

APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) A LA CONDUCTA INAPETENTE: UN ESTUDIO DE CASO

APPLICATION OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT) TO LOSS OF APPETITE: A CASE STUDY

Kevin Egúsquiza-Vásquez¹
Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú

Recibido: 02 de noviembre de 2015

Aceptado: 16 de diciembre de 2015

Como citarlo: Egúsquiza-Vásquez, K. (2015). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a la conducta inapetente: Un estudio de caso. *Interacciones*, 1(2), 93-104

RESUMEN

En este artículo se presenta un estudio de caso acerca de la conducta inapetente abordado desde la Terapia de Aceptación y Compromiso. En primer lugar, se concibió a la evitación experiencial como una dimensión transdiagnóstica común a diversas problemáticas humanas. Seguidamente, se revisó la historia del participante y se prosiguió con la evaluación del caso mediante el Cuestionario Parental de Aceptación y Acción (PAAQ) y un registro de duración de conducta, en base a todo ello se realizó un análisis funcional del caso. Posteriormente, se aplicó la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) con la finalidad de romper el repertorio de evitación y encaminar la vida de los principales involucrados hacia las acciones que se consideren valiosas; tras ello, se realizaron tres seguimientos. Finalmente, se analizaron y discutieron los resultados obtenidos a partir de los exitosos beneficios topográficos y funcionales reflejados de forma contingente a la aplicación de la ACT en el campo de los problemas de conducta alimentaria.

Palabras claves: Terapia de Aceptación y Compromiso, conducta inapetente, estudio de caso

ABSTRACT

In this article, a case study on the loss of appetite approached from the Acceptance and Commitment Therapy is presented. First, experiential avoidance was conceptualized as a transdiagnostic dimension, common to various human problems. Then, the story of the participant was reviewed and the assessment of the case was done by the Parental Acceptance and Action Questionnaire (PAAQ) and a record length of conduct; based on all of them, a functional analysis of the case was conducted. Subsequently, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) was applied in order to break the avoidant repertoire and route the path of life towards the valued actions; after that, three follow-ups were conducted. Finally, the results obtained from topographic and functional successful benefits were analyzed and discussed, contingent on the application of ACT in the field of eating behavior problems.

Key words: Acceptance and Commitment Therapy, loss of appetite, case study

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una terapia conductual y contextual que forma parte de las denominadas terapias contextuales (Hayes, Stroschal & Wilson, 2014; Pérez-Álvarez, 2014). La ACT sienta sus bases en el contextualismo funcional y en la teoría del marco relacional para entender y explicar el comportamiento humano. En tal sentido, explicará cualquier problemática humana a partir de un análisis del *acto-en-contexto*, entendiéndose por éste a cualquier conducta cumpliendo una función en un determinado contexto, y de la implicancia del lenguaje en la configuración de la rigidez psicológica (Egúsquiza-Vásquez, 2015; Hayes, 2004; Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001; Wilson & Luciano, 2002).

El modelo de flexibilidad psicológica que subyace a la ACT está constituido por una serie de procesos que favorecen a la adaptabilidad y el funcionamiento humano (Hayes et al., 2014). En este marco, el dolor sería visto como una consecuencia natural del vivir, mientras que el sufrimiento *innecesario* sería más bien una consecuencia de la rigidez psicológica que, a través de procesos verbales, le impide a la persona adaptarse a un contexto, sea interno o externo (Hayes, 2013). De esta manera, a medida que dicha rigidez se consolide, el repertorio conductual se hará cada vez más estrecho, lo que dificultará emprender nuevas acciones frente a un problema y que, eventualmente, la persona termine repitiendo un mismo patrón de comportamiento. A corto plazo, dicho patrón es capaz de provocar un alivio del malestar pero, con el paso del tiempo, esto solo consigue limitar la verdadera forma en que las personas desearían vivir. A esta condición se le denomina: el *Trastorno de Evitación Experiencial* (Luciano & Hayes, 2001).

El Trastorno de Evitación experiencial (TEE) coloca a la evitación experiencial o vivencial (Hayes et al., 2014) como una dimensión funcional para el diagnóstico frente a las categorías nosológicas tradicionales propuestas por el DSM o CIE. En ese sentido, la evitación experiencial se constituye como una dimensión transdiagnóstica (Pérez-Álvarez, 2012) común a diversos trastornos psicológicos y, en un modo más general, a una amplia gama de problemáticas humanas. Prueba de ello es el crecimiento exponencial que han tenido las intervenciones ACT en múltiples problemáticas durante los últimos años, y en las

que se ha evidenciado su utilidad en problemas clínicos como los ataques de pánico (Carrascoso, 1999; Eifert et al., 2009), la agorafobia (Zaldívar & Hernández, 2001), las fobias (Ossman, Wilson, Storaasli & McNeill, 2006; Páez & Gutiérrez, 2012), el trastorno obsesivo compulsivo (Twohig, 2009; Twohig, Hayes & Masuda, 2006; Twohig et al., 2010), la depresión (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans & Geller, 2007; Ruiz-Sánchez, Cangas & Barbero, 2014; Zettle, 2007), el consumo y abuso de sustancias (Batten, & Hayes, 2005; Luoma, Kohlenberg, Hayes, & Fletcher, 2012; Twohig, Shoenberger, & Hayes, 2007), la sintomatología delirante (García, Luciano, Hernández & Zaldívar, 2004), la sintomatología psicótica (Bach, Hayes & Gallop, 2012; Gaudiano & Herbert, 2006) y la personalidad límite (Morton, Snowden, Gopold & Guymer, 2012). Asimismo, ha logrado buenos resultados en el abordaje de enfermedades crónicas como la fibromialgia (Wicksell et al., 2013) o el lupus eritematoso sistémico (Páez & Gutiérrez, 2012); e incluso, en problemas no clínicos como el rendimiento deportivo (Ruiz, 2006; Ruiz & Luciano, 2009) o el estigma y prejuicio (Hayes et al., 2007; Masuda et al., 2007).

