiera discriminar su patrón de conducta problemático,

aceptar los eventos privados aversivos y pudiera emprender acciones con significado personal. Los resultados mostraron un aumento de conductas adaptativas en las áreas que F. consideraba valiosas, y una disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva. En el apartado final, se discuten las limitaciones de la intervención derivadas del contexto en el que fue realizada.

**Palabras clave:** Intervención online; ACT; COVID-19; Emergencia; Trastorno Adaptativo.

#### Abstract

This article aims to present the clinical approach of a patient of the Psychological Service of the Faculty of Psychology of the UNED who was treated during the COVID-

**Correspondence address [Dirección para correspondencia]:** Javier Mohd Tarifa. Terapeuta del Servicio de Psicología Aplicada, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

**Email:** [jmohd@invi.uned.es](mailto:jmohd@invi.uned.es)

**ORCID:** Miguel Ángel Carrasco (<https://orcid.org/0000-0003-3282-818X>).

<sup>1</sup> Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Recibido: 16 de marzo de 2021.

Aceptado: 13 de junio de 2021.

19 Health Emergency situation. This is a case study  $N = 1$  of a 22-year-old man whose symptoms are associated to an adjustment disorder with mixed anxiety and depression. After evaluating the case by means of an unstructured interview and self-reports, a brief, protocolized intervention was carried out through an online modality. The therapeutic approach was the Acceptance and Commitment Therapy (ACT), which included different strategies aimed at allowing F. to discriminate his problematic behavior pattern, accept aversive private events and take actions with personal meaning. Results showed an increase in adaptive behaviors in the areas that F. considered valuable, and a decrease in anxiety and depressive symptoms. In the final section, limitations and future recommendations are discussed.

**Keywords:** Online intervention; ACT; COVID-19; Emergency; Adaptive disorder.

## Introducción

La aparición y propagación del virus SARS-CoV-2 es un hito histórico que ha afectado al mundo en su totalidad, las características de transmisión y el elevado índice de contagio ha llevado a los distintos gobiernos a establecer medidas de control poblacional con el objetivo de reducir la tasa de contagios y el número de muertes diarias (Misterio de Sanidad, 2020). En el caso del estado español, se declaró un estado de alarma a nivel nacional que duró desde el 15 de marzo y el 20 de junio de 2020, (Real Decreto 463/2020) esto se tradujo en una limitación de la libertad de circulación de las personas, así como en el establecimiento de numerosas medidas de restricción en la vida de los ciudadanos.

Todo ello dio lugar, en gran medida, a un contexto social que propició el aislamiento social y la reducción del contacto interpersonal por motivos sanitarios. Estudios recientes han comenzado a analizar el impacto psicológico de la pandemia COVID-19 en el corto y largo plazo. En el análisis de este impacto se evidencia la importancia de la intervención temprana, incluyendo los primeros auxilios psicológicos y el apoyo de equipos multidisciplinares en la reducción tanto de la cronificación de sintomatología

como en la exacerbación de los síntomas y trastornos mentales en población vulnerable (Ramírez-Ortiz, 2020).

El presente artículo expone el abordaje clínico de un usuario del Servicio de Psicología Aplicada de la UNED (en adelante SPA) atendido durante la situación de Emergencia Sanitaria COVID-19. Este estudio de caso muestra una intervención breve, y en modalidad online, de un usuario cuya sintomatología se ajusta a un trastorno adaptativo con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido. El motivo principal de este artículo es doble. Por una parte, mostrar la intervención realizada, así como las limitaciones y dificultades derivadas del contexto de la pandemia antes mencionada: una intervención no presencial, de carácter breve y ante una situación de emergencia; por otra parte, mostrar tanto en la evaluación como la intervención, distintos movimientos terapéuticos adaptados al contexto terapéutico particular que tuvo lugar y sus resultados.

El abordaje de este caso se llevó a cabo desde el modelo terapéutico de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes et al., 2012; Wilson y Luciano, 2002). Este modelo constituye una tecnología desarrollada sobre la base del conductismo radical y una aproximación analítico-funcional del estudio del lenguaje y la cognición humana, incluida en la Teoría de los Marcos Relaciones (TMR). Muy resumidamente, ACT tiene una doble finalidad: por un lado, que el cliente acepte aquellos eventos privados aversivos que ha estado intentado modificar sin éxito, es decir, modificar el patrón de regulación verbal inflexible y limitante, caracterizado por numerosos modos de respuesta que persiguen eludir pensamientos, sensaciones y recuerdos que se experimentan como aversivos y que suponen una repuesta operante generalizada de evitación; y, por otro lado, ayudar a la persona a que pueda fijar la atención en las funciones apetitivas de augmental (i.e., alteración de las propiedades reforzantes de estímulo vía verbal gobernada por reglas que alteran el grado en que los eventos funcionan como consecuencias), pueda realizar acciones coordinadas con ellas y así, realizar una acción con significado personal (Hayes et al., 2001; Törneke et al., 2015).

