



CAPÍTULO III

EFECTO DE UN PROTOCOLO BREVE DE ACT CON ADOLESCENTES



3.Efecto de un Protocolo Breve de ACT con adolescentes¹

Diana Rocio Riaño Hernández *
Universidad Católica de Pereira
diana.riano@ucp.edu.co

Laura Perea-Gil**
Pontificia universidad Javeriana
lperea@javeriana.edu.co

Paula Atehortúa ***
Pontificia universidad Javeriana
atehortuap@javeriana.edu.co

Cómo citar esta publicación:

Riaño-Hernández, D.R., Perea-Gil, L., & Atehortúa, P. (2019). Efecto de un Protocolo Breve de ACT con Adolescentes. En Iodice, R, & H, Aguirre-Loaiza (Eds.), *Salud Mental y Física. Tendencias y Perspectivas Investigativas* (pp. 78-121). Pereira: Editorial Universidad Católica de Pereira.

1. Producto de la tesis de Maestría en Psicología Clínica, de la psicóloga Laura Perea, en la Pontificia Universidad Javeriana.

*Doctora en Psicología de la Universidad de Granada-España. Magíster en Análisis Funcional en Contextos Clínicos y de la Salud. Psicóloga de la Pontificia Universidad Javeriana. Docente Asistente de la Universidad Católica de Pereira. Miembro del grupo de investigación: Clínica y Salud Mental.

**Magíster en Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá. Psicóloga, Especialista en Psicología clínica de la Universidad Católica de Bogotá. Psicóloga de la Pontificia Universidad Javeriana.

***Psicóloga de la Pontificia Universidad Javeriana. Formada en mindfulness para regular emociones de la Universidad de Málaga-España.

Introducción

Varias investigaciones, como la realizada por Rizo (2014), plantean cómo los trastornos de conducta han ido en aumento; cada día se presentan más casos, tanto en contextos familiares, sociales, con grupos de pares y escolares, de conductas como desobediencia extrema, conducta desafiante o comportamientos disociales. Igualmente, se plantea que particularmente en la adolescencia podrían presentarse factores de estrés mediados por los procesos de separación e individuación, demandas de logros, preocupaciones sobre el futuro, entre otras, que no necesariamente generan trastornos emocionales severos, pero inciden en la presencia de malestar emocional (Blos, 1967; Mahler, Pine y Bergman, 2000, citados en Shirk, DePrince, Crisostomo y Labus, 2014). Así, se plantea la necesidad de intervenciones que respondan a esta problemática y con ello fomentar el bienestar psicológico en los adolescentes, para prevenir el riesgo de criminalidad, delincuencia, trastornos emocionales severos y abuso de sustancias (Burke, Loeber y Birmaher, 2002, citados por Rizo, 2014). Adicionalmente, en estas investigaciones refieren cómo los trastornos de ansiedad se han convertido en un problema significativo de salud en los niños y adolescentes; una de las variables es la poca atención frente a los efectos a largo plazo, que generalmente pueden ser comórbidos con depresión y abuso de sustancias.

En lo referente a la utilización de protocolos breves desde enfoques terapéuticos, como el comportamental, Ruiz y Callejon (2014) refieren su importancia para facilitar la utilización en diferentes entornos de atención, donde tal vez los psicólogos clínicos no tengan iguales oportunidades de capacitación. Adicional a lo anterior, los protocolos breves previenen los riesgos que pueden generarse de las intervenciones largas, tales como asistencia de población esporádica, dificultades económicas y sociales, entre otras. Con esto, los protocolos breves, según Ruiz y Callejón (2014) responden como una propuesta para la atención psicológica bajo esas características y partiendo de problemas relacionados con dichas condiciones. Las denominadas Terapias de Tercera Generación muestran una forma de intervención con efectividad; sin embargo, hay pocos estudios de dicha terapia con población adolescente.

Este capítulo, pretende dar cuenta de un estudio exploratorio que busca rastrear el efecto y poner a prueba un protocolo breve centrado en la Terapia de Aceptación y Compromiso en adolescentes que presentan dificultades emocionales.

Los participantes fueron elegidos a conveniencia: tres adolescentes entre 14 y 17 años que no presentan desorden mental severo o comorbilidades asociadas con trastornos psiquiátricos, síndrome orgánico cerebral y que actualmente no se encuentren medicados. Antes de iniciar el estudio, tanto los participantes como sus responsables legales fueron informados del propósito investigativo de la intervención, a lo cual se mostraron dispuestos. Los padres firmaron un consentimiento informado y los participantes un asentimiento informado, para constatar su participación voluntaria.

Posteriormente, se realizaron tres sesiones de intervención y los cuestionarios se aplicaron en cada una de ellas. Los instrumentos utilizados fueron: AFQ-Y; Cuestionario de evitación y fusión para jóvenes (Greco, Murrell & Coyne, 2005), validado con población española y latinoamericana por Valdivia-Salas, Martín-Albo, Zaldívar, Lombas y Jiménez (2016) y en proceso de validación con población colombiana por Ruiz, Suárez-Falcón, Riaño-Hernández y Gil (2017); el PTQ-C; Cuestionario de Pensamiento Perseverativo (Ehring, Zetsche, Weidacker, Wahl, Schönfeld y Ehlers, 2011), validado en población colombiana por Ruiz, Salazar, Suárez-Falcón, Peña-Vargas, Ehring, Barreto-Zambrano y Gómez-Barreto (2019); la Escala de Depresión, ansiedad y estrés – (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995b, citados por Antunez y Vinet, 2012), validada en población colombiana por Ruiz, García-Martín, Suárez-Falcón y Odrizola-González (2016), y el Protocolo de Intervención psicológica basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

El protocolo de ACT de tres sesiones se basó en diferentes estudios realizados por Luciano, Valdivia, Gutiérrez, Ruiz y Páez (2009) y Luciano y Valdivia (2012), experiencias previas de las investigadoras en intervenciones desde ACT con adultos, así como posibles modificaciones para el trabajo con los adolescentes y en el apoyo de grupos de investigación de ACT liderado por la docente Diana Riaño Hernández. Dicho protocolo, antes de ser aplicado, fue

ensayado con un grupo de adolescentes voluntarios, lo cual permitió modificar y ajustar algunos ejercicios.

Dentro del protocolo se tuvieron en cuenta los siguientes componentes: yo como contexto, defusión cognitiva, valores y compromiso, desesperanza creativa; se trabajaron de acuerdo con las fases que desde ACT se proponen. Es importante mencionar que durante el proceso de intervención se hizo énfasis en aquellas fases que funcionalmente podían generar mayor efectividad, según investigaciones previas de intervención en ACT con adolescentes (Luciano, Ruiz, y Vizcaíno-Torres, 2011) y las situaciones comunes presentadas por experiencias previas en casos clínicos.

Como características similares, en las historias clínicas de los participantes se muestran antecedentes de maltrato infantil y presencia de trastornos emocionales en alguno de sus padres. Respecto a los disparadores y eventos privados con función aversiva, convergen las preocupaciones por condiciones económicas y por el sentido de la vida, bajo rendimiento escolar, sentimiento de tristeza, apatía, sensación de soledad y pensamientos recurrentes de incapacidad y minusvalía; frente a estos, se identifica el dormir, aislarse, procrastinar y mostrar una inactividad excesiva como estrategias evitativas utilizadas para disminuir el malestar. Luego de la aplicación del protocolo, los participantes mostraron disminución en los cuestionarios aplicados, aumento de acciones encaminadas a nutrir sus valores (enfocados en relaciones familiares y sociales, y éxito académico).

Presentación y análisis de casos clínicos

En este apartado se presentan los resultados obtenidos durante la fase de evaluación (línea base), intervención y seguimiento, para cada uno de los participantes. Con lo anterior, en primer lugar, se expone la información frente a la comprensión funcional de cada uno de los casos (sujeto, datos sociodemográficos, resumen de historia clínica, motivo de consulta, eventos privados (pensamientos, emociones, sensaciones, sentimientos) con función aversiva, patrón evitacional y valores. Posteriormente, se exponen las figuras que muestran los datos que se obtuvieron, partiendo de medidas continuas (en el momento del análisis

promediadas), durante las tres fases de la investigación. Dichas figuras serán divididas por variables (fusión cognitiva, evitación experiencial, ansiedad, depresión, estrés, *mindfulness*, pensamiento perseverativo y preocupación patológica). Es importante mencionar que, por el tipo de diseño, cada sujeto será su propio control.

Resultados

Participante 1

Respecto al consultante, aunque inicialmente plantea apatía frente al proceso, por considerarse “*normal*”, en la segunda sesión reporta la necesidad de disminuir sus niveles de preocupación y centrarse en la realización de actividades académicas y sociales. El consultante reporta que dichos pensamientos frecuentes frente al sentido de vida iniciaron hace un año aproximadamente; igualmente, argumenta que luego de las crisis vividas por su madre, en este momento empieza a perder interés por las actividades escolares y reprueba grado décimo. En cuanto a su emoción de tristeza, la describe como apatía frente a las situaciones y actividades; sin embargo, cuando está con sus amigos logra sentirse tranquilo y animado.

Resumen de historia clínica

Consultante de 17 años que vive con su madre y su hermano menor. Inicia proceso en de atención clínica desde hace 3 meses aproximadamente. Actualmente se encuentra estudiando en un colegio distrital, en secundaria básica.

La infancia de J transcurre con su madre y su hermano menor. Sus primeros seis años vivió con su padre, con el que refiere una relación distante.

En cuanto a prácticas de comportamiento de su madre, J recuerda episodios de maltrato, generalmente cuando no seguían instrucciones o tenía comportamientos de desorden en casa. Adicional a lo anterior, de acuerdo con el reporte materno, hay reconocimiento de conductas de negligencia por parte de la madre, asociada a un trastorno depresivo recurrente de ella. En cuanto a datos de su historia académica, se refiere ingreso a los 4 años de edad al sistema educativo,

con dificultades generalmente asociadas a falta de seguimiento materno a las actividades escolares de J. En cuanto a la relación con su hermano, refiere que esta inicialmente era cercana; sin embargo, desde hace dos años se han venido presentando comportamientos de agresión entre los dos, generalmente detonados por bromas que realiza su hermano menor. Ante dichos comportamientos, su madre generalmente no emite ninguna conducta.