Dentro de los problemas de conducta alimentaria, ACT ha demostrado su utilidad al momento de abordar los atracones (Lillis, Hayes & Levin, 2011), la insatisfacción con la imagen corporal (Pearson, Follette & Hayes, 2012) así como la anorexia y la bulimia (Berman, Boutelle & Crow, 2009; Heffner, Sperry, Eifert & Detweiler, 2002; Juarascio et al., 2013), de hecho, los avances en este tipo de problemas también han incluido el desarrollo de instrumentos de evaluación específicos (Sandoz, Wilson, Merwin & Kellum, 2013). Respecto a la aplicación de ACT en población infantil, algunos autores señalaron en su momento las limitaciones de poder trabajar con ellos debido a la dificultad que podría suponer traducir el énfasis que pone esta intervención en los procesos verbales y los valores personales en la práctica clínica, dada su naturaleza "abstracta"; sin embargo, lo cierto es que en la actualidad existen notables esfuerzos (Greco & Hayes, 2008) por adaptar e implementar cada vez mejor las intervenciones ACT en población infantil, sea mediante un trabajo directo o con la colaboración de los padres. El último antecedente de gran

relevancia es una reciente revisión sistemática (Swain, Hancock, Dixon & Bowman, 2015), publicada en el *Journal of Contextual Behavioral Science* (revista de la *Association for Contextual Behavioral Science*, ACBS), que ha puesto en manifiesto los alcances terapéuticos más significativos en niños y adolescentes con diversas problemáticas.

El objetivo común a todos los estudios reseñados es la ruptura del repertorio de evitación a través de la aceptación de los eventos privados evitados y el distanciamiento de sus funciones verbales, para lograr que la persona pueda dirigir su vida hacia las metas que considere valiosas. A continuación, se expondrá un estudio de caso que pretende mostrar la viabilidad de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a través de una ilustración sobre la aplicación de esta novedosa intervención en los casos de conducta inapetente.

MÉTODO

Participante e historia del problema

Katniss es una niña de 10 años, que vive con ambos padres y su hermano menor. La madre acude a consulta pues refiere que su hija demora excesivamente en consumir sus alimentos o sencillamente no los ingiere. Las primeras manifestaciones de este tipo de conductas datan de hace aproximadamente seis meses, al poco tiempo del fallecimiento de la abuela paterna de K., quien durante la infancia de ésta había cumplido el rol de cuidadora mientras los padres se dedicaban a trabajar para solventar los nuevos gastos de su segundo hijo. En un inicio, los padres consideraron que esta conducta era parte del proceso de duelo que pasaba K.; sin embargo, con el transcurrir de las semanas dicha conducta se mantuvo pese a que K. ya había retomado sus actividades con normalidad.

Por otra parte, al padre de K. le afectó tanto la pérdida de su madre que fue llevado a terapia psicológica pues ya no quería trabajar, cuestión que si bien fue superada propició que ambos progenitores formaran una empresa de transporte para no correr el riesgo de quedarse sin solvencia económica. En este punto, la madre refiere que su esposo comenzó a ser más indulgente en la crianza de sus hijos, pasaba por alto las travesuras de su hija e incluso las celebraba, motivos por los cuales mantenían discusiones constantes. La

empresa les ha venido demandado a ambos padres buena parte de su tiempo, de hecho, un par de semanas antes de la primera consulta el padre renunció a su trabajo para dedicarse por completo al negocio que, según refiere la madre, les trae buenas ganancias, pero que ha empeorado la implicación de su esposo en el hogar.

Conforme pasó el tiempo, la madre comenzó a sentirse cada vez más agobiada y poco a poco empezó, al igual que el padre, a evitar las llamadas de atención a sus hijos. Esta situación favoreció, entre otras cosas, a que K. llegase a demorar más de dos horas en terminar su comida e incluso a argumentar que no tenía hambre o que se sentía llena a mitad del plato. Esto se agravó cuando K. comenzó a regresar íntegro el refrigerio que se le enviaba a la escuela, la madre sugirió supervisión por parte de la tutora para vigilar a K. pensando que su hija compraba alguna golosina o, en su defecto, sus compañeros eran quienes le invitaban algo de comer, mas la tutora confirmó que K. solo jugaba con los demás niños. Ante ello, la madre ha optado por llevarla a un médico pediatra y un nutricionista, quienes coincidieron en la ausencia de un compromiso biológico. Actualmente, la madre se encuentra muy preocupada por esta situación pues teme que su hija pueda contraer alguna enfermedad, en tanto que K. considera que su madre exagera y que no comprende que se llena muy rápido con toda la comida que le sirven.

Evaluación y Análisis funcional del caso

Las primeras sesiones estuvieron dedicadas a propiciar una buena relación terapéutica entre el terapeuta, K. y su madre, de manera que posibilitara una adecuada recolección de información relevante sobre el caso, al mismo tiempo que propiciara el establecimiento un contexto favorable para la intervención. Se administró el *Parental Acceptance and Action Questionnaire (PAAQ; Cheron, Ehrenreich & Pincus, 2009)* en una versión adaptada al español especialmente para los propósitos de esta investigación, con la finalidad de medir el grado de evitación experiencial parental que presentaba la madre. Se empleó un registro de duración de conductas para medir el tiempo que le tomaba a K. concluir su almuerzo. Asimismo, se solicitó a la madre traer a sesión fotografías de todas las comidas que le servía a K. para corroborar que la proporción de alimentos

sea la adecuada.

La información obtenida permitió elaborar un *diagrama de análisis funcional* (Haynes, Godoy & Gavino, 2011; Montgomery, 2014) del caso como sigue (Figura 1): El fallecimiento de la abuela paterna ha venido trayendo repercusiones tanto en la conducta de K. como en la de su padre. Del mismo modo, la gran cantidad de tiempo dedicada a la empresa familiar ha contribuido a exacerbar las discusiones conyugales y al poco involucramiento del padre en las pautas de comportamiento de K.; asimismo, la indulgencia del padre para con los comportamientos de su hija ha generado constantes conflictos de pareja, que se han traducido en un estado de irritabilidad por parte de la madre. En este contexto, K. demora en almorzar más de dos horas, revuelve la comida con los utensilios o, simplemente, se niega a comer lo que le han servido en la mesa del comedor. Para conseguir todo ello, la madre le grita una y otra vez desde la cocina, sin embargo, al no obtener el efecto que esperaba, la madre se cansa y deja de llamarle la atención. Luego, le invaden experiencias privadas de culpa y de preocupación por la salud de su hija, desea intentar llamarle la atención nuevamente pero enseguida se frustra

por no cumplir su “deber como madre” y termina evitando la situación. Así, desde una perspectiva contextual y funcional, el problema de K. podría ser definido como un Trastorno de Evitación Experiencial presente en su madre y soslayadamente también en la propia Katniss.