## Presentación de caso clínico

### *Datos del usuario*

F. es un varón adulto de 22 años de edad, soltero, con un nivel socio cultural medio, y con estudios realizados a nivel básico. Reside en el domicilio familiar junto con sus padres y hermanos. No aparecen antecedentes médicos ni psiquiátricos relacionados con la problemática que presenta. Solicita atención psicológica motivada por una elevada reacción de ansiedad derivada del confinamiento prolongado durante el estado de alerta sanitaria. En el momento de la consulta, presentaba dificultades durante las comidas y cenas en las que ingerir comida le provocaba atragantamiento.

### *Contexto de la intervención*

F. fue Atendido durante la Emergencia Sanitaria COVID-19, uno de los progenitores contactó con el SPA de la Facultad de Psicología de la UNED (Madrid), expresando la preocupación por el estado emocional de su hijo. Se pusieron a disposición de los padres recursos online del SPA con el objetivo de ayudar al bienestar y regulación comportamental y emocional, tanto de su familia como de su hijo. F. fue derivado al servicio de atención psicológica online/telefónica gratuita que fue habilitado durante el periodo de emergencia sanitaria.

### *Evaluación*

Las primeras dos sesiones se dedicaron a la exploración y el análisis de la demanda del usuario, y a una primera valoración de la sintomatología manifiesta. Dado el contexto de intervención, incluidas las limitaciones y características del servicio de emergencia implementado en este periodo, la entrevista clínica telefónica y los autorregistros fueron las técnicas de evaluación utilizadas. De la información obtenida se llevó a cabo el análisis de las respuestas problema, así como los antecedentes y consecuentes a corto y largo plazo de dichas respuestas.

## *Análisis y formulación del caso*

Las respuestas problema que se delimitaron tras la evaluación fueron:

- Ansiedad en sus tres niveles de respuesta. A nivel fisiológico, taquicardias, respiración agitada, presión torácica y en la garganta, sequedad de boca y molestias estomacales; a nivel cognitivo, dificultades de concentración, pensamientos anticipatorios como «nada va ser lo mismo después del COVID»; «No voy a poder vivir con la ansiedad»; «No voy a poder hacerlo»; «¿Y si me contagio?»; «Me voy a volver a atragantar» y rumiaciones sobre sí mismo, como «Estoy mal de la cabeza»; «Hay gente muriendo y yo aquí pasándolo mal por una tontería»; y a nivel motor, movimientos torpes y repetitivos con alguna parte del cuerpo.

- Estado de ánimo deprimido en su triple nivel de respuesta. A nivel emocional, cansancio, anhedonia, tristeza, elevados sentimientos de culpa y miedo; a nivel cognitivo, pensamientos de inutilidad, atribuciones de responsabilidad excesiva o inapropiada, etiquetas y descalificaciones (e.g., «Estoy loco»; «Soy una persona débil»). A nivel motor, inactividad, cese de actividades placenteras y lúdicas, cesando las actividades de entretenimiento como la lectura y el visionado de películas, así como la postergación de la reincorporación laboral.

Los antecedentes, respuestas, y consecuentes inmediatos y a largo plazo se detallan en el análisis funcional del patrón comportamental problemático, recogidos en la Tabla 1. Las variables antecedentes, conductas problema y consecuentes, además de ejercer una función en sí mismas actúan de manera interrelacionada a modo de bucle circular que se retroalimenta recíprocamente.

### *Hipótesis explicativas, delimitación de las variables de cambio*

El análisis de la historia clínica del usuario y sus antecedentes personales y familiares no fueron explorados en profundidad debido al encuadre terapéutico que se llevó a cabo y especialmente, debido a la intervención breve en el contexto de emergencia en el que tuvo lugar. Por impre-

Tabla 1.

## Descripción funcional del problema

Situación	Eventos privados antecedentes	Respuesta	Consecuencias a corto plazo	Consecuencias a largo plazo
En los momentos de las comidas	Ansiedad elevada	Masticar muy lentamente	Disminución de la ansiedad percibida	Aumento del estado depresivo
	Presión en la garganta	Cese de la ingesta	Disminución de los estados fisiológicos percibidos como aversivos	Aumento de pensamientos de inutilidad y auto-etiquetas Ej. "Me siento un fracasado"
	Opresión torácica	Abandono de las comidas familiares		Aumento del nivel de ansiedad percibida
	Pensamientos repetitivos ej. "Y si me comienzo a atragantar"			Sentimientos de culpabilidad por preocupar a su familia  Disminución de peso corporal
Salir de casa (incluyendo el área laboral)	Aumento de la ansiedad	Distracción	Disminución de nervios	Sensación de culpabilidad por no reincorporarse a su empleo
	Aumento de cogniciones anticipatorias ej. "¿Y si me contagio?"	Intentar relajarse: Respiraciones diafragmáticas, Contar hasta diez hacia atrás	Disminución de cogniciones anticipatorias y percibidas como aversivas	Aumentan nuevamente los nervios y estado de ánimo depresivo
	Estado de ánimo deprimido	Volver a su casa	Sensación de protección	Distanciamiento social y de pareja
Interacciones sociales a través del teléfono	Aumento del estado ansioso	Apagar el teléfono	Disminución del estado de nervios	Distanciamiento social
	No sentir fuerzas para hablar con su novia	Rumiación, dando razones. Ej. "Paso de dar pena"	Disminución de ansiedad	Distanciamiento emocional con su pareja
	Aumenta la ansiedad	Dormir		Pelear de pareja
Pareja "¿Estás mejor? ¿Te apetece hablar?"	Sentir presión para hablar			Aumento de sentimientos de culpa