En cuanto al área social, afirma que comparte la mayor parte del tiempo con sus amigos del colegio, en parques o inclusive algunas veces en su casa, y dentro de las actividades que más disfruta se encuentra el dibujo y el aprendizaje de inglés. En cuanto a la interacción con sus amigos, refiere que cuando se presentan dificultades con ellos, si ha sido por fallas suyas, las reconoce y solicita disculpas, en tanto que si ha sido ofendido espera a que su amigo inicie la interacción.

Frente al área familiar, describe con su madre una relación cercana, aunque no considera que sea una figura valiosa en su vida; esto explicado principalmente por los continuos cambios de comportamiento de su madre y su falta de seguimiento en algunos casos frente a los procesos de J, por lo cual no se siente querido por ella. Con su hermano, refiere una relación conflictiva, en parte relacionado con las conductas de hostigamiento contra él, situación que le genera alto malestar emocional; adicional a esto, le molesta observar la conducta apática de su madre frente a la situación. Refiere que con su familia extensa la relación ha sido poco cercana, principalmente con una tía, de quien ha notado que tiene atención preferencial por su hermano.

En cuanto al área escolar, actualmente se encuentra cursando grado 11; refiere gusto por asignaturas cómo informática y matemáticas; adicional a esto, argumenta tener una relación cercana con la mayoría de sus compañeros. Hace un año reprobó décimo por incumplimiento en trabajos escolares, principalmente. Dicha situación la explica como pérdida de motivación para la elaboración de los mismos y conflictos en su casa, principalmente por hospitalizaciones de su madre, cuyo último internamiento duró un mes. Actualmente, refiere que por su alto desempeño fue promovido un grado.

Frente al área personal, J se describe como una persona graciosa, en algunos casos “egocéntrico” frente a las ideas sobre la vida y “soberbio” en la medida en que reconoce sus capacidades que, en varias oportunidades, sobrepasan las de sus amigos. Igualmente, se considera una persona humilde que fácilmente reconoce cuando se equivoca y puede realizar conductas reparadoras de dichos comportamientos.

Dentro de sus aspiraciones y proyectos se encuentra ganarse una beca para estudiar en Japón, razón por la cual en sus ratos libres estudia inglés; este último, según sus averiguaciones, es un requisito. Actualmente, su madre es la única proveedora de ingresos de la casa y le da su sustento. No se dedica a ninguna actividad laboral. Sin embargo, a futuro espera tener una unidad de negocio, administrada por él.

Disparadores y eventos privados con función aversiva (pensamientos, emociones, sensaciones, recuerdos).

Generalmente, en situaciones en las cuales se encuentra solo en casa sin realizar ninguna actividad, saca bajas notas u observa conductas de tristeza de su madre, empieza a tener eventos privados relacionados con “no voy a poder ganarme la beca, no soy capaz, qué sentido tiene la vida, ¿Por qué me pasa esto a mí?, me siento inútil, no quiero hacerlo, no voy a acceder, no vale la pena intentarlo, siento frustración ajena, no quisiera estar en ese lugar”; adicional a esto, se presentan emociones de tristeza, frustración, cansancio y apatía.

Conductas con función de evitación.

Algunas de ellas son: dormir, encerrarse, escuchar música, procrastinar, quedarse solo en casa, disminuir interacciones sociales e inactividad que podría considerarse excesiva durante el día. Dicho patrón es reforzado negativamente en la medida en que, por dichas conductas, se presenta una disminución del malestar a corto plazo.

Cambios en conductas con función de evitación durante la intervención.

De acuerdo con lo reportado por el consultante durante los seguimientos, este manifiesta conductas como mayor organización de trabajos, los elabora en casa con tiempo suficiente, mayor participación de actividades con sus amigos, aumento en procesos de aprendizaje de inglés, con un horario en casa para dicho tema; conductas de orientación en clase y atención, pese a que inicialmente no comprenda algunos temas.

Valores

De acuerdo con las verbalizaciones expresadas por el consultante, este refiere tres valores fundamentales en su vida: uno relacionado con la posibilidad de adquirir nuevos aprendizajes y experiencias; el segundo valor está en la posibilidad de generar nuevas redes de apoyo y de construir nuevas amistades, a través de procesos de emprendimiento para su beneficio; el tercer valor es el establecimiento de relaciones de confianza con sus amigos. En cuanto al primer valor, al identificar acciones puntuales ubica los nuevos aprendizajes relacionados con aprender el idioma inglés, tener la posibilidad de viajar al Japón y estudiar ingeniería, como una de sus mayores aficiones. Para ello, identifica como metas concretas terminar su bachillerato, estudiar para la preparación de las pruebas de estado y estudiar diariamente inglés para fortalecer sus conocimientos. En cuanto al segundo valor, el consultante referiría creer que, a través del emprendimiento relacionado con la microempresa, además de generar una estabilidad económica, se facilita el contexto para tener mayor contacto con sus amigos, así como para desarrollar nuevas amistades.

Respecto al tercer valor, se orienta a las relaciones de confianza y apoyo con sus amigos; para él es importante que dichas relaciones sean cálidas, cercanas y con la posibilidad de compartir tiempo juntos.

Cambios evidenciados en acciones valiosas durante la intervención

Frente a los valores, es importante resaltar su evaluación al inicio de la intervención, cuando expresaba cómo una de las áreas más afectadas estaba

relacionada con sus amigos, ya que consideraba que no expresaba su malestar de forma adecuada y se distanciaba de ellos; en la última sesión de intervención, reporta un aumento en conductas orientadas a buscar fortalecer la relación con sus amigos, argumentando que: “la verdad es que aunque me molesta que me digan que debo cambiar con ellos, sé que es importante y puedo reconocer que a veces como que me encierro, pero he aprendido a ser mucho más humilde y reconocer cuando me equivoco”. Con esto, el consultante reporta mayor consistencia con este valor al finalizar la intervención y argumenta más actividades.

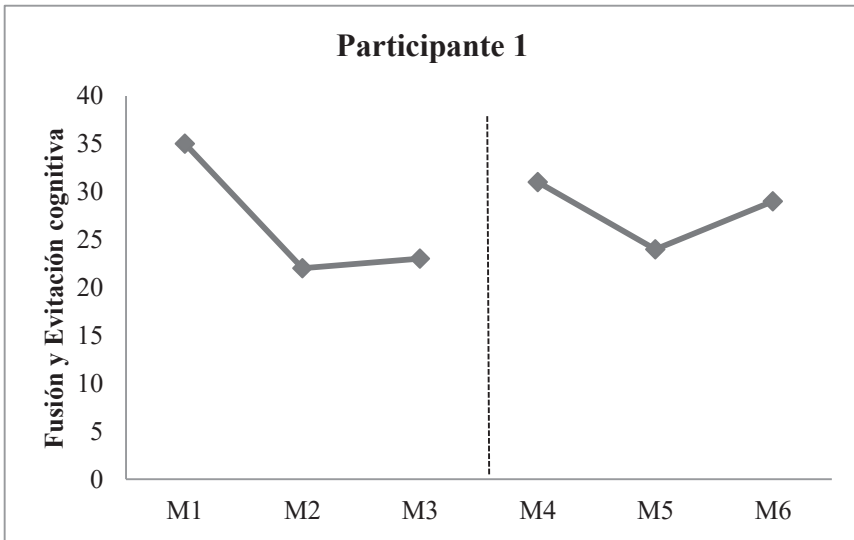
En lo que respecta al valor relacionado con el área académica, manifiesta al inicio pérdida de motivación escolar, conductas de poca elaboración de tareas, dificultades atencionales y baja asistencia; no obstante, con el transcurrir de las semanas, y “cuando empiezo a reconocer como esa tristeza, trato de luchar, más sin embargo no lo consigo, pero hago lo que tengo que hacer, es importante para mí ganarme esa promoción, aunque me sienta triste, trato de seguir prestando atención en el salón y cumplir con los trabajos”.

En cuanto al valor relacionado con el emprendimiento, el adolescente al inicio y al final de la intervención manifiesta que, aunque es muy importante para él, en el momento no considera que deba realizar acciones puntuales para responder al mismo, teniendo en cuenta que uno de los pasos para lograrlo es terminar su bachillerato.

Puntajes en el cuestionario de evitación y fusión para niños y adolescentes

Figura 1.

Puntajes del participante 1 en el cuestionario AFQ-Y (Cuestionario revisado de evitación y fusión para jóvenes (AFQ-Y; Greco, Murrell y Coyne, 2005) por variable en línea base y tratamiento: a mayor puntaje mayor indicadores de evitación y fusión cognitiva.

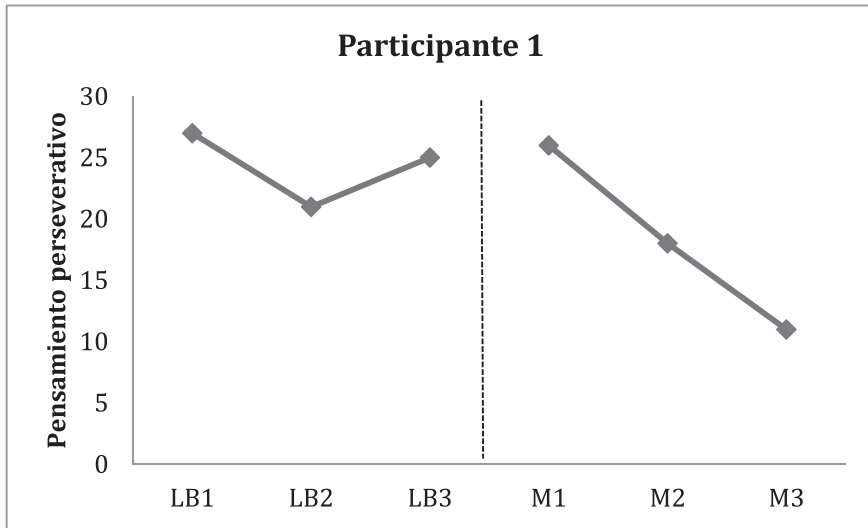


Las muestras clínicas a considerar de fusión y evitación cognitiva son mayores a 35 puntos. Aunque ninguna se ubica en este rango, luego de la intervención se evidencia una disminución en el indicador de fusión- evitación, pasando de rango clínico a moderado inferior.