Procedimiento

La intervención llevada a cabo fue la Terapia de Aceptación y Compromiso, en consecuencia con ello se utilizó el modelo de flexibilidad psicológica y sus seis procesos esenciales, plasmados en el *hexaflex* (Figura 2), para favorecer un verdadero cambio en la vida de K. y la de su madre. Es así que el objetivo de la intervención se centró en que ambas (madre e hija) puedan continuar con sus vidas aprendiendo a convivir con todo aquello que no es susceptible al cambio, y comprometiéndose con aquellas cosas que cada una considera valiosas para sí misma.

La terapia mantuvo una estructura de sesiones semanales, de aproximadamente una hora de duración, realizadas en un periodo de un mes y medio. Se realizaron dos sesiones de evaluación y cuatro sesiones de tratamiento; sumado a esto, se hicieron tres sesiones de seguimiento al cabo del

Figura 1

Diagrama de análisis funcional del caso

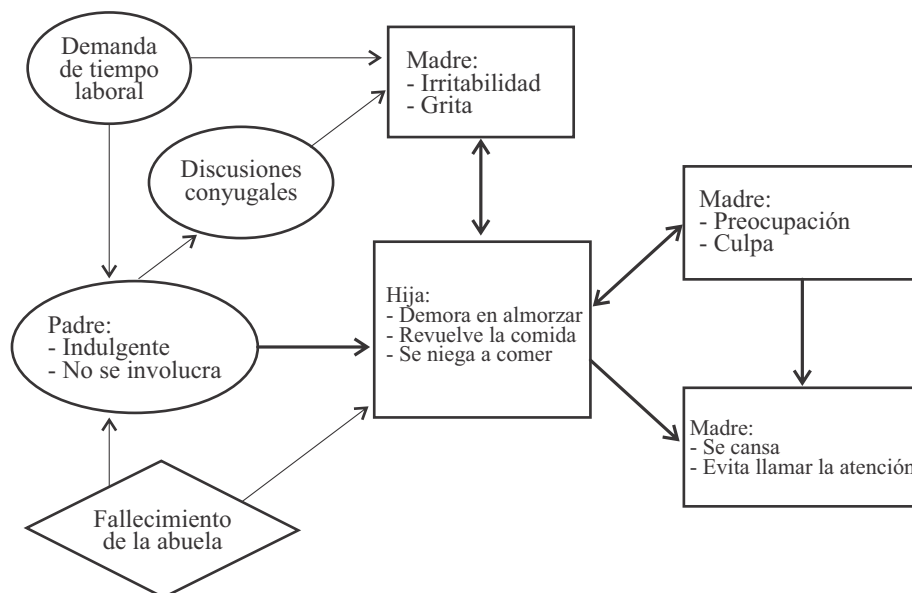


Figura 1. Diagrama de análisis funcional del caso. Las casillas representan las variables identificadas en el caso, éstas son de tres tipos: óvalos (causales o mediadoras), romboides (causales inmodificables) y rectángulos (problema o efecto de un problema). Las flechas representan la relación causal entre las variables, de acuerdo a su dirección existen dos tipos: unidireccionales y bidireccionales. La importancia del problema, la modificabilidad de las variables y la fuerza de su relación son expresadas mediante el grosor de las líneas y flechas.

primer, segundo y tercer mes de haber culminado la intervención. Las sesiones contaron con la presencia de K. y su madre, la mayor parte del tiempo se trabajó con ellas por separado, salvo en algunas ocasiones en las que se solicitó que ambas estuvieran juntas. Todas las sesiones fueron grabadas en audio con el permiso correspondiente, y para fines de investigación se alteró la identificación de los participantes.

A continuación, se expone el procedimiento general empleado en el caso a la luz de los objetivos terapéuticos planteados y los componentes centrales de ACT. Se advierte la ausencia de una descripción de cada una de las sesiones, en cambio se desarrolla el trabajo realizado sobre los propios procesos de cambio a lo largo de las sesiones, pues la esencia del modelo de flexibilidad psicológica implica trabajar varios procesos en simultáneo en aras de guardar coherencia con el propio discurso del consultante.

Promover una experiencia de desesperanza creativa

La intervención inició con el objetivo específico de promover en la madre de K. una sensación de desesperanza creativa, que en síntesis busca

facilitar que el consultante pueda notar la discrepancia entre lo que desea, lo que hace y lo que obtiene a partir ello. En ese sentido, se buscó que la madre sea capaz de experimentar que todas las conductas que había llevado a cabo para hacer frente al problema no habían traído resultados favorables a largo plazo, por el contrario, habían agravado la situación.

Para ello, se utilizó una adaptación de la *metáfora del tigre* (Hayes, 2013) de modo que pueda cumplir una equivalencia funcional consistente y significativa para este caso en particular. En un principio, la madre se sintió mucho más apenada y frustrada que cuando había relatado, por propia cuenta, el problema durante las sesiones de evaluación; asimismo, manifestó sentir culpa por haber contribuido de alguna u otra forma a que paulatinamente pierda las cosas valiosas para ella (la salud de K., la relación madre-hija, etc.) a la vez que mostró interés por encontrar una salida. En este punto, se valoró que ella haya notado que sus métodos no habían sido eficaces y que era necesario retomar las cosas importantes.

En consonancia con este último aspecto -el cambio- se trabajó la *metáfora de los dos escaladores* (Wilson & Luciano, 2002), que en esencia promueve que el consultante caiga en cuenta que es él quien debe ser el principal protagonista de su propio cambio, mientras que la función del terapeuta se circunscribe a acompañarlo en ese proceso mas no a solucionarle los problemas pues cada uno está “escalando su propia montaña”. Esta experiencia fue bastante útil ya que la madre de K. logró entender un poco mejor el sentido del cambio, quién debía implicarse y hacia dónde apuntaba la terapia.