**Tabla 1.**

*Descripción funcional del problema (continuación)*

Situación	Eventos privados antecedentes	Respuesta	Consecuencias a corto plazo	Consecuencias a largo plazo
Lectura de novelas y visionado de Películas/series	Pensamientos sobre sí mismo	Deja de leer	Se siente calmado	Deja a un lado sus hobbies
	Lo mal que están las cosas	Deja de ver la película		Aumento de la percepción de desaprovechar el tiempo durante el confinamiento
	“El mundo no va ser otra vez lo que era”	Intentos de pensar en que las cosas se solucionarán pronto		Aumento del estado depresivo
				Aumento de autorreproches

en la historia personal de F., ni rasgos de personalidad que pudieran ser considerados como variables específicas de vulnerabilidad para el desarrollo de una alteración ansiosa y/o depresiva. En cuanto a la adquisición del problema, apareció un claro acontecimiento estresante para F, vivir una situación de confinamiento en respuesta a la propagación del virus SARS-CoV-2. Este acontecimiento estresante y mantenido en el tiempo, junto a unas estrategias de afrontamiento ineficaces, propiciaron que distintas situaciones diarias fueran condicionadas a estados corporales y cogniciones percibidas como aversivas, sensación de atragantamiento en el momento de ingerir alimentos, una elevada tasa cardiaca al salir fuera del domicilio y pensamientos de miedo e inutilidad. A su vez, el desarrollo y puesta en marcha de estrategias de escape y evitación ineficaces fueron incompatibles con realizar conductas adaptativas con significado personal, es decir, a no poder dirigir su atención a las funciones apetitivas de augmental y realizar acciones coordinadas con ellas. Derivando esta confrontación en un aumento del estado depresivo, un aumento de las sensaciones ansiógenas y la aparición de valoraciones negativas sobre su autoconcepto.

En cuanto a la hipótesis de mantenimiento, la evitación cognitiva, en forma de distracción o rumia, que los pensamientos anticipatorios u otros pensamientos con función

aversiva ejercían, y la evitación conductual de situaciones ansiógenas, favorecieron la sensibilización a los mismos e impidió los procesos de habituación y extinción de las conductas problemas al tiempo que se vieron reforzados negativamente; mantener el teléfono móvil apagado disminuía la ansiedad y la percepción de presión social, no salir del domicilio propiciaba una disminución del miedo al contagio, todo lo cual reforzaba negativamente estas conductas. Además, la incapacidad de discriminar las consecuencias de sus conductas a largo plazo, así como el seguimiento de reglas verbales como “No puedo vivir con ansiedad” le impidieron entrar en contacto con la eficacia a largo de las estrategias de afrontamiento que llevaba a cabo.

El conjunto de estas relaciones se retroalimenta a modo de estructura circular impidiendo la mejoría y perpetuando el problema. En la Tabla 1 se recoge una descripción del análisis del patrón de conducta problemático del usuario en la que se reflejan (de izquierda a derecha) las diferentes situaciones en las que sucede el patrón, los eventos privados previos a emitir la conducta, la propia conducta, y las consecuencias que de esta se derivan a corto y largo plazo.

## *Impresión Diagnóstica*

Según la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM5, APA, 2013) la sintomatología se ajustaría a un trastorno adaptativo con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido 309.28 (F43.23). En el momento de la evaluación se pudo apreciar la aparición de sintomatología ansiosa y depresiva en respuesta a un factor identificable como fue la situación de emergencia sanitaria nacional. La sintomatología y su respuesta ante la misma fueron clínicamente significativas debido al deterioro que producía en el ámbito social, laboral y psicológico, así como en su funcionamiento diario. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental como trastorno de estrés post traumático, trastorno por estrés agudo o fobias. La exploración de su historial clínico no indicó la posible existencia de un trastorno previo que pudiera haberse exacerbado con la aparición de un factor externo estresante.

## *Intervención*

### *Objetivos terapéuticos*

Los objetivos terapéuticos propuestos en este caso fueron: (a) entrenar estrategias de afrontamiento para el adecuado manejo de la ansiedad elevada; (b) reducir la rumiación excesiva e improductiva sobre hechos futuros; (c) comer sin atragantamientos; (d) reanudar la realización de tareas placenteras (e.g., lectura, visionado de películas); (e) reanudar el contacto con su círculo social y con su pareja; y (f) propiciar la reincorporación a su vida laboral.