Puntajes en el cuestionario de pensamiento perseverativo

Figura 2.

Puntajes del participante 1 en el cuestionario PTQ-C (cuestionario de pensamiento perseverativo-niños) por variable en línea base y tratamiento: a mayor puntaje mayor indicadores de pensamiento.



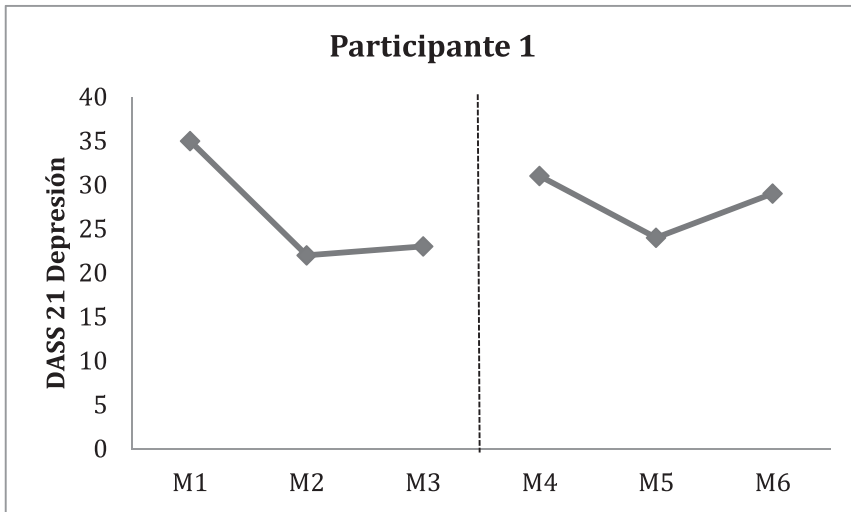
Respecto al cuestionario de pensamiento perseverativo, aunque ninguna puntuación podría considerarse como muestra clínica, se evidencia una tendencia al descenso, pasando de rango moderado durante la línea base a rangos bajos de pensamiento perseverativo durante la intervención. La variable con mayor disminución de indicadores en el proceso de aplicación del protocolo fue la de pensamiento perseverativo, relacionada con la presencia continuada de determinados pensamientos frente la incontrolabilidad de los mismos. Esto posiblemente está asociado a los elementos de la terapia para generar espacios de aceptación de eventos privados molestos y clarificación de valores, aunque se tengan dichos eventos privados; situación que a mediano plazo facilita las reglas de acuerdo con las contingencias, mientras estas van perdiendo su función de evitación. Esto igualmente está relacionado con la disminución de 6 puntos, en los indicadores de fusión y evitación en el consultante.

Puntajes en el cuestionario DASS 21 en el participante 1

Figura 3.

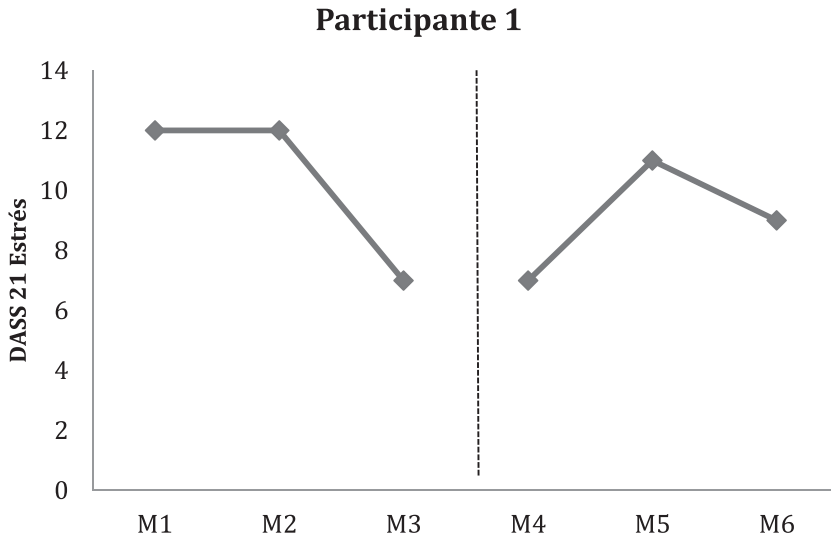
Puntajes en el cuestionario DASS 21

(Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés) en el participante 1



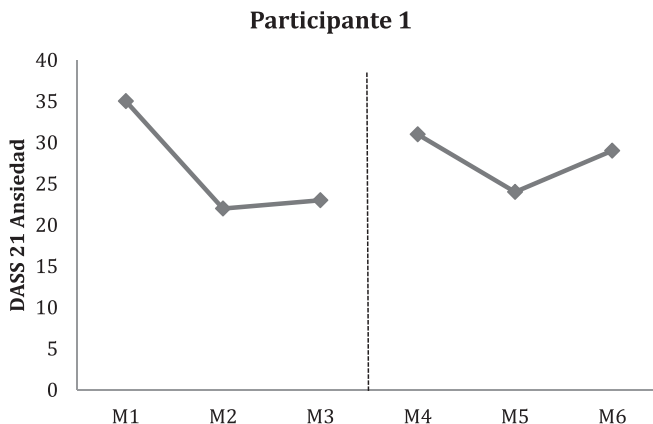
De acuerdo con los criterios de calificación, se podría plantear que el primer puntaje de línea base de depresión se ubica en un rango moderado. Sin embargo, los siguientes dos puntajes se sitúan en un rango leve. Ya en las dos primeras sesiones de intervención vuelven a ubicarse en un rango leve; sin embargo, en la última aplicación oscila a moderado por aumento en 3 puntos. No obstante, es un moderado bajo, en comparación con el moderado encontrado en línea base.

Figura 4.
Puntajes en el cuestionario DASS 21 (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés) en el participante 1



Frente al estrés, de acuerdo con los criterios de calificación, se podría plantear que todos los puntos de línea base y tratamiento se ubican en un rango normal. Sin embargo, se evidencian cambios en sus indicadores, oscilando de normal superior a normal inferior.

Figura 5.
Puntajes en el cuestionario DASS 21 (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés) en el participante 1



Según los rangos frente a la ansiedad, se muestran en la línea base rangos normales de ansiedad que se mantienen durante la intervención, aunque el último denota un rango normal inferior.

Con lo anterior, se podría plantear que en el participante 1, frente a las variables control (ansiedad, depresión y estrés) luego de las sesiones de intervención, se presenta un efecto en la disminución de la ansiedad (componente motor, cognitivo y fisiológico), pasando de un rango normal alto a un rango normal bajo. Igualmente, aunque el estrés se ubicó en rangos normales, presentó disminución. No obstante, en el caso de la depresión, hubo una tendencia de disminución de puntuaciones en la línea base y aumento en las puntuaciones durante las tres sesiones de tratamiento; el puntaje bajo es normal.

Participante 2. Descripción del motivo de consulta

El proceso se inicia por voluntad de la consultante, quien refiere sentirse triste la mayor parte del tiempo, situación que ella manifiesta como interferente frente a las actividades que quisiera realizar. Adicional a esto, reporta miedo de volver a tener comportamientos autolesivos como en años anteriores. También refiere que hace aproximadamente el mismo tiempo, ante emociones de malestar y pensamientos recurrentes de incapacidad, minusvalía e indefensión y rechazo por su color de piel, se autolesionaba. A consecuencia de ello, inició proceso terapéutico familiar desde hace dos años y actualmente no realiza dicha práctica.

La consultante refiere que, generalmente en los momentos en que ve a su madre desanimada llorando, un amigo especial le incumple una cita o se encuentra sola en casa sin realizar ninguna actividad, comienza a presentar pensamientos recurrentes de soledad, incompetencia, minusvalía, tristeza, pensamientos frente a lo que hubiera sucedido si su madre (así como su tía) se hubieran suicidado, y empieza la conducta de llanto. Además de lo anterior, ante la presencia de notas bajas y pérdida de asignaturas, refiere que dichos pensamientos se retroalimentan y perpetúan, generalmente en una cadena conductual donde se aísla y llora, como estrategia ante el malestar emocional, situación que la distancia en la relación con su madre y en ocasiones le genera conflictos con sus compañeras del colegio.

Resumen de historia clínica

Consultante de 15 años, que vive con su madre, su hermana menor y su padrastro. Inicia proceso en el centro de atención clínica desde hace 3 meses aproximadamente. Actualmente se encuentra estudiando en un colegio distrital.

La infancia de L transcurre con su madre y su padre hasta los primeros dos años. Luego de esto, su madre se separa y convive nuevamente con otra pareja. De acuerdo con lo expresado por la madre de la consultante, ella tenía comportamientos agresivos hacia L desde que tenía 2 años y dichos comportamientos se presentaban cuando L no seguía instrucciones, realizaba pataletas o incumplía con sus tareas. En cuanto a la relación con su hermana, refiere que ella siempre ha sido cercana; sin embargo, al ser hija de su padrastro, considera que él la quiere más que a ella. En este punto es importante mencionar que L tuvo que presenciar entre los 2 y 8 años episodios de violencia física y psicológica de su padrastro hacia su madre; adicional a esto, en varias ocasiones él, por maltratar a la madre de L, le pegaba a L. En dichas situaciones empieza a tener conductas relacionadas con llanto y angustia ante la presencia de su padrastro. Dicha situación de maltrato entre su madre y su padrastro cede luego de 8 años, cuando la madre de L empieza a enfermarse y a desarrollar intentos suicidas.

Actualmente, en el área familiar, describe con su madre la relación como muy cercana, esta es la figura más representativa para ella y la relación entre las dos de apoyo, como uno de sus valores. No obstante, argumenta que cuando la ve con conductas depresivas empieza a desarrollar malestar emocional y pensamientos de culpa frente al estado de ánimo materno. Con su hermana, refiere una relación igualmente cercana, de apoyo mutuo, la describe como una niña inteligente y aplicada; sin embargo, a veces tiene episodios de tristeza cuando no saca buenas notas en el colegio y su hermana ocupa los primeros lugares. No refiere percibir trato preferencial por parte de su madre hacia ellas. Argumenta con su familia extensa una relación cercana y con la situación de salud (DX Trastorno depresivo recurrente) de su madre, han sido una fuente de apoyo principal.