Contactar con el momento presente

En general, todos los procesos de ACT están relacionados con el presente, pues se entiende que los beneficios perseguidos implican situar a la persona en un solo punto del cual tomará una perspectiva sobre sí mismo y el contexto en el que se desenvuelve (Hayes et al., 2014). Tomando como referencia este supuesto, todos aquellos eventos con una supuesta naturaleza temporal como las preocupaciones, las historias y demás construcciones sobre el “pasado” o “futuro” son considerados como el “presente”, en la medida que todos ellos cumplen una función en el “mo-

Figura 2
Modelo de Flexibilidad Psicológica “Hexaflex”

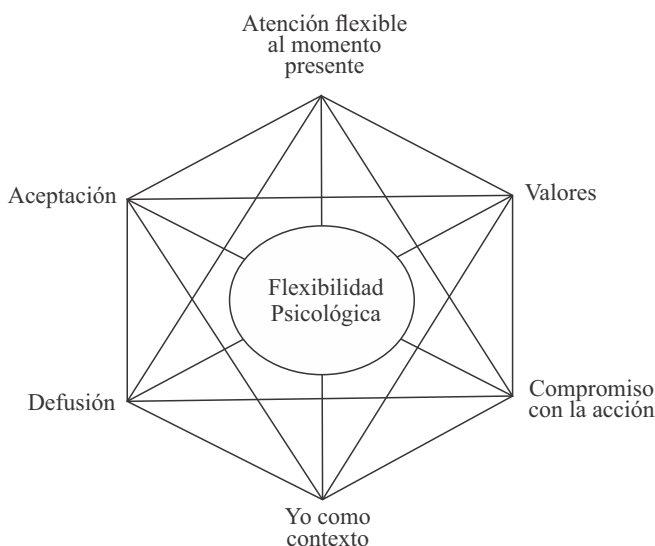


Figura 2. Modelo de Flexibilidad Psicológica “Hexaflex”. Adaptado de “Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)” por S. C. Hayes, K. Stroschal & K. G. Wilson, 2014, Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer, p. 109. Copyright 2014 por la Editorial Desclée De Brouwer.

mento presente” en el que surgen bajo determinados contextos.

La madre de K. vivía agobiada por las constantes discusiones que mantenía con su esposo debido a los comportamientos que realizaba el padre, ella consideraba que él era “un desconsiderado”, “un egoísta” y “una mala figura paterna”. Durante el día, tenía pensamientos acerca de su esposo y el papel que éste desempeñaba como padre, dichos eventos cumplían una función aversiva para ella, lo cual desencadenaba una serie de sensaciones de incomodidad e irritabilidad percibidas como “insoportables”. Esto desviaba su atención de lo que ella consideraba realmente importante: “ser una buena madre para su hija”. Ante ello, se introdujo el *ejercicio de observación del flujo de experiencia privada* (Stoddard & Afari, 2014; Wilson & Luciano, 2002). En este caso, lo que se buscó fue una experiencia de *presentificación*, por decirlo de algún modo; así el terapeuta debía guiar dicha experiencia mediante una serie de verbalizaciones que apuntaran a que la madre de K. note cómo esas sensaciones se presentan, qué ocurre en esos momentos de incomodidad o irritabilidad e invitarlas a ser parte del momento, sin pretender cambiarlas, alejarlas o acercarlas, por el contrario, observarlas y tratarlas como parte del “presente”, como una parte más de lo que acontece en ese momento. En un principio, la madre evidenció gestos que impresionaban no ser de su agrado, sin embargo, poco a poco estas sensaciones se fueron y dejaron que ella pueda ser más consciente de sus propios eventos privados, de lo que le rodeaba y de lo que podía hacer para conseguir aquello que consideraba valioso. Sin duda, este ejercicio ayudó mucho no solo a desarrollar la conciencia del momento presente, sino también a que los demás procesos puedan desenvolverse con mayor naturalidad.

Desliteralización de las funciones verbales

Uno de los puntos más esenciales en la intervención en ACT es que las personas sean capaces de establecer diferencias entre las palabras, como eventos, y la función que éstas cumplen a través de un cambio en el contexto verbal (Luciano, Gutiérrez & Rodríguez, 2005). En este caso, la madre de K. pensaba que no era una “buena madre” y que no cumplía el rol que debería cumplir, frente a dichos pensamientos la

madre se veía impedida de poder tomar acciones concretas y coherentes respecto a lo que deseaba en el comportamiento de su hija, por el contrario, evitaba entrar en contacto con la situación, como ya se había mencionado, la madre gritaba a su hija para que ésta se apurase en comer, sin embargo, lo hacía desde otro ambiente (la cocina), dicha estrategia representaba una sutil pauta de evitación por enfrentarse a un contexto aversivo.

De esta manera, uno de los objetivos de la intervención fue que ella pudiera ver a todas aquellas experiencias privadas (sentimientos, emociones, pensamientos, etc.) como lo que son y no por lo que contienen, aun si se diera el caso que éstas siguieran apareciendo. Por ello se optó por utilizar la *metáfora de los pasajeros del autobús* (Hayes et al., 2014) que consistió en objetivar el lenguaje convirtiendo los pensamientos en personas con el fin de “defusionar” el contenido verbal de las palabras representadas en los pensamientos de las emociones a las que están asociadas. En un principio, la madre de K. mostró cierta incomodidad por tener que escuchar lo que le decían estos “pasajeros” (p.ej.: “que mala madre eres”, “ella se va a enfermar” y “serás la culpable”), pero con el transcurrir del tiempo, logró notar que en reiteradas ocasiones se dejaba llevar por el contenido de éstos y terminaba actuando de una manera contraria a lo que ella deseaba para su vida y la de su hija. Asimismo, esta metáfora fue de gran ayuda en trabajos posteriores pues le permitió identificar qué “pasajeros” le estaban hablando en aquellos momentos que le eran difíciles de afrontar en el día a día.

Brindar una perspectiva del yo como contexto

Como se ha mencionado, uno de los desafíos de ACT es lograr traducir conceptos abstractos, como el *yo como contexto*, a la práctica clínica en población infantil. Algunos autores sostienen que esto es una tarea difícil pues el uso de las metáforas puede ser un procedimiento que requiera de habilidades muy avanzadas para los niños; sin embargo, cabe resaltar que el uso de metáforas es solo un recurso que busca plantear un contexto que cumpla un correlato funcional respecto a lo experimentado por la persona, en ese sentido, podría ser perfectamente reemplazado con un relato o historia que sea más próxima a la experiencia de cada niño.

Por ello, se buscó que K. exponga contextos similares, en términos funcionales, a los que vive en su día a día; evidentemente, no se le dio dicha consigna tal cual. Es así que se conversó acerca de los programas de televisión que a ella le agradaban, en especial, a aquellos personajes significativos que le parecían “graciosos” o “geniales”. Uno de ellos captó la atención por el repertorio conductual que poseía, y más aún por la función que cumplía en determinados contextos. K. comentó que este personaje animado le parecía “genial” pues cuando se veía forzado a hacer caso por órdenes de su superior, siempre encontraba una forma de “salirse con la suya”, de hecho, en ocasiones recurría a esperar que su “jefe” se harte de su comportamiento para que pueda evitar cumplir “las misiones aburridas” y dedicarse a lo que le genera “diversión”.