### *Técnicas de intervención*

Las técnicas utilizadas en la intervención fueron principalmente: técnicas de autoobservación, uso de metáforas, ejercicios experienciales de defusión cognitiva, técnicas de exposición graduada, exposición con prevención de respuesta (ambas en vivo y en imaginación) y reforzamiento de los logros alcanzados. A continuación, se expone el procedimiento y aplicación de las mismas.

## *Procedimiento*

Se trata de una intervención breve de 10 sesiones de tratamiento (dos meses y medio), incluyendo dos seguimientos telefónicos. Las sesiones tuvieron una hora de duración, con una periodicidad semanal, exceptuando las sesiones de seguimiento que se espaciaron, primero de forma quincenal y después mensualmente. La modalidad en la que se realizó la terapia fue online, a través de la plataforma Whereby. Al comienzo de cada sesión se revisaban conjuntamente los compromisos acordados y se identificaban las barreras que habían podido surgir en el periodo intersesiones.

En la Tabla 2 se recoge el número de sesiones y una descripción breve del contenido de cada una de ellas, las cuales se detallan a continuación.

**Tabla 2.**

*Protocolo clínico aplicado a la intervención del caso.*

<b>Sesiones</b>	<b>Técnicas</b>
Sesión 1	Análisis funcional del patrón comportamental problemático. Introducción metáfora central "El conductor de autobús y los pasajeros"
Sesión 2	Análisis funcional del patrón comportamental problemático. Aplicación de protocolo para la identificación de los pensamientos aversivos jerárquicos que funcionaban como disparadores de la preocupación/rumia y la cadena de pensamientos principales.
Sesión 3	Clarificación de valores y establecimiento de compromisos semanales. Ejercicio del historiador
Sesión 4	Revisión de tareas semanales, identificación de barreras y ejercicio de defusión cognitiva. Ejercicio de chatear con la mente.
Sesión 5	Revisión de tareas semanales y exposición a estados fisiológicos aversivos autoinducidos a través de la hiperventilación intencional.
Sesión 6	Revisión de tareas semanales, ensayo conductual, aproximación sucesiva a la conducta objetivo "Comer"

Sesiones	Técnicas
Sesión 7	Revisión de tareas semanales, ensayo conductual, aproximación sucesiva a la conducta objetivo "Salir a la calle"
Sesión 8	Revisión de tareas semanales, ensayo conductual, aproximación sucesiva a la conducta objetivo "Salir a la calle"
Sesión 9	Revisión de tareas semanales, clarificación de valores y establecimiento de compromisos semanales. Ejercicio "Trazar caminos valiosos"
Sesión 10	Revisión de tareas semanales, devolución de los logros conseguidos. Tratamiento del miedo a futuras recaídas. Ejercicio "Cambiar la forma de escribir en el ordenador"

Las sesiones 1 y 2 se dedicaron a propiciar que F. pudiera discriminar su patrón comportamental. Se analizaron conjuntamente diversos ejemplos de la misma clase de regulación verbal limitante para confrontar lo que buscaba con sus acciones y los resultados que le estaban dando (desesperanza creativa). Se identificaron conjuntamente los pensamientos aversivos jerárquicos que funcionaban como disparadores de la preocupación/rumia y la cadena de pensamientos principales, para ello se realizó una adaptación del protocolo ideado por Ruiz et al. (2018). Se introdujo una metáfora central para todas las sesiones, El conductor de autobús y los pasajeros (Luciano y Wilson, 2012) en la que se ejemplificaba el patrón de respuesta flexible e inflexible de F.

La sesión 3 fue dedicada a clarificar valores y el establecimiento de compromisos semanales acordes con ellos. Se planteó "El ejercicio del historiador". Se le pidió que por unos minutos se metiera en el papel de un historiador y que escribiera los títulos de los capítulos de su vida correspondiente a distintos espacios temporales, especialmente los más recientes. A continuación, se plantearon dos formas de continuar su propio libro: una en el que estuviera abierto a sentir determinadas emociones y continuar trabajando en aquellas áreas valiosas para él; y otra en la que, ante la aparición de cualquier pensamiento o estado fisiológico aversivo se alejara de aquello que le importase para encerrarse en su habitación. Al final de sesión se esta-

blecieron los siguientes compromisos: encender el teléfono y ser el novio comprometido con su pareja, ser un amigo que participa en los grupos de WhatsApp y que atiende las llamadas, y dedicar 30 minutos de lectura diarios.