En cuanto al área escolar; refiere gusto por asignaturas como filosofía, español y ciencias políticas; adicional a esto, argumenta tener una relación cercana con algunas compañeras; sin embargo, refiere que actualmente tiene dificultades escolares, perdiendo según el último boletín 4 asignaturas: matemáticas, física, química e inglés, donde atribuye la razón principal a las formas de evaluar donde más allá de priorizar los trabajos escolares y las propuestas, se focalizan en la memoria. Dentro de sus aspiraciones se encuentra trabajar en proyectos para ayudar a las demás personas, apoyar a su familia, tener una estabilidad económica y laboral, y continuar participando en interpretaciones musicales.

Frente al área social, afirma que comparte la mayor parte del tiempo con sus amigas del colegio y participa en actividades musicales, como conciertos de “metal”, escuchar música y salir a parques. En cuanto a la interacción con sus amigos, refiere que esta surge de forma apropiada, facilitándose el despliegue de habilidades sociales; sin embargo, surgen algunos obstáculos para expresar desacuerdos cuando le molesta alguna situación.

En cuanto al área personal, L se describe como una persona inteligente, agradable, con adecuadas habilidades sociales y buenas prácticas para argumentar sus ideas y conceptos. Considera que no le gusta su color de piel y no se considera una mujer bonita físicamente. Dicha situación lo relaciona con malestar emocional, ya que refiere que cuando era más pequeña, su familia le hacía comentarios frente a su tono de piel.

Dentro de sus aspiraciones y proyectos se encuentra terminar su bachillerato y estudiar áreas relacionadas con la filosofía, razón por la cual explica su buen rendimiento en esta asignatura y además su frecuente participación en diferentes eventos alrededor de estos temas. Actualmente, su madre y su padrastro son los proveedores de ingresos de la casa. No se dedica a ninguna actividad laboral ni presenta consumo de sustancias psicoactivas.

Disparadores y eventos privados con función aversiva (pensamientos, emociones, sensaciones, recuerdos)

Generalmente, en situaciones en las cuales observa a su madre llorando, cuando saca bajas notas, cuando su novio no la llama, cuando sus amigos no le cumplen una cita, empieza a tener eventos privados relacionados con sentimientos de tristeza, vacío, minusvalía, rechazo por su color de piel, sensación de incapacidad para resolver problemas, pensamientos como “Por qué me pasa esto a mí”, “es mi culpa”, “porque mi madre se porta así”, “no voy a poder conseguirlo”, “por qué se fija en mí si soy tan fea”, “no soy suficientemente importante para mi madre”.

Conductas con función de evitación

Conductas como dormir, encerrarse, escuchar música, quedarse sola en casa, disminuir interacciones sociales e inactividad que podría considerarse excesiva durante el día, llorar y gritar. Dicho patrón es reforzado negativamente en la medida en que por dichas conductas se presenta una disminución del malestar a corto plazo.

Cambios en las conductas con función de evitación durante la intervención

Por un lado, se evidencia aumento en interacciones sociales, particularmente relacionadas con mayor participación en escenarios de música con sus amigos. La participante refiere que dicha actividad ha facilitado la disminución de conductas como el llanto y aislamiento. Aunque presenta aún algunos pensamientos de autoimagen negativa y minusvalía, estos han reducido y aun así, con el malestar que le producen, ha tomado acciones orientadas a valores como ampliar los escenarios para compartir con sus amigos, de manera más tolerante. De otro lado, la participante reporta mayor organización de sus actividades académicas diarias, aspecto que ha facilitado su cumplimiento.

Valores

De acuerdo con las verbalizaciones expresadas por la consultante, esta refiere tres áreas fundamentales valoradas como significativas en su vida. La primera de ellas es fortalecer la relación con su madre y que dicha relación pueda ser considerada de apoyo y confianza entre las dos. En el proceso de evaluación manifestaba que la importancia de la relación con su madre era de 10 y la consistencia de 5, argumentando que: “a veces me da mucho malgenio que no me deje salir, y me alejo de ella, me encierro me aíso; sin embargo, esto me genera más problemas con ella.”

Frente al valor relacionado con sus amigos, la consultante identificaba como necesario generar mayores espacios de interacción con sus amigos y plantear formas de comunicarse con ellos cuando alguna situación le molestaba. Igualmente, consideraba necesario continuar asistiendo a los diferentes escenarios de toques musicales, fortalecimiento los lazos de amistad. Dentro del proceso de evaluación, manifestaba que dicho valor tenía un grado de importancia de 8 y de consistencia de 5; en parte, relacionado con la restricción de salidas por parte de su madre.

En cuanto al valor relacionado con experiencias nuevas, argumentaba que dichas experiencias estarían relacionadas con adquisición de nuevas habilidades y aprendizajes relacionados con la filosofía, principalmente. Dentro de las acciones valiosas, identifica la asistencia a eventos de filosofía, la lectura recurrente y la participación en ponencias.

Cambios en las acciones valiosas durante la intervención

Dentro del proceso de intervención manifestaba que, aunque siente alto malestar emocional, ya no opta por encerrarse, sino que establece propuestas para solucionar el problema. No obstante, no refiere dentro de una escala subjetiva disminución en el malestar emocional, pero sí aumento en acciones valiosas; por ejemplo: ha establecido mayores puentes de comunicación con su madre, contándole sobre sus dificultades en el colegio, ayudándole a realizar tareas domésticas y colaborarle en la realización de trabajos de la universidad.



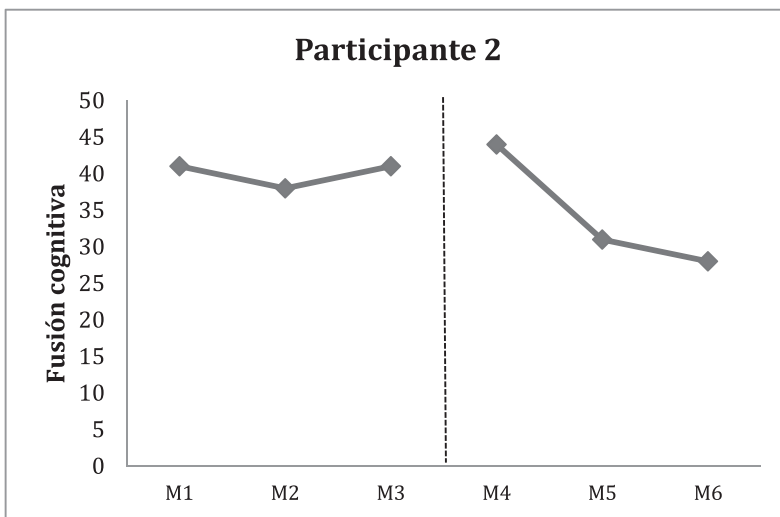
A lo anterior, añade: “ya, aunque me sienta mal, puedo sentir la tristeza y no ir a cortarme”.

En cuanto al valor relacionado con sus amigos, dentro del proceso de intervención la consultante asistió a varios eventos musicales: “yo sé que a veces no me porto bien en el colegio, pero también trato de proponerle a mi madre cosas positivas, que vea mi compromiso en el colegio y me pueda asistir a mis eventos, en vez de quedarme en mi casa encerrada llorando”.

Dentro del proceso de seguimiento, frente al valor relacionado con la apertura a experiencias nuevas, la consultante menciona participación y asistencia en eventos de filosofía como parte de formación personal y académica: “asisto así sienta mucho miedo, porque sé que son los espacios para aprender y para mí es importante”.

Puntajes en el cuestionario de cuestionario de evitación y fusión

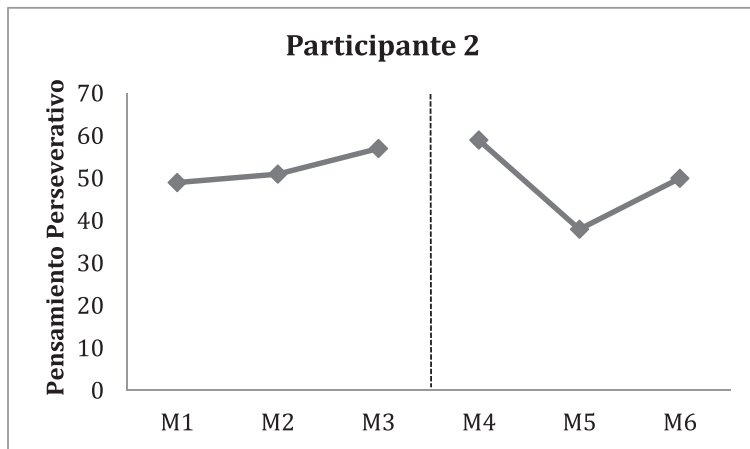
Figura 6.
Puntajes del participante 2 en el cuestionario AFQ-Y (Cuestionario revisado de evitación y fusión para jóvenes (AFQ-Y; Greco, Murrell y Coyne, 2005) por variable en línea base y tratamiento: a mayor puntaje mayor indicadores de evitación y fusión cognitiva.



De acuerdo con esto y teniendo en cuenta que las muestras clínicas a considerar de fusión y evitación cognitiva son mayores a 35 puntos, se evidencia en la línea base una medida de muestra clínica, al igual que en intervención; sin embargo, hay un descenso hasta ubicarse en un rango moderado bajo de evitación-fusión. Es decir, la intervención disminuyó los rangos de fusión, pasando de rango clínico a rango moderado, según las dos últimas sesiones de intervención.