Este relato fue importante para generar en K. una perspectiva del yo como contexto. Así, se situó al personaje en un contexto en el cual tenga que cumplir una misión “aburrida” pero “valiosa” y “necesaria” percibida por K. como lo es salvar la vida de sus amigos. A partir de ello, evaluar qué eventos privados surgían y si ello hacía que dejara de ser quien es: un personaje divertido. Se podría decir que la conclusión alcanzada fue la siguiente: En ocasiones, habrán cosas que no nos gustan (órdenes, reglas, etc.) pero que independientemente de su contenido (es decir, lo que digan) éstas pueden apuntar a algo importante como lo es, por ejemplo, comer para mantenerse saludable mientras se vea o no programas de televisión, aun si esto implique quizá que en algún momento podamos sentir algo de aburrimiento.

Clarificación y construcción de valores

Uno de los principales objetivos común a todas las intervenciones en ACT es lograr que las personas puedan recorrer sus vidas de acuerdo con las cosas valiosas que desean para sí mismos, y que muchas veces se han dejado de lado por evitar eventos privados desagradables. En este caso, la madre de K. evidenciaba dificultades para reconocer los valores que le importaban y actuar en coherencia con ellos, pasaba gran parte de su tiempo agobiada por las discusiones que ella tenía con su esposo y los sentimientos de culpa y frustración sobre su función parental. Esta situación le dificultaba visualizar qué acciones concretas podría tomar para llevar la vida que

deseaba.

En ese sentido, se utilizó el *formulario narrativo de valores* (Hayes et al., 2014) que buscó esclarecer las directrices de actuación en diferentes áreas importantes (relaciones familiares, relaciones de pareja, esparcimiento, salud, etc.) y seguidamente, se continuó trabajando con el *cuestionario de vida basada en valores* (Hayes et al., 2014) que tuvo como finalidad, por un lado, identificar algunas áreas que el terapeuta y cliente podrían no haberse comunicado, y por otro, evaluar el grado de satisfacción y actuación en cada una de ellas. La madre de K. manifestó que una de las cosas más importantes para ella era la salud de los miembros que integraban su hogar, en este caso particular, la salud de su hija. Sentía que ella contribuía de algún modo a que esta situación se agrave, hecho que le generaba un malestar adicional. Además, notó que otra área importante para ella era la relación que mantenía con su esposo, y que cuando sentía que su relación era insatisfactoria entonces esto solo la obnubilaba. Se analizaron algunas barreras que le impedían tomar las riendas de su vida y contemplar la posibilidad de emprender nuevas acciones más coherentes con lo que ella anhelaba.

Apertura a los eventos privados y compromiso con la dirección elegida

En términos generales, la intervención en ACT apunta a que la persona pueda aceptar aquellas experiencias privadas que experimenta como insostenibles y que pueda comprometerse hacia una dirección que sirva a los valores que considere importante. Por un lado, se concibe a la aceptación como la adopción voluntaria de una postura abierta, receptiva y flexible a entrar en contacto con eventos privados difíciles o con algunas situaciones o interacciones que posibiliten desencadenarlos. Por otro lado, se entiende al compromiso de acción como la realización de actividades en el marco de una dimensión temporal concreta, que a su vez se encuentre vinculada a la formación constante de una pauta de comportamiento al servicio de los valores que se defienden (Hayes et al., 2014).

Se empleó la *metáfora de llévate las llaves contigo* (Hayes et al., 2014) que coloca a los eventos privados que se ha estado evitando como las “llaves” que uno carga, proporciona así un recordatorio físico de los objetivos importantes (a

donde se dirige), los medios para andar (disposición) y lo que uno debe llevar consigo para avanzar (su historia y las reacciones que puedan producirle). El objetivo fue, por una parte, propiciar que la madre de K. pueda caer en cuenta que si “coge las llaves y se las lleva consigo” no impedirá que ella vaya hacia donde desee ir, y por otra parte, hacerle ver que si se “lleva las llaves” de manera voluntaria puede “abrir puertas” que de otro modo podrían seguir cerradas. Continuando el trabajo de apertura a los eventos privados, se vio necesario que dicho proceso se mantenga constante a través del compromiso con las cosas valiosas, en ese sentido se utilizó la *metáfora de la burbuja en la carretera* (Hayes et al., 2014) para señalar la relación entre la disposición y la habilidad para tomar una dirección valiosa, y de esta manera hacerle ver que una de las barreras más importantes a superar con el tiempo será el temor a no ser capaz de mantener las direcciones elegidas.

RESULTADOS

Los resultados de la intervención se reflejan a partir de las puntuaciones del Parental Acceptance and Action Questionnaire (PAAQ) y el registro de duración de conductas que se describen a continuación:

En la figura 3 se muestra la evolución de la

duración del tiempo (en minutos) que le toma a Katniss terminar su almuerzo. Se empleó el uso de registros desde la primera sesión de evaluación, en tanto que durante la segunda sesión de evaluación se continuó recabando información y fortaleciendo la relación terapéutica con la finalidad de promover un contexto para el cambio. Durante la fase de tratamiento se puede observar que desde la primera sesión se evidenció una disminución considerable (de 120 min. hasta 86 min.) del tiempo que K. demora en culminar su almuerzo. Luego, con el avance de las sesiones (desde la sesión 2 hasta llegar a la sesión 4) se logra disminuir paulatinamente dicha conducta para finalmente mantenerla entre un intervalo de 30 a 40 minutos. Posteriormente, en la fase de seguimiento se puede apreciar que tanto en el primer (al mes), en el segundo (a los dos meses) como en el tercer seguimiento (a los tres meses) se logró mantener la conducta en un intervalo estimado de 33 a 38 minutos.