En la sesión 4 se introdujo el ejercicio "Chatear con tu mente". Esta actividad se ideó para trabajar la habilidad de poder mantenerse en aquellas acciones que F. considerase valiosas y que le ayudara a discriminar cuando comenzaba a rumiar. Aprovechando la modalidad online, el terapeuta al cargo de la intervención compartió su pantalla, en la que se mostraba un ejercicio de atención sostenida. El ejercicio que se presentó era una sopa de letras en la que debía contar mentalmente las veces que se repetía una determinada letra. En la primera fase del ejercicio se le pidió que comenzara a realizar la tarea y durante el transcurso de la misma se le advirtió que aparecerían en medio de la pantalla aquellos pensamientos que se identificaron como barreras y que le impedían centrarse en las acciones con significado personal. Se le instruyó para que acto seguido de la aparición de sus pensamientos, dejara el ejercicio a un lado para abrir el chat y contestar. Se le facilitaron claves para que pudiera realizar equivalencias funcionales con su patrón de rumia. Durante la segunda parte del ejercicio se le pidió en esta ocasión que notara nuevamente cómo "le pedían" estos pensamientos ocuparse de ellos, pero en esta ocasión debía elegir entre abrir el chat y contestar, o leer los mensajes y volver a centrarse en el ejercicio que tenía delante.

Debido a que las barreras más relevantes para F. en la fase intermedia de la intervención fueron aquellas relacionadas con sensaciones corporales desagradables, tales como alteración del ritmo cardíaco, respiración acelerada o sensación de nerviosismo, durante la sesión 5 se decidió realizar un ejercicio de exposición a dichos estados fisiológicos adversos con prevención de respuesta. Para ello, F. realizó hiperventilación intencional, mientras el terapeuta daba claves que facilitaban la discriminación de los pensamientos que aparecían, al tiempo que se le proporcionaban ayudas para que no emitiera una respuesta de escape. Ejemplos de claves facilitadoras fueron: ¿Quién está sintiendo nervios? ¿En qué parte del cuerpo los estás sintiendo? Imagínate que estos nervios tuvieran un color ¿Qué color tendrían? ¿Puedes observarlo durante 10 se-

gundos sin hacer nada? Como si fuera la primera vez que los ves... ¿Podría continuar otros 10 segundos? ¿Le das permiso para que continúen ahí un poco más? ¿Esta sensación te resulta familiar? ¿Qué has hecho otras veces cuando has sentido esto mismo? ¿Te ha servido de algo? ¿Y si hoy pudieras elegir hacer algo totalmente distinto? ¿Sería esto algo parecido a mantenerte en la carretera?

En la siguiente sesión, sesión 6, se realizó una aproximación sucesiva a la conducta objetivo “Comer”. El ejercicio comenzó pidiéndole que examinará las sensaciones que le venían al estar delante del plato; una vez identificadas por F, se le dio la opción de abandonar ejercicio o dejar estar esas sensaciones y coger el tenedor. Se le pidió que percibiera cómo se intensificaban determinadas sensaciones al acercar la comida a la boca, se le dio la opción nuevamente de elegir entre ocuparse de sus nervios y pensamientos, o dejarlos estar para poder girar su atención en las sensaciones gustativas de la propia comida que tenía en la boca.

En las sesiones 7 y 8 se realizó una aproximación sucesiva a la conducta objetivo “salir a la calle”. Las siguientes sesiones fueron realizadas vía telefónica debido a los requerimientos de la propia intervención. Se planearon dos salidas a la calle, para realizar unas compras en el supermercado. F. llevaba en el momento de la salida unos auriculares con micrófono a través de los cuales podía escuchar al terapeuta y podía comunicarse con él. Se le dieron las instrucciones para que relatara aquellos pensamientos que le acontecían con cada paso que daba y se estableció una medida subjetiva del 1 al 10 para expresar el malestar percibido. El terapeuta le facilitaba claves contextuales para que F. pudiera sentir lo que realmente elegía: emitir una respuesta de escape o continuar caminando hacia aquello que le importaba.

En la sesión 9, se introdujo el ejercicio de “Trazar caminos valiosos”. Esta sesión fue dirigida a potenciar aquellas acciones que estaban ligadas a retomar su vida normal. Se pidió que dibujara en un papel los diferentes caminos que para el F. eran importantes transitar (Pareja, Trabajo, Amigos, Entretenimiento); se le pidió que escribiera en cada camino diferentes acciones que le llevarían a recorrerlo, por ejemplo, seguir acudiendo a su puesto de trabajo, salir de casa, ser cariñoso con su novia, llamarle por las noches... A continuación, se le pidió que escribiera a

los lados del camino carteles con aquellos miedos y preocupaciones que creía que podían surgirle. Se le planteó la posibilidad de la aparición de estos carteles en el momento de tomar su vida y se le pidió que dibujara otro camino para intentar evitar dichos eventos privados, y se le cuestionó hacia dónde le dirigía tomar esos caminos alternativos.

Sesión 10. En esta sesión se realizó la devolución de los logros conseguidos, se planteó la posibilidad de recaídas y, en el caso de que aparecieran, cómo podía actuar ante ellas. Se introdujo el ejercicio “Cambiar la forma de escribir en el ordenador”. Se requirió que F. comenzara a escribir en el chat de la plataforma online aquello a lo que quería dedicarse la semana siguiente, pero se le dio la condición de que utilizara únicamente su mano no dominante. Durante la realización del ejercicio se le cuestionó sobre cómo se sentía al escribir de este nuevo modo, se le preguntó si surgía el deseo de utilizar la otra mano y se le señaló durante el ejercicio cómo utilizaba su mano dominante sin querer para borrar. Se estableció un paralelismo entre el ejercicio que estaba realizando y las recaídas, y cómo volver a las mismas respuestas aprendidas era algo natural, y lo que podía hacer cuando notara que recaía.