Puntajes en el cuestionario de pensamiento perseverativo

Figura 7.
Puntajes del participante 2 en el cuestionario PTQ-C por variable en línea base y tratamiento: a mayor puntaje mayor indicadores de pensamiento

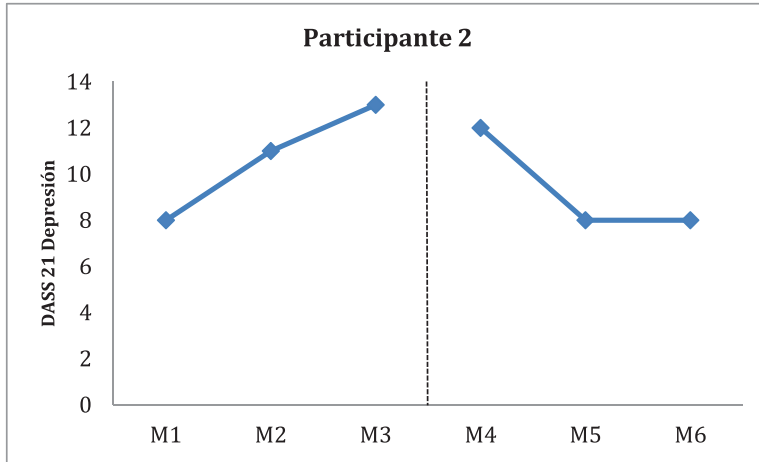


Respecto al cuestionario de pensamiento perseverativo, todas las puntuaciones tanto de línea base como de tratamiento, se ubican en un rango de muestras clínicas siendo mayores a 35 puntos. Es decir, en esta variable no se evidencia un impacto, sin embargo, se presentan oscilaciones entre rangos clínicos superiores y rangos clínicos inferiores, como lo evidencia la toma de línea en el punto 5.

Puntajes en el cuestionario DASS 21 participante 2

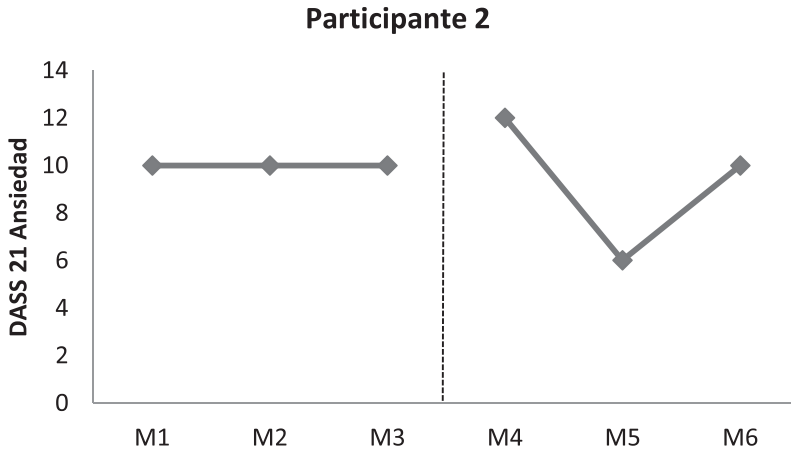
Figura 8.

Puntajes en el cuestionario DASS 21 (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés) en la participante 2



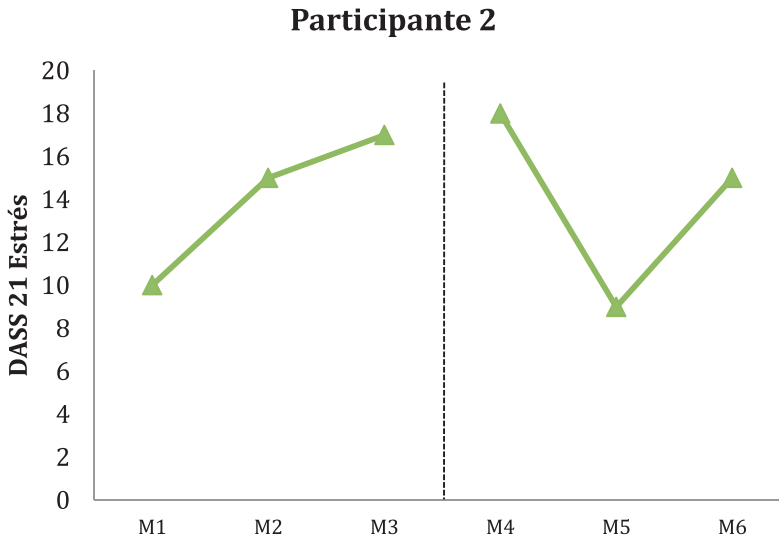
De acuerdo con los resultados obtenidos en el cuestionario DASS 21, que brinda indicadores de depresión, ansiedad y estrés, frente a depresión, se evidencia en la línea base puntuaciones de 8 puntos en la primera aplicación (rango leve), 11 puntos en la segunda (rango moderado) y 13 puntos en la tercera (rango moderado), con lo cual se evidencia una tendencia al incremento. No obstante, durante el proceso de aplicación del tratamiento se muestra una tendencia al descenso, con resultado de 12 en la primera sesión de tratamiento (ubicado en un rango moderado) y en la segunda y tercera sesión, 8 puntos (ubicado en un rango leve).

Figura 9.
Puntajes en el cuestionario DASS 21 (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés) en la participante 2



En lo referente a la ansiedad, se evidencia en la línea base puntuaciones de 10 (situado en rango moderado) en las tres aplicaciones, en tanto que, en el proceso de aplicación del tratamiento, se evidencian puntuaciones de 12 en la primera, 6 en la segunda sesión de tratamiento y 10 puntos en la tercera. De acuerdo con los criterios de calificación, se podría plantear que el primer punto del tratamiento se ubica en un rango de ansiedad moderado, en tanto que el segundo en un rango normal. Respecto al tercer punto, se vuelve a evidenciar un rango moderado de ansiedad, es decir, hubo un cambio de rango entre la segunda y tercera sesión de intervención. Con lo anterior, al parecer no hubo un impacto positivo frente a la aplicación del protocolo en esa variable control.

Figura 10.
Puntajes en el cuestionario DASS 21 (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés) en la participante 2



En cuanto al estrés, se muestra en la línea base puntuaciones de 10 en la primera (se ubica en rango normal), 15 en la segunda aplicación (ubicado en rango leve) y 17 (ubicado en rango moderado) en la tercera aplicación de línea base. Durante el proceso de aplicación del tratamiento, se evidencian puntuaciones de 18 en la primera sesión de intervención, 9 en la segunda sesión de tratamiento y 15 en la tercera. Esto muestra, en primer lugar, que en la primera se ubica en un rango moderado de estrés; en la segunda aplicación se ubica en un rango normal de estrés y en la tercera un rango leve.

Con lo anterior, se podría plantear que en la participante 2, frente a las variables control (ansiedad, depresión y estrés) luego de las sesiones de intervención, se presenta un efecto estable en cuanto a las variables de ansiedad y depresión y aumento en los indicadores de estrés en la consultante.

Participante 3

Descripción del motivo de consulta

El proceso inicia por voluntad de la adolescente, quien refiere que desde hace aproximadamente dos años comenzó a presentar episodios de tristeza frecuente y dificultades académicas, sin identificar inicialmente un evento precipitante. Adicional a esto, refiere que hace aproximadamente el mismo tiempo, ante emociones de malestar y pensamientos recurrentes de incapacidad, minusvalía e indefensión, optaba por cortarse superficialmente el antebrazo. Inicia proceso terapéutico en el colegio, al evidenciar sus dificultades académicas y tras el continuo seguimiento de su madre en dicha institución.

Refiere que generalmente en los momentos en que su madre limita las salidas a eventos, se encuentra sola, se presentan conflictos por bajas notas académicas; comienza a presentar pensamientos recurrentes de soledad, minusvalía, tristeza, sentido de vida, inclusive en algunas oportunidades ha optado por decir verbalizaciones como “me quiero morir”, según el reporte suyo y de su madre.

Resumen de historia clínica

Adolescente de 15 años, quien vive con su madre y su padre. Describe con su madre la relación como muy cercana; esta es la figura más representativa para ella. No obstante, refiere en ocasiones conflictos por asignación de responsabilidades en el hogar y seguimiento a proceso académico en el colegio. Refiere haber sido diagnosticada de una dificultad médica asociada a artritis ideopática juvenil, desde los 9 años. Dicha situación ha generado cambios en sus hábitos de vida, como asistencia frecuente al médico, exámenes y tratamientos farmacológicos que, en ocasiones, afectan su estado anímico. Refiere que en todo este proceso su madre ha sido su apoyo fundamental.

Con su padre refiere una relación cercana, caracterizada por compartir varios escenarios juntos y sentir que es una de sus fuentes de apoyo principal. Dentro de las actividades que más disfruta se encuentra compartir con sus amigas en el colegio y participar en actividades extracurriculares.

En su infancia, refiere que su madre generalmente tenía comportamientos de asistencia y apoyo con ella; recuerda uso de castigo corporal en algunas ocasiones; sin embargo, no relaciona dicha conducta como una situación negativa, sino como un paso previo dentro de su proceso de formación y educación. En este punto, argumenta antecedentes de violencia psicológica por parte de su padre contra su madre, y antecedentes de alcoholismo por parte de él, que generalmente se relacionaba con peleas entre sus padres.

En cuanto al área escolar, se encuentra en secundaria básica; refiere gusto por asignaturas como filosofía, artes y español; adicional a esto, argumenta tener una relación cercana con algunas compañeras. Sin embargo, refiere que actualmente tiene dificultades escolares principalmente en las asignaturas de matemáticas, donde atribuye la razón principal a pérdida de motivación para la realización de actividades y tareas que asignan en el colegio.

Actualmente, su madre y su padre son los proveedores de ingresos de la casa y le da su sustento.

En el área personal, se describe como una mujer alegre, compañerista, sociable e interesada en ayudar a los demás. Dentro de sus aspectos por mejorar sitúa modular su temperamento, ya que este, en algunas ocasiones, le genera conflictos.

En el área social, refiere que la mayor parte del tiempo la comparte con sus amigas del colegio, en diferentes conciertos, escuchando música o asistiendo a parques. Considera que tiene habilidades para generar amistades y que esta situación ha favorecido que al sentirse triste puedan ser su red de apoyo principal.

Disparadores y eventos privados con función aversiva (pensamientos, emociones, sensaciones, recuerdos)

Generalmente, en situaciones en las cuales hay solicitudes y peticiones por parte de su madre, cuando saca bajas notas o una amiga suya se distancia, empieza a tener eventos privados relacionados con sentimientos de tristeza, vacío, sensación de minusvalía, incapacidad de resolver problemas, pensamientos

cómo “por qué me pasa esto a mí”, “es mi culpa”, “no voy a poder conseguirlo”. Esto asociado a emociones de tristeza, vacío en el estómago y sensación de agotamiento físico.

Conductas de evitación

Tiene verbalizaciones sobre morir, dormir, encerrarse, escuchar música, quedarse sola en casa, disminuir interacciones sociales, inactividad que podría considerarse excesiva durante el día y llanto. Dicho patrón es reforzado negativamente en la medida en que, por dichas conductas, se presenta una disminución del malestar a corto plazo.