En la figura 4 se observan los cambios en las puntuaciones del Parental Acceptance and Action Questionnaire (Cheron et al., 2009) a lo largo de la intervención. Se aprecia una disminución de las puntuaciones en los factores “Evitación” (46 a 25 pts.) e “Inactividad” (58 a 29 pts.) así como en la escala total del PAAQ (104 a 54 pts.) al término del tratamiento respecto a las medidas obtenidas en la fase de evaluación. Del mismo modo, se

Figura 3

Duración del almuerzo durante las etapas de la intervención

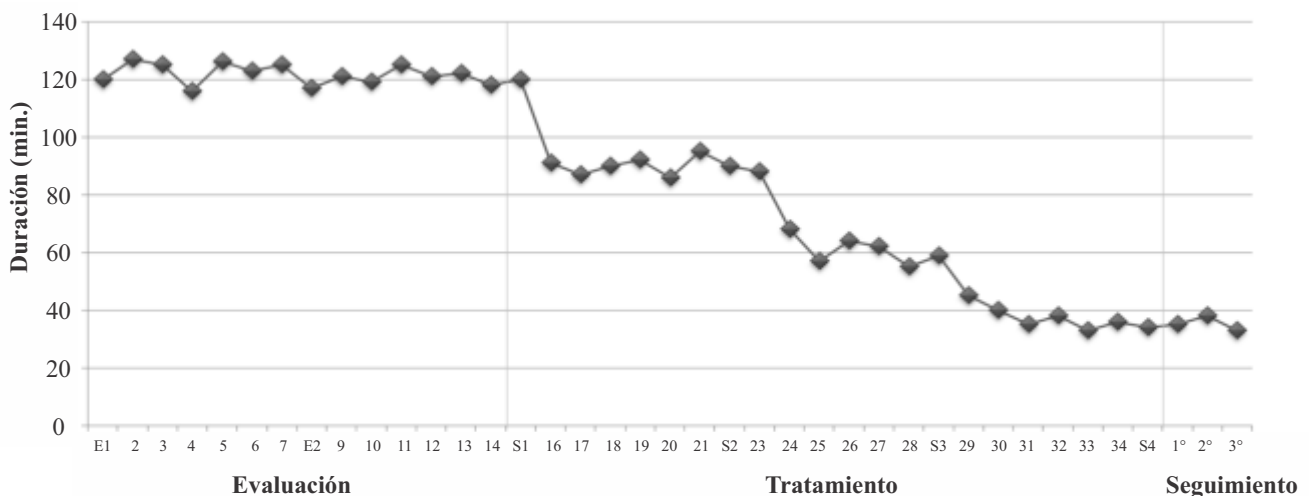


Figura 3. Duración del tiempo (en minutos) que le toma a Katniss terminar su almuerzo durante la fase de evaluación (“E1” y “E2” fueron las sesiones de evaluación), la fase de tratamiento (“S1”, “S2”, “S3” y “S4” representan las sesiones de tratamiento) y la fase de seguimiento (“1º”, “2º” y “3º” corresponden a los seguimientos al primer, segundo y tercer mes, respectivamente). Además, se presenta el reporte de la conducta en los días comprendidos entre dos sesiones contiguas lo largo de la intervención.

muestra una disminución relativamente constante durante los tres seguimientos realizados al cabo del primer, segundo y tercer mes de haber finalizado el tratamiento, llegando a obtener puntuaciones de 15, 18 y 33 para el factor “Evitación”, el factor “Inactividad” y la escala total del PAAQ, respectivamente.

Al finalizar el tratamiento, la madre señaló los cambios favorables que había conseguido hasta ese momento, reconoció que aún habían algunas cosas que le gustaría mejorar pero rescató que ya tenía “el camino más claro”, asimismo, Katniss manifestó haber notado que come más rápido y que su madre parece estar más pendiente de ella. En el primer seguimiento, la madre de K. refirió haber continuado con varios de los ejercicios trabajados en sesión y que éstos le

habían traído buenos resultados tanto para ella como para su hija; resaltó que si bien ocasionalmente mantenía discusiones con su esposo, esto ya no le impedía continuar con lo que era importante para ella. Durante el segundo seguimiento, la madre manifestó su alegría porque desde hacía buen tiempo su hija ya no demoraba en exceso terminar su almuerzo, además comentó que tampoco regresaba la comida que le enviaba al colegio. Tras el tercer y último seguimiento, la madre de K. se mostró satisfecha con el progreso que ella y su hija habían demostrado; refirió que actualmente su hija se toma un tiempo adecuado para comer, incluso cuando ella no está presente. Por su parte, Katniss expresó su agrado porque ahora su madre suele acompañarle durante el almuerzo y logran conversar de varios temas, y

Figura 4

Puntuaciones del Cuestionario Parental de Aceptación y Acción (PAAQ) y sus dos factores “Evitación” e “Inactividad”