Posteriormente a estas sesiones se realizó un seguimiento telefónico a las 2 semanas, y otro a las 6 semanas. En la Tabla 2 se recoge una síntesis de las principales técnicas aplicadas por sesión.

## Resultados

Dada la ausencia de medidas estandarizadas y sistematizadas de evaluación en el momento de la recepción del caso se tomaron como indicadores de evolución del tratamiento los resultados cualitativos de la intervención apreciados por el propio terapeuta. Entre estos indicadores se consideró: la percepción de control que tenía F. de su vida, las verbalizaciones de mejoría que fue expresando a lo largo de las sesiones, el reporte verbal de su nuevo patrón de comportamiento, así como los hitos comportamentales logrados como la reincorporación laboral, el contacto continuado con su grupo social y pareja, acompañamiento familiar en las salidas al supermercado, visionado de pelícu-

las completas y lectura de novelas, y la reincorporación a las comidas y cenas con su familia.

Las mejorías en las habilidades adquiridas por F. se hicieron palpables en cada sesión durante la revisión de los compromisos semanales. Era capaz de discriminar cuando surgían los eventos privados aversivos, detectaba las respuestas automáticas aprendidas dirigidas al control de pensamientos y evitación de estados fisiológicos aversivos, y era capaz de detenerlas para dirigir sus acciones hacia otra dirección. En la semana correspondiente a la sesión 8 se reincorporó al trabajo y, en la última sesión reportó que solo había sentido una o dos dificultades semanales en los momentos de las comidas. Explicitó que volvía a sentirse unido a su pareja, compartiendo “momentos cariño” vía Skype. Además, se había vuelto a unir a la reunión grupal vía online con sus amigos. En consecuencia, sus manifestaciones de ansiedad (pensamientos anticipatorios, alteración del ritmo cardiaco, opresión torácica, ...) y el estado emocional depresivo (sentimientos de inutilidad, autoconcepto bajo...) disminuyeron sustancialmente respecto a la sesión inicial. De forma paralela a la emisión de conductas con significado personal F. fue verbalizando pensamientos que mostraron el grado de mejoría y adaptación al nuevo contexto en el que se encontraba tales como “Me siento más capacitado para enfrentarme a la ansiedad” o “Siento que ahora tengo herramientas para que no me vuelva a pasar esto”.

### *Seguimiento*

El primer seguimiento quincenal reportó un nuevo aumento de la ansiedad debido a circunstancias laborales, aseguró sentirse molesto por volver a notar unas cotas de ansiedad elevadas que le repercutían en los momentos de las comidas y expresó miedo a volver a dejarse llevar otra vez por la ansiedad. Pero verbalizó que se sentía capaz de seguir acudiendo al trabajo y seguir comprometido con su pareja y amigos. En el segundo seguimiento mensual, reportó no sufrir ansiedad elevada desde hacía varias semanas y sentirse muy satisfecho con la manera que estaba afrontando “la nueva normalidad”. Los problemas para ingerir alimentos se habían reducido a una o dos veces al mes.

### **Discusión**

El fin último del presente artículo fue mostrar la adaptación de una intervención psicológica basada en ACT (Hayes et al., 2012) pero con un formato online, breve y en un contexto de emergencia sanitaria. Atendiendo a los resultados del caso, la intervención se mostró eficaz en diversos aspectos relativos, tanto a la sintomatología general como, en lo más significativo, en lo relativo a la aparición e incremento de conductas adaptativas en aquellas áreas de la vida del paciente que consideraba valiosas.

De acuerdo con ACT, se intentó que F. discriminara su patrón de regulación verbal inflexible y limitante, así como las consecuencias obtenidas a corto y largo plazo resultantes de dicho patrón. Se facilitó claves contextuales para que pudiera enmarcar su conducta en relación jerárquica con el déictico “yo”, permitiendo defusionarse con los pensamientos y estados fisiológicos aversivos. Y, por otro lado, se fomentó que F. fijase la atención en las funciones apetitivas de augmental y emitiera acciones coordinadas con ellas. El denominado augmental hace referencia a la alteración de las propiedades reforzantes de estímulo vía verbal, y augmenting se define como una conducta gobernada por reglas debido a redes relacionales que alteran el grado en que los eventos funcionan como consecuencias (Valdivia y Luciano, 2006). Estas reglas verbales permiten contactar con consecuencias abstractas, que pueden ejercer influencia sobre la conducta sin haber sido enjuiciadas personal y directamente; es el caso por ejemplo de lo que el imaginario colectivo refiere como valores. ACT ha mostrado en diferentes estudios el papel que juega la evitación experiencial como fuente de la psicopatología humana (Hayes et al., 1996), así como las ventajas que proporciona las intervenciones basadas en la aceptación frente a las intervenciones tradicionales basadas en el control o distracción (Barnes-Holmes et al., 2004). Publicaciones recientes muestran la efectividad en la tolerancia del dolor del uso de protocolos dirigidos a la defusión cognitiva con interacciones clínicas que evocan funciones augmental apetitivas (Gil-Luciano et al., 2016). De forma general, ACT es un modelo terapéutico que ha mostrado eficacia para problemas psicológicos muy diversos (Öst, 2014).