Cambios en las conductas de evitación durante la intervención

Por un lado, se evidencia disminución en verbalizaciones sobre la muerte, reportadas por su madre. En cuanto al reporte verbal de la consultante, refiere que el participar activamente de diferentes escenarios de música con sus amigos ha facilitado la disminución de conductas como el llanto y aislamiento; así mismo, aunque se presentan eventos privados relacionados como pensamientos de minusvalía e incapacidad, estos se han reducido y aun así con el malestar que le producen ha tomado acciones orientadas a valores, como ampliar los escenarios para compartir con sus amigos y disminuir los escenarios de discusión con su madre.

Valores

De acuerdo con las verbalizaciones expresadas por la consultante, ella refiere tres áreas fundamentales valoradas como significativas en su vida. La primera de ellas, fortalecer la relación con su madre y que dicha relación puede ser considerada de apoyo y confianza entre las dos. En el proceso de evaluación manifestaba que la importancia de la relación con su madre era de 8 y la consistencia de 5, esto argumentando que: “a veces me da mucho mal genio, y le digo cosas que la hacen sentir muy triste, y después me arrepiento, pero es que no puedo pensar con claridad”.

Frente al valor relacionado con sus amigos, la consultante identificaba como necesario generar mayores espacios de interacción con sus amigos y plantear formas de comunicarse con ellos cuando alguna situación le molestaba, ya que por momentos, a pesar de sentir malestar emocional intenso, optaba por guardar silencio. Igualmente, consideraba necesario continuar asistiendo a los diferentes escenarios musicales y fortalecer los lazos de amistad.

Dentro del proceso de evaluación, manifestaba que dicho valor tenía un grado de importancia de 9 y de consistencia de 4; en parte relacionado con la restricción de salidas por parte de su madre.

Finalmente, en cuanto al valor relacionado con experiencias nuevas, argumentaba que dichas experiencias estarían relacionadas con adquisición de nuevas habilidades y aprendizajes asociados con el baile y el teatro, principalmente; se identifica dentro de las acciones valiosas la asistencia a clases de música y teatro.

Cambios en acciones valiosas durante la intervención

Dentro del proceso de intervención, en cuanto al valor de la relación con su madre, manifestaba que aunque siente alto malestar emocional cuando ella le hace peticiones y solicitudes para realizar actividades domésticas principalmente, ya no opta por encerrarse o verbalizar ideas de muerte, sino que aunque siente el mismo nivel de malestar, prefiere optar por plantear alternativas y propuestas frente a los oficios que debería asumir.

Frente al área valiosa, relacionada con los amigos, dentro del proceso de intervención, la consultante asistió a varios eventos musicales, argumentando: “sé que mi madre va a ir confiando en mí, y yo no quiero volver a caer en lo mismo, sé que ir a estos lugares me hace sentir bien, es importante para mí, aunque a veces sienta ganas de renunciar al partido (refiriéndose a la metáfora del partido de fútbol), pienso lo importante que es esto para mí”.

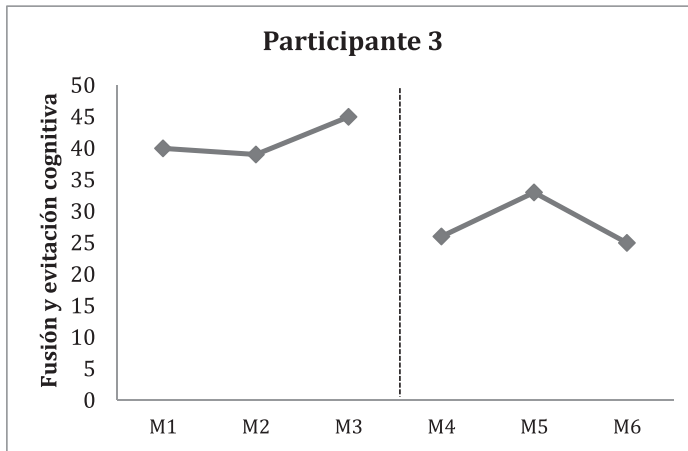
Dentro del proceso de seguimiento, la consultante menciona poca participación en dichos espacios, argumentando que su prioridad es volver a

obtener un nivel académico alto. Frente al valor relacionado con experiencias nuevas, argumentaba que dichas experiencias estarían relacionadas con adquisición de nuevas habilidades y aprendizajes de baile y teatro, principalmente.

Puntajes en el cuestionario de cuestionario de evitación y fusión

Figura 11.

Puntajes del participante 3 en el cuestionario AFQ-Y (Cuestionario revisado de evitación y fusión para jóvenes (AFQ-Y; Greco, Murrell y Coyne, 2005) por variable en línea base y tratamiento: a mayor puntaje mayor indicadores de evitación y fusión cognitiva

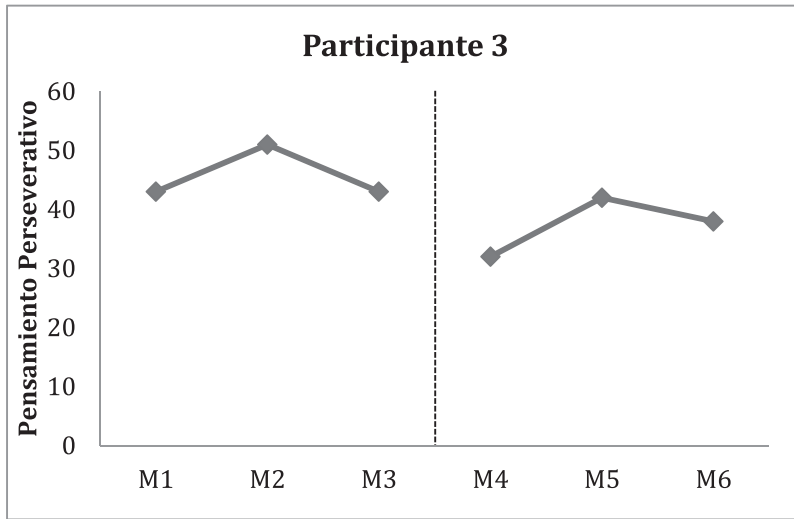


En lo que respecta a la línea base de evitación-fusión, se evidencia en la primera una puntuación de 40, en la segunda de 35 puntos y en la tercera de 45 puntos. Esto ubica las tres puntuaciones en un rango de muestra clínica, mayores a 35 en todos los casos. En lo que respecta a los indicadores de evitación y fusión cognitiva, en el proceso de tratamiento se sitúan en 26 puntos en la primera sesión de tratamiento, 33 en la segunda y 25 en la tercera sesión de tratamiento. Esto indica un efecto en la intervención en la variable de evitación y fusión en la participante tres, pasando de un rango de muestra clínica a un rango normal, frente al indicador de evitación-fusión.

Puntajes en el cuestionario de pensamiento perseverativo

Figura 12.

Puntajes del participante 3 en el cuestionario PTQ-C (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés) por variable en línea base y tratamiento, a mayor puntaje mayor indicadores de pensamiento

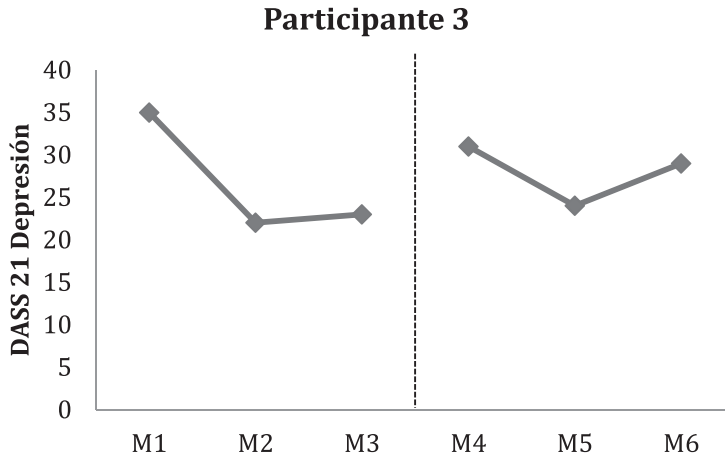


Respecto al cuestionario de pensamiento perseverativo, 5 puntuaciones se ubican en un rango de muestra clínica, en tanto que solo una se ubica en rango normal. En la primera línea base se ubica en 43 puntos, luego se evidencia una tendencia al aumento de 51 puntos y en la tercera línea se ubica en 43 puntos. Durante las sesiones de intervención, la primera puntuación se ubica en 32 puntos (rango moderado), la segunda en 42 puntos (rango clínico) y la tercera en 38 puntos (rango clínico). Es decir, aunque termina con un rango clínico, de acuerdo con este resultado, se puede plantear que se encuentra un impacto en tanto que es un rango clínico inferior.

Puntajes en el cuestionario DASS 21 en participante 3

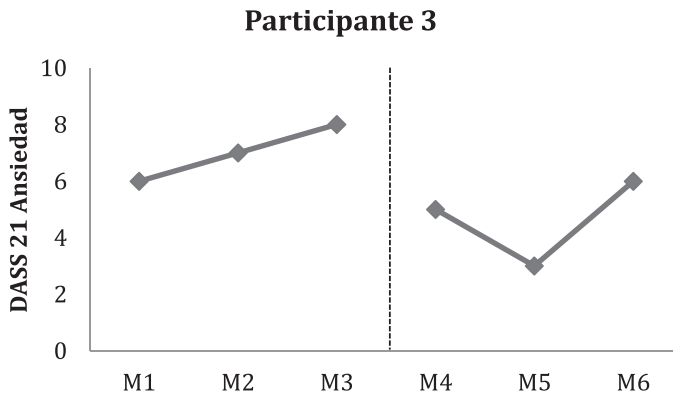
Figura 13.