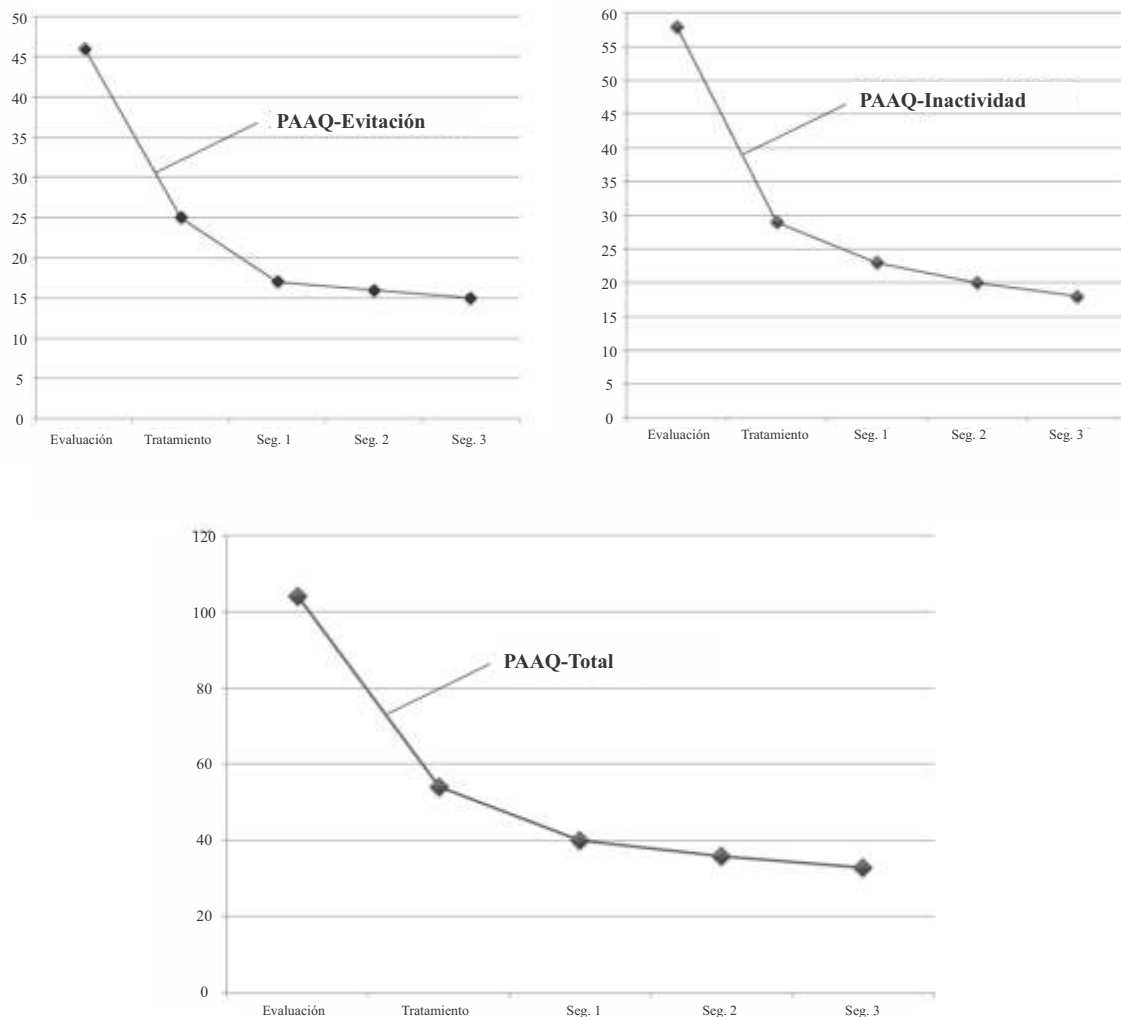


Figura 4. Puntuaciones obtenidas durante la fase de evaluación, el término del tratamiento, el primer seguimiento (Seg. 1), el segundo seguimiento (Seg. 2) y el tercer seguimiento (Seg. 3).

“sobretudo, ya no grita”.

DISCUSIÓN

Se ha presentado un caso exitoso en términos topográficos y funcionales, cuya evolución se ha visto favorecida, de un modo contingente a la aplicación de la ACT, en cambios positivos no solo en la conducta inapetente de Katniss sino en lo realmente importante: una vida dirigida hacia los valores importantes para Katniss y para su madre. Cabe señalar que desde el punto de vista de la Terapia de Aceptación y Compromiso, los síntomas no representan el foco de atención psicoterapéutica sino más bien la función que cumplen todos aquellos eventos privados experimentados como desagradables para la persona, y es justamente lo que se ha tratado de reflejar en el presente caso.

Un punto importante a destacar es la brevedad con la que ha sido abordado el caso, característica que no es solo propia de este estudio sino que es apreciada en muchos de los estudios en ACT (Ruiz, 2006; Ruiz-Sánchez et al., 2014). Tomando como punto de referencia este estudio, tal fenómeno puede deberse a dos cuestiones básicas en ACT: en primer lugar, la intervención apunta a trabajar en todo momento desde las raíces del lenguaje y la función que mantenemos con los eventos percibidos como desagradables, en segundo lugar, la dirección de la terapia está definida en base a las cosas que son más importantes en la vida de la persona, más allá del síntoma que pueda presentarse en la actualidad e incluso en el futuro, hecho que le suma una cuota de motivación adicional para el cambio que se persigue.

Sobre este último punto, cabe mencionar la importancia que ha tomado la clarificación de los valores personales en el caso presentado. Como se ha visto, en un principio la madre de K. tenía dificultades para reconocer qué cosas encaminaban su vida, pero tras la finalización de la intervención ella misma es capaz de reconocer que aún le quedan más cosas que debe mejorar, valores que no solo se circunscriben a su labor como madre o a su relación de pareja, sino a un sentido más personal. De manera análoga, se aprecia cómo la intervención no sólo trajo beneficios en cuanto al motivo de consulta sino que en realidad constituyó un abordaje que permitiese a

madre e hija vivir una vida más próxima a lo que ellas querían para sí mismas.

Por otra parte, es necesario realizar un análisis sobre las medidas de evaluación utilizadas en el caso y el verdadero indicador del progreso terapéutico. Para fines topográficos, se utilizó un registro de duración para la conducta inapetente de Katniss pues evidentemente representa una medida de evidencia acerca de la eficacia del tratamiento en este caso particular. Sin embargo, más importante aún fue comprender la relación funcional que la madre de K. establecía con la conducta problema, atendiendo a estos fines funcionales se valió del PAAQ que hurgó en la manera en que la madre se mantenía abierta a los eventos que pudieran darse y si emprendía acciones coherentes con lo que deseaba realmente, en pocas palabras, lo que se contrapone a la evitación experiencial. Esta reflexión es de suma importancia pues de avanzar en el tiempo y presentarse una conducta similar o algún evento privado que se evalúe inicialmente como desagradable, madre e hija puedan seguir con sus vidas “con” y no “a pesar de” lo que pueda acontecer.

Finalmente, se ha de destacar que si bien se fomentó que la madre se comprometiera con lo que era importante para ella y que, por propia decisión, ella comenzó a acercarse más a su hija, se podría pensar que en alguna medida este hecho provocó indirectamente que el tiempo que le tomaba a K. terminar su almuerzo sea más breve. No obstante, la presencia de la madre en la actualidad no es necesaria para que Katniss se sienta “obligada” a comer en un tiempo adecuado, ahora bien, esto tampoco es lo que se busca pues la madre considera que es un tiempo valioso que tienen ambas para conversar y fortalecer su relación.

CONCLUSIONES

Los logros obtenidos se han visto reflejados de manera topográfica y funcional en este estudio de caso, cuyo objetivo versó más allá del síntoma y se preocupó por encaminar las vidas de Katniss y de su madre de acuerdo a las metas que ellas consideraron valiosas para sí mismas, a través de una intervención relativamente breve y con medidas de evaluación coherentes con la filosofía subyacente al modelo. En suma, la aplicación de

la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se constituye como una novedosa y prometedora intervención para los problemas de conducta alimentaria y como una interesante ventana a seguir explorando en el abordaje de diversas problemáticas en población infantil.