No obstante, en el contexto que tuvo lugar esta intervención, los ejercicios experienciales dirigidos a la fisicalización del patrón de conducta de F., en especial aquellos que requerían realizar movimientos físicos durante las sesiones presenciales, fueron sustituidos por ejercicios virtuales, los cuales mostraron resultados positivos. La idea de una estrategia breve centrada en los eventos privados con mayor carga aversiva facilitó una actuación eficaz, sin embargo, no se exploró la totalidad de los contextos en el que la respuesta de evitación/escape de otros eventos privados aversivos se producía. ACT es una terapia basada en un entrenamiento en múltiples ejemplos, una intervención en un contexto general presencial hubiera permitido un mayor número de sesiones de entrenamiento dirigidos a la generalización de cada una de las habilidades entrenadas. Estas modificaciones, aún siendo diferentes a la intervención que generalmente se realiza en situaciones de no pandemia, tuvieron sus frutos. F consiguió deslitalizarse de los eventos privados aversivos que habían adquirido una función discriminativa para su conducta, y consiguió reanudar su actividad laboral, el contacto social y con su pareja, e ingerir comida sin atragantamientos.

Es importante destacar que la metodología del presente caso no permite establecer con seguridad la eficacia de cada una de las técnicas utilizadas, no obstante, a juzgar por los resultados obtenidos y la evaluación realizada mediante impresión clínica se pueden realizar, las siguientes observaciones: (a) el uso de autorregistros y de metáforas resultaron útiles para facilitar que F. pudiera discriminar su patrón de conducta problemático; (b) la utilización de ejercicios experienciales, especialmente aquellos centrados en la defusión cognitiva, se mostraron eficaces para la discriminación de la rumia, y resultaron facilitadores para crear un contexto de entrenamiento durante las sesiones; en el que se permitió entrenar la emisión de respuestas incompatible a la evitación de los eventos privados aversivos. Además, se trataba de ejercicios que pudieron ser replicados por el usuario en el periodo intersesiones (como durante las charlas telefónicas, lectura o el visionado de películas); (c) la exposición a estados fisiológicos aversivos, fue una técnica muy eficaz en relación con las dificultades para ingerir comida y la reincorporación laboral; (d) la clarificación de valores, unidos al establecimiento y consecución de tareas semanales acordes a aquellos, permitió el acceso a reforzadores positivos y al incremento de

un estado de ánimo positivo. Todo ello es consistente a las estrategias fundamentales de ACT citadas en párrafos anteriores (Törneke et al., 2015).

A pesar de los resultados positivos obtenidos, la brevedad de la intervención impidió, atender ciertos miedos y dudas de carácter existencial que el usuario verbalizó en las fases de la intervención centradas en la clarificación de valores. Adicionalmente, se identificaron algunas dificultades en las sesiones que implicaron que F saliera de casa. En este sentido cabe considerar las limitaciones identificadas en relación con la adaptación de la intervención psicológica en formato telefónico, entre ellas: la única fuente de información del terapeuta fueron el resultante de las verbalizaciones del usuario (a menudo se produjeron silencios largos, siendo difícil discernir si en esos momentos el paciente ponía en marcha estrategias de afrontamiento no acordes a la intervención); las sesiones telefónicas tuvieron complicaciones derivadas de los cortes de comunicación debido a la pérdida de cobertura, siendo imposible moldear en esos momentos la conducta del paciente; y, la imposibilidad de presentar otras modalidades estímulares, como la estimulación táctil o visual, como herramienta útil para que el paciente pudiera centrar la atención. Por último, cabe mencionar la reactancia que se produjo por parte del paciente en los momentos en los que debía enseñar material escrito a través de la cámara.

Los resultados de este caso sugieren la viabilidad de ACT en nuevos formatos de intervención. Aunque ACT ha obtenido clara evidencia como una tecnología eficaz para el tratamiento de diferentes alteraciones, como la depresión (Ruiz, 2010), el trastorno de ansiedad generalizada (Roemer y Orsillo, 2007) o el trastorno de estrés post traumático (Orsillo y Batten, 2005), entre otros, más investigación sería necesario para mostrar evidencias sobre la eficacia de este tipo de terapia en un formato online y breve aplicado en situaciones de emergencias.