Puntajes en el cuestionario DASS 21 (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés) en la participante 3



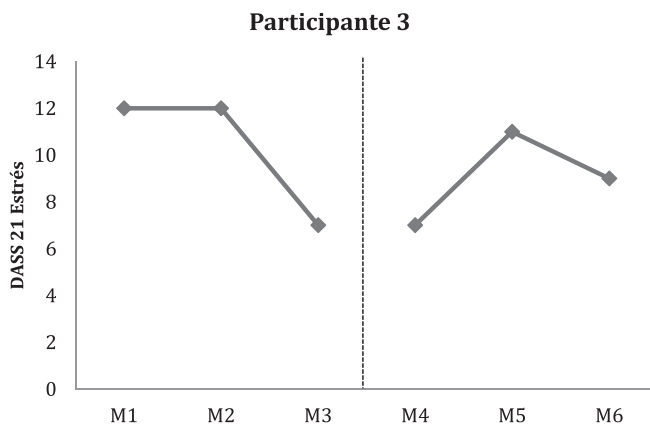
De acuerdo con los resultados obtenidos en el cuestionario DASS 21, que brinda indicadores de depresión, ansiedad y estrés, frente a depresión, se evidencia en la línea base puntuaciones de 8 puntos en la primera (rango leve de depresión) y segunda aplicación y 6 puntos en la tercera (ubicado en un rango normal). Durante el proceso de aplicación del tratamiento, en la primera sesión se obtuvo un puntaje de 8 puntos (rango leve de depresión), en la segunda 4 puntos y en la tercera 6 puntos, puntuaciones que lo ubican dentro de un rango normal. Es decir, se evidencia un efecto en tanto que pasa de rango leve de depresión y termina la intervención con rangos normales.

Figura 14.
Puntajes en el cuestionario DASS 21 (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés) en la participante 3



En lo referente a la ansiedad, se evidencia en la línea base puntuaciones de 6 en la primera línea base, 7 en la segunda y 8 puntos en la tercera aplicación. De acuerdo con los criterios de calificación, se podría plantear que en primer punto de línea base se ubica en un rango normal, en tanto que el segundo y el tercero se encontrarían ubicados en un rango leve. En cuanto a las sesiones de tratamiento, los cuales fueron de 6, 3 y 6, todas las puntuaciones se encuentran en rangos normales de ansiedad.

Figura 15.
Puntajes en el cuestionario DASS 21 (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés) en la participante 3



En cuanto al estrés, se muestra en la línea base puntuaciones de 7 en la primera, 11 en la segunda y tercera aplicación; todas estas puntuaciones se ubican dentro de un rango normal. Durante el proceso de aplicación del tratamiento se evidencian puntuaciones de 7 en la primera sesión de intervención, 7 en la segunda sesión de tratamiento y 3 en la tercera. Esto muestra el efecto positivo en la disminución de indicadores de estrés; no obstante, todas las puntuaciones durante esta fase se encuentran en un rango normal, solo que terminan en un rango normal inferior al que se encontraba en la línea base. Con lo anterior, se podría plantear que en la participante 3, frente a las variables control (ansiedad, depresión y estrés) luego de las sesiones de intervención, se presenta un efecto de disminución en indicadores; sin embargo, estos se ubican en rangos normales.

Hipótesis explicativa general

De acuerdo con los comportamientos de evitación de eventos privados, observados en los tres participantes, se podría plantear que se presentan diferentes emociones, sentimientos y pensamientos que tenían una función aversiva y que cada uno de ellos había generado un patrón de evitación para no entrar en contacto con dichas funciones.

Discusión y conclusiones

El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de la aplicación de un protocolo breve de Terapia de Aceptación y Compromiso en tres adolescentes que presentan dificultades emocionales.

En primer lugar, frente a la elaboración del protocolo es importante tener en cuenta que, tal como recomiendan Murrell, Coyne y Wilson (2004, citados por Ferro, Vivas & Alcanio, 2009), se buscaron ejercicios que estuvieran ajustados al ciclo vital de la adolescencia y que pudieran parecerse a la experiencia de cuando se presentan dificultades emocionales en los adolescentes, acudiendo a la incorporación de componentes como valorar, promover aceptación, generar procesos de defusión cognitiva y estar dispuesto a lo que se tema. Otro elemento incorporado a la terapia fue el yo contexto, yo contenido, aunque en lo planteado por dichos autores no se recomienda en ciertos ciclos de desarrollo

por considerarse conceptos abstractos. Sin embargo, dentro de la aplicación de la terapia, estos ejercicios de yo contexto y yo contenido, favorecieron el distanciamiento y la toma de perspectiva cuando se presentaba el evento privado con función aversiva.

En segundo lugar, se hace necesario exponer los patrones conductuales problemáticos identificados en los participantes. En las formulaciones de caso realizadas y al describir las hipótesis explicativas se evidencian en los tres participantes un patrón conductual evitativo, relacionado con comportamientos como la inactividad a lo largo del día (dormir, encerrarse, aislarse) y respuestas como gritar y postergar. Con lo anterior, se encontró que dichos comportamientos estaban asociados a la reducción de malestar generado por la presencia de eventos privados con función aversiva (tristeza, miedo, frustración, pensamientos frente a incapacidad de hacer las cosas, entre otros). Por ejemplo, recibir notas bajas en el colegio se consideraba como un evento que actualiza funciones aversivas derivadas de los marcos relacionales establecidos donde obtener malas notas es igual a no ser capaz o no ser suficientemente bueno.

A su vez, dichos eventos privados, como etiquetas (por ejemplo: soy incapaz) y categorías, al producirse automáticamente y percibiéndose incapaz de desprenderse de ellas, para asumirlas como pensamientos, se convierten en representaciones objetivas de la realidad, en lugar de ser concebidas como productos de sí mismos y de la mente. Así, cuando los participantes se perciben “incapaces” de aceptar la frustración y la tristeza y de actuar en función de lo que valoran, la capacidad de tomar perspectiva frente a estas se dificulta; tal como lo planteaba Kashdan y Rottenberg (2010), en vez de responder con flexibilidad a las situaciones, por ejemplo, ante demandas académicas que generan frustración, actúan en función de evitar dicha experiencia, realizando acciones opuestas (como postergando actividades académicas y prestando atención paulatinamente) a las que a largo plazo son valoradas, como terminar su bachillerato y continuar estudiando.

Como consecuencia de dichos eventos con alta función aversiva, se emiten comportamientos que buscan reducir o eliminar su frecuencia, alejándose de las direcciones valiosas, tal como era planteado por Luciano (2001). Frente al

patrón conductual, comportamientos como aislarse, llorar, permanecer inactivo, postergar actividades académicas y gritar, siendo topográficamente distintas, responden al control de emociones y pensamientos con función aversiva, en la medida en que disminuyen el malestar generado por estos últimos, pero los aleja de las direcciones valiosas. En este punto, comprendiendo el Trastorno de Evitación Experiencial, es importante resaltar que desde ACT la topografía conductual no es el foco de intervención y las dificultades emocionales dan cuenta de la Evitación Experiencial como un constructo teórico cuyo eje central es la identificación de los mecanismos de respuesta frente a eventos privados con función aversiva.

Con lo anterior, el patrón de evitación experiencial conduce a los participantes a resultados inhabilitantes frente a lo que da significado a su vida; por ejemplo, en el caso del participante 1, sus continuas dificultades académicas, asociadas a postergar, inactividad e distracción en clase, interfieren y obstaculizan la obtención de óptimos resultados académicos que le ayuden a alcanzar la meta de ganarse una beca. En cuanto a las participantes 2 y 3 (por ejemplo), conductas como aislarse, llorar y gritar responden con oposición ante peticiones de sus madres, dificultan que pueda emitir comportamientos orientados a fortalecer la relación con ella, ya que aumenta la probabilidad de que se presenten discusiones y alejamiento por parte de la figura materna. Con lo anterior, desde ACT se busca cambiar las relaciones entre pensar-sentir-actuar que se han establecido a lo largo de las historias de vida de los adolescentes, y que estaban generando malestar emocional (Luciano, 2001).

En cuanto a los cambios evidenciados como resultado de la aplicación de la intervención en Terapia de Aceptación y Compromiso en las dificultades emocionales, es posible afirmar que se reportaron aumento en conductas orientadas a valores, tales como hábitos de estudio adecuados, aumento en comunicación con personas significativas y aumento en participación de actividades gratificantes.

Frente al efecto de la intervención en las variables de fusión y evitación cognitiva y pensamiento perseverativo en el participante uno, se evidencia variabilidad en los indicadores, de evitación-fusión, en tanto que en pensamiento

perseverativo se evidencia tendencia al descenso, es decir si se nota el cambio en los rangos. Ya frente a las variables control, se evidencia leve aumento en indicadores de depresión, correspondiendo a una depresión moderada. Frente a la ansiedad, aunque las puntuaciones se ubican en rangos normales, sí se presentan disminuciones en sus indicadores si se compara la línea base con tratamiento pasando de rangos normales superiores a rangos normales inferiores. Es decir, frente a las dificultades emocionales, el protocolo fue efectivo en la variable de depresión, con disminución de superior a inferior y permaneciendo en el rango moderado.

En cuanto a la ansiedad, esta se sitúa en rangos normales; sin embargo, se evidencia tendencia al descenso. Finalmente, el estrés, aunque se encontraba en rangos normales, presenta disminución de superior a inferior en el mismo rango. Estos resultados se relacionan con lo encontrado en las investigaciones de Burckhardt, Manicavsagar, Batterham y Hadzi (2016), en donde ACT, particularmente los elementos de contacto con el momento presente, aceptación e identificación de valores y defusión, disminuía tanto en los indicadores de estrés como en los de depresión. Lo anterior puede ser parcialmente explicado por las diferentes condiciones contextuales en el hogar del participante 1, ya que durante este tiempo se presentaron crisis emocionales por parte de su madre y las discusiones entre ellos tendían a aumentar.

De igual forma, en el caso de la depresión, se encuentra en un rango moderado al iniciar la intervención. Se hacen necesarias mayores sesiones de intervención y podría pensarse que el protocolo puede ser mayor efectivo en dificultades emocionales leves. No obstante, las verbalizaciones indicadas durante el seguimiento dan cuenta de acciones tendientes a alimentar los valores, por ejemplo, en el área de amistad, siendo más compasivo con sus amigos y tomando las recomendaciones para mejorar su relación con ellos. En tanto que, en el área académica, teniendo en cuenta que una acción valiosa era el aprendizaje de inglés, inició a estudiar dicho idioma de forma periódica y diaria, aspecto que facilitaría el acceso a la beca. Es posible que haya una percepción de sentirse fusionado con sus pensamientos y moderadamente triste; sin embargo, al disminuir los indicadores de pensamiento perseverativo se refleja la tendencia del participante a permitir la exploración de diferentes pensamientos sin quedarse atascado en ninguno de ellos, situación que favorece la acción y denotaría el esfuerzo del

consultante por romper la relación entre pensar-sentir-actuar, orientado a valores (Luciano, 2001).