REFERENCIAS

- Bach, P., Hayes, S. C., & Gallop, R. (2012). Long term effects of brief Acceptance and Commitment Therapy for psychosis. *Behavior Modification, 36*(2), 165-181. doi:10.1177/0145445511427193
- Batten, S. V., & Hayes, S. C. (2005). Acceptance and Commitment therapy in the treatment of comorbid substance abuse and post-traumatic stress disorder. A case study. *Clinical case studies, 4*(3), 246-262. doi:10.1177/1534650103259689
- Berman, M. I., Boutelle, K. N., & Crow, S. J. (2009). A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review, 17*(6), 426-434. doi:10.1002/erv.962
- Carrasco, F. J. (1999). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el Trastorno de Angustia con Agorafobia: un estudio de caso. *Psicothema, 11*(1), 1-12.
- Cheron, D. M., Ehrenreich, J. T., & Pincus, D. B. (2009). Assessment of Parental Experiential Avoidance in a Clinical Sample of Children with Anxiety Disorders. *Child Psychiatry & Human Development, 40*(3), 383-403. doi:10.1007/s10578-009-0135-z
- Egúsqüiza-Vásquez, K. (2015). Una aproximación a la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, 7*(3), 1-3.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*(4), 368-385. doi:10.1016/j.cbpra.2009.06.001.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification, 31*(6), 772-799. doi:10.1177/0145445507302202
- García, J. M., Luciano, M. C., Hernández, M., & Zaldívar, F. (2004). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema, 16*(1), 117-124.
- Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour Research and Therapy, 44*(3), 415-437. doi:10.1016/j.brat.2005.02.007
- Greco, L. A. & Hayes, S. C. (2008). *Acceptance and mindfulness treatments for children and adolescents: a practitioner's guide*. Oakland: New Harbinger.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioural and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*(4), 639-665. doi:10.1016/S0005-7894(04)80013-3
- Hayes, S. C. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida. La nueva Terapia de Aceptación y Compromiso*. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory. A post Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Bissett, R., Roget, N., Padilla, M., Kohlenberg, B. S., Fisher, G., ... Niccolls, R. (2004). The Impact of Acceptance and Commitment Training and Multicultural Training on the Stigmatizing Attitudes and Professional Burnout of Substance Abuse Counselors. *Behavior Therapy, 35*(4), 821-835. doi:10.1016/S0005-7894(04)80022-4
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer.
- Haynes, S. N., Godoy, A., & Gavino, A. (2011). *Cómo elegir el mejor tratamiento psicológico. Formulación de casos clínicos en terapia de comportamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H., & Detweiler, M. (2002). Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*(3), 232-236. doi:10.1016/s1077-7229(02)80053-0
- Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., Butryn, M., ... Lowe, M. (2013). Acceptance and Commitment Therapy as a Novel Treatment for Eating Disorders: An Initial Test of Efficacy and Mediation. *Behavior Modification, 37*(4), 459-489. doi:10.1177/0145445513478633
- Lillis, J., Hayes, S. C., & Levin, M. E. (2011). Binge eating and weight control: The role of experiential avoidance. *Behavior Modification, 35*(3), 252-264. doi:10.1177/0145445510397178
- Luciano, M. C., & Hayes, S. C. (2001). Trastorno de Evitación Experiential. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 1*(1), 109-157.
- Luciano, M. C., Gutiérrez, O., & Rodríguez, M. (2005). Análisis de los Contextos verbales en el trastorno de evitación experiential y en la terapia de aceptación y compromiso. *Revista Latinoamericana de Psicología, 37*(2), 333-358.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L. (2012). Slow and Steady Wins the Race: A Randomized Clinical Trial of Acceptance and Commitment Therapy Targeting Shame in Substance Use Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(1), 43-53. doi:10.1037/a0026070
- Masuda, A., Hayes, S. C., Fletcher, L. B., Seignourel, P. J., Bunting, K., Herbst, S. A., ... Lillis, J. (2007). Impact of acceptance and commitment therapy versus education on stigma toward people with psychological disorders. *Behaviour Research and Therapy, 45*(11), 2764-2772. doi:10.1016/j.brat.2007.05.008
- Montgomery, W. (2014). *Teoría, Evaluación y Cambio de la Conducta. Texto Universitario*. Lima: APTTA.
- Morton, J., Snowdon, S., Gopold, M., & Guymer, E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy group treatment for symptoms of Borderline Personality Disorder: A public sector pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(4), 527-544. doi:10.1016/j.cbpra.2012.03.005
- Ossman, W. A., Wilson, K. W., Storaasli, R. D., & McNeill, J. R. (2006). A Preliminary Investigation of the Use of Acceptance and Commitment Therapy in Group Treatment for Social Phobia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 6*(3), 397-416. doi:10.1016/j.brat.2005.10.002.
- Páez, M., & Gutiérrez, O. (2012). *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Pearson, A. N., Follette, V. M., & Hayes, S. C. (2012). A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(1), 181-197. doi:10.1016/j.cbpra.2011.03.001
- Pérez-Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología*

- moderna: la melancolía y la esquizofrenia*. Madrid: Ediciones Pirámide
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Ruiz, F. J. (2006). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para el incremento del rendimiento ajedrecístico. Un estudio de caso. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 77-97.
- Ruiz, F. J., & Luciano, M. C. (2009). Eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en la mejora del rendimiento ajedrecístico de jóvenes promesas. *Psicothema*, 21(3), 347-352.
- Ruiz-Sánchez, L. J., Cangas, A. J., & Barbero, A. (2014). Intervención breve de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en ancianos institucionalizados con sintomatología depresiva. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 445-458.
- Sandoz, E. K., Wilson, K. G., Merwin, R. M., & Kellum, K. K. (2013). Assessment of body image flexibility: The Body Image-Acceptance and Action Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2(1-2), 39-48. doi: 10.1016/j.jcbs.2013.03.002.
- Stoddard, J., & Afari, N. (2014). *The Big Book of ACT Metaphors. A Practitioner's Guide to Experiential Exercises & Metaphors in Acceptance & Commitment Therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., & Bowman, J. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for children: A systematic review of intervention studies. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(2), 73-85. doi:10.1016/j.jcbs.2015.02.001
- Twohig, M. P. (2009). The application of acceptance and commitment therapy to obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(1), 18-28. doi:10.1016/j.cbpra.2008.02.008
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 37(1), 3-13. doi:10.1016/j.beth.2005.02.001
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 705-716. doi:10.1037/a0020508
- Twohig, M. P., Shoenberger, D., & Hayes, S. C. (2007). A preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40(4), 619-632. doi:10.1901/jaba.2007.619-632
- Wicksell, R. K., Kemani, M., Jensen, K., Kosek, E., Kadetoff, D., Sorjonen K., ...Olsson G. L. (2013). Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: a randomized controlled trial. *European Journal of Pain*, 17(4), 599-611. doi:10.1002/j.1532-2149.2012.00224.x
- Wilson, K. G., & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Zaldívar, F., & Hernández, M. (2001). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Aplicación a un trastorno de evitación experiencial con topografía agorafóbica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 425-454.
- Zettle, R. (2007). *ACT for Depression: A Clinician's Guide to Using Acceptance & Commitment Therapy in Treating Depression*. Oakland: New Harbinger Publications.