Del presente trabajo pueden extraerse algunas implicaciones prácticas. Entre las que cabe mencionar: la importancia de realizar una intervención rápida y breve, en situaciones de emergencia social para no cronificar la sintomatología; la posibilidad de adaptar una aproximación terapéutica diseñada para la intervención presencial a un formato online, mostrando la utilidad de la tecnología como

herramienta facilitadora del tratamiento; contar con un contexto terapéutico en línea que permite brindar la oportunidad de trabajar las conductas problemáticas en el contexto natural en el que suceden, permitiendo moldear conductas que son difíciles de realizar en una consulta presencial debido a las dificultades que conllevan dada su particular topografía (e.g., comer un plato de comida caliente); adicionalmente, la modalidad terapéutica realizada supuso la flexibilidad horaria, el bajo coste económico y el ahorro de tiempo propios de la telepsicología (e.g., ahorro de tiempo en desplazamientos); todo lo cual pudiera ser un importante facilitador de la adherencia tratamiento.

A pesar de los resultados positivos de esta intervención, la intervención realizada presentó algunas limitaciones. A saber, la ausencia de una evaluación sistematizada, con instrumentos validados, en distintas fases temporales (medidas pre- y post- tratamiento) lo que impiden contrastar el cambio en aquellas variables objeto de la intervención. El cambio de contexto social y sanitario que sucedió paralelamente al avance de la intervención, como fue el descenso del número de contagios y defunciones diarias, los cuales pudieron contribuir a la disminución del miedo y del nivel de ansiedad percibida por F, lo que impide saber con precisión si la mejora del paciente fue debido a la intervención en sí o a la mejora del contexto. Por último, al tratarse de un estudio de caso dificulta la extrapolación, interpretación y generalizaron de los resultados obtenidos en el presente trabajo.

De cara a futuros trabajos, se recomienda la conveniencia de disponer de protocolos adaptados a situaciones de emergencia y pandemia. Esto supone la adaptación de instrumentos al formato online de aplicación rápida y accesible para el paciente, así como contar con instrucciones precisas sobre el encuadre terapéutico con el paciente. Específicamente, protocolos sobre terapia online, en el que se detallan las recomendaciones concretas que favorezcan la comunicación telemática y la optimización de sus potenciales efectos. En este sentido, un claro reto de futuro es la necesidad de contar con protocolos científicamente validados desde la ACT en situaciones de pandemia y emergencia.

A pesar de las limitaciones del estudio presentado, y de las recomendaciones enunciadas para el futuro, el presente estudio de caso sugiere la viabilidad de una intervención

online con un protocolo breve que incluye las bases propias del modelo ACT.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5*. (5ª ed.). Autor. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Barnes-Holmes, D., Cochrane, A., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I. y McHugh, L. (2004). Psychological Acceptance: Experimental Analysis and Theoretical interpretations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 517-531.
- Gil Luciano B., Ruiz, F.J., Valdivia, S. y Suárez Falcón, J. C. (2016). Promoting Psychological Flexibility on Tolerance Tasks: Framing Behavior through Deictic/Hierarchical Relations and Specifying Augmental Functions. *The Psychological Record*, 67, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s40732-016-0200-5>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition* (2ª ed). Plenum Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Emotional Avoidance and Behavioral disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change* (2ª ed.). Guilford Press.

- Ministerio de Sanidad. (2020). *Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias* [Informe Técnico]. Recuperado de <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf>
- Orsillo, S. M. y Batten, S. V. (2005). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Behavior Modification*, 29(1), 95–129. <https://doi.org/10.1177/0145445504270876>
- Öst L. G. (2014). The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105–121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>
- Ramírez-Ortiz J., Castro-Quintero D., Lerma-Córdoba C., Yela-Ceballos F. y Escobar-Córdoba F. (2020). Mental Health Consequences of the COVID-19 Pandemic Associated with Social Isolation. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4), Artículo 930. <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Real decreto 463/2020, de 14 de marzo, para por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín oficial del Estado, 67, de 14 de marzo de 2020, 25390 a 25400. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>
- Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2007). An Open Trial of an Acceptance-Based Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*, 38(1), 72–85. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.04.004>
- Ruiz, F. J., Flórez, C. L., García-Martín, M. B., Monroy-Cifuentes, A., Barreto Montero, K., García-Beltrán, D. M., Riaño-Hernández, D., Sierra, M. A., Suárez-Falcón, J. C., Cardona-Betancourt, V. y Gil-Luciano, B. (2018). A Multiple-baseline Evaluation of a Brief Acceptance and Commitment Therapy Protocol Focused on Repetitive Negative Thinking for Moderate Emotional Disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9,1–14. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.04.004>
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y. y Bond, F. (2015). Relational Frame Theory and three core strategies in understanding and treating human suffering. En R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes Holmes y A. Biglan (Eds.), *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 254–272). Wiley-Blackwell.
- Valdivia, S. y Luciano, M. C. (2006). Una revisión de la alteración de las propiedades reforzantes de los eventos en humanos [Alteration of the Consequential Properties of the Events in Humans: A Review.]. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 425–444.
- Wilson, K., G. y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso: un tratamiento conductual orientado a los valores* (1ª ed.). Pirámide.