Frente a la participante 2, en cuanto a las variables de fusión y evitación cognitiva, estas se presentan como muestras clínicas y se evidencia un efecto positivo durante la intervención, con tendencia al descenso. Igualmente, frente al pensamiento perseverativo, no se evidencia efecto luego de la intervención y se mantienen los indicadores bajo el mismo promedio. Frente a las variables control, la depresión osciló entre rango leve y moderado; no obstante, durante la intervención se mantuvo en leve; frente a la ansiedad, las puntuaciones se mantuvieron dentro del rango normal, con pequeñas oscilaciones entre leve y normal; no obstante, hubo una disminución dentro del mismo rango normal. En cuanto al estrés, se presentan oscilaciones que dan cuenta del paso entre rango normal y leve de dicha variable. Es decir, el protocolo fue claramente efectivo en la variable de fusión cognitiva, que pudiera considerarse como muestra clínica; sin embargo, en pensamiento perseverativo se mantuvieron dichas puntuaciones y de acuerdo con los hallazgos de las variables control, los instrumentos no permitieron discriminar el nivel de cambios entre mismos rangos.

Al realizar el análisis de las verbalizaciones, la participante manifiesta que aunque continúa percibiendo el malestar emocional, asociado con tristeza, ha podido participar de más actividades con sus amigos, ha aumentado su frecuencia en asistencia a conciertos de música, ha aumentado el número de veces que se comunica con su madre y de alguna manera, cuando realiza estas acciones, siente que aunque la tristeza pueda estar, la resistencia es la que se relaciona con comportamientos que aumentan el sufrimiento a largo plazo y además no la percibe inhabilitante para ejecutar sus acciones valiosas. Esto apunta a los objetivos de la Terapia de Aceptación y Compromiso, los cuales no buscar aliviar el malestar, sino estar abierto a él, pero actuar en función de lo importante, generando transformación de funciones a través de la exposición a contingencias reforzantes a largo plazo y estableciendo una toma de perspectiva, para que la tristeza sea solo una parte de la persona (componente yo contexto, yo contenido), de manera que pueda elegirse actuar en función de los valores (Hayes, 2004; Luciano, Valdivia, Gutiérrez y Paez-Blarrina, 2006; Pérez y Álvarez, 2001, citado por Luciano, Valdivia y Gutierrez, 2006).

En cuanto a la participante 3, frente a las variables de fusión y evitación, se encontró efecto positivo de la intervención, con disminución en dichos indicadores. Es importante resaltar que esta consultante sí presentaba muestras clínicas en línea base y durante el tratamiento pasa a un rango normal. Frente al pensamiento perseverativo, la línea base evidenciaba muestras clínicas; no obstante, durante el tratamiento se evidencia una tendencia a la disminución de las mismas, disminuyendo los indicadores de pensamiento perseverativo.

Frente a las variables de control, en la depresión presentó oscilaciones entre rangos leves y normales, finalizando con rango normal, es decir disminución en indicadores de depresión; frente a la ansiedad, se presentó una disminución en los indicadores de ansiedad, pasando de un rango leve a rangos normales. Finalmente, frente al estrés, aunque todas se ubican en rangos normales, presentan disminuciones en puntuaciones dentro del mismo rango.

Frente al seguimiento realizado, al indagar por acciones valiosas, la consultante refería que, aunque sigue sintiendo malestar emocional cuando su madre le realiza peticiones para la ejecución de actividades domésticas, sus respuestas se orientan a proponer alternativas para fraccionar dichas acciones, disminuyendo comportamientos relacionados con ideas de muerte o aislamiento. Igualmente, la participante 3 refiere un aumento en participación de actividades con sus amigos y que dicha situación ha fortalecido sus cualidades como la disposición para colaborar y ayudarlos; antes de la intervención, dicha área se encontraba afectada ya que ante la presencia de eventos privados con función aversiva, optaba por aislarse y encerrarse. Frente a la adquisición de nuevas habilidades y experiencias relacionadas con el baile y el teatro, la participante manifestó mayor participación en dichas actividades.

A partir de lo evidenciado con esta participante, se podría plantear que la Terapia de Aceptación y Compromiso, fue efectiva en la medida en que disminuyó niveles altos de fusión cognitiva y pensamiento perseverativo (que se encontraban en moderados). Se presentó un correlato con acciones orientadas a valores, que antes no se emprendían, por considerar eventos privados como obstáculos para dicha acción. En este punto, a pesar de que en la verbalización se reportan sentimientos de frustración y malestar, las acciones están en función de los reforzadores a largo plazo, con procesos de defusión cognitiva (Luciano, 2002).

En general, de acuerdo con el reporte entregado por los participantes donde manifiestan apertura al malestar y acciones graduales orientadas al valor, se podría relacionar con lo planteado en las investigaciones realizadas por Wicksell, Melin, Lekander y Olsson (2009), quienes concluyeron que las intervenciones centradas desde ACT, promueven un mejoramiento global que se mantiene en el tiempo y ayuda a mejorar la calidad de vida de los adolescentes (Livheim et al., 2015).

Es importante mencionar que los niveles de fusión y evitación cognitiva se encontraban en los tres participantes en rangos clínicos; no obstante, luego de la intervención desde AC, se evidenció una disminución pasando de rangos clínicos a rangos moderados. De otro lado, mientras más altas eran las puntuaciones de línea base más disminuyeron sus indicadores a partir de la intervención, tal como aconteció con la participante 3.

Así, los hallazgos anteriormente expuestos permiten afirmar que la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se relacionó con cambios favorables en comportamientos orientados a valores y en la variable de fusión cognitiva principalmente. No obstante, en variables de control dicho efecto no fue consistente en los tres participantes, sino que se presentó en el primero una leve tendencia al aumento y en los siguientes dos aparecieron rangos leves a normales.

Es importante resaltar los cambios anteriormente descritos, logrados en las conductas evitativas y el fortalecimiento de valores; se promovió la regulación emocional y se partió de que dichos cambios surgieron durante la aplicación de un protocolo breve de tres sesiones. Esta investigación aporta el protocolo y cobra importancia para atender problemáticas que necesitan intervenciones cortas y efectivas de inicio; de acuerdo con los resultados, se puede continuar un proceso más detallado. Pese a ser tan corto el protocolo, facilitó un impacto en inicio, con efectos positivos frente al comportamiento de los participantes.

En este punto es importante resaltar la importancia de protocolos breves, pues las características sociodemográficas de la población que se atiende en los centros universitarios de atención psicológica, las dinámicas familiares y

los problemas económicos, crean la necesidad de intervenciones focalizadas y breves. Igualmente, es importante tener en cuenta que el protocolo facilita procesos de desarrollo de aprendizaje, teniendo en cuenta los tiempos en los cuales se destinan las prácticas clínicas de los estudiantes en algunas universidades; adicional a lo anterior, dicho protocolo responde a las dinámicas que se pueden desarrollar en centros de atención psicológica universitaria, donde en muchos casos se requieren intervenciones inmediatas y en breves periodos de tiempo.

Particularmente desde la mirada de la Terapia de Aceptación y Compromiso, el protocolo facilitó la alternancia entre la relación de pensar-sentir-actuar, a través de múltiples ejemplos, como clase funcional, y donde se evidencian cambios en las verbalizaciones, lo cual denota un cambio de perspectiva frente al autoconocimiento. Así, podría decirse que la intervención mostró ser efectiva dado que la terapia de aceptación y compromiso se centra en brindar otra forma de actuación frente a los eventos privados como alternativa al intento de controlarlos para reducir el malestar, potencializar la flexibilidad psicológica para elegir cómo responder frente a éstos y al sufrimiento, alterar los contextos verbales que mantienen la evitación experiencial y aclarar una dirección vital a la cual comprometerse, habilidades que por su desarrollo, aun no se encuentran establecidas.

Igualmente, se confirma la importancia de desarrollar flexibilidad psicológica en las intervenciones desde la terapia de aceptación y compromiso; ello porque:

- 1) se ha encontrado una relación inversamente proporcional entre flexibilidad cognitiva y evitación experiencial, y flexibilidad cognitiva y angustia psicológica;
- 2) permite reconocer que los pensamientos no son una representación de la realidad a la que se debe responder;
- 3) revierte el estrechamiento del repertorio conductual que ha resultado de la evitación desadaptativa; y

4) su presencia determina que la persona sea libre de comenzar a vivir en la dirección que valora.

Para la realización de futuras investigaciones se recomienda realizar seguimiento a los tres y seis meses después de haber terminado la intervención, con el objetivo de observar a largo plazo la estabilidad en los cambios. Además, se sugiere desarrollar investigaciones donde puedan ser comparados los diferentes procesos desde ACT, identificando cual podría ser más efectivo. De otro lado, se recomienda seguir aplicando los ejercicios que se encuentran dentro del protocolo y ampliar la población participante de dichas investigaciones.

A raíz de lo planteado hasta el momento, y para finalizar, un campo de investigación a futuro se centra en la importancia de diseñar protocolos de intervención que involucren a los padres, atendiendo a lo planteado por Murrell, Coyne y Wilson (2004, citados por Ferro, Vivas y Alcanio, 2009). Este factor podría favorecer el impacto del proceso terapéutico en adolescentes, mientras que al mismo tiempo se responde a un contexto inmediato que muchas veces es problemático o muestra algún tipo de interacciones inadecuadas. Igualmente, se identifica la necesidad de diseñar herramientas de intervención que esclarezcan los valores de los adolescentes y permitan la participación de los cuidadores en su mantenimiento. Por último, dado que el protocolo maneja varios componentes de ACT, es pertinente evaluar cuales de ellos pueden ser mas efectivos al trabajar con población adolescente.

Referencias

- Antunez, Z. y Vinet, R. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 30(3), 49-55.
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P. J. & Hadzi-Pavlovic, D. (2016). A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive psychology. *Journal of School Psychology*, 57, 41–52. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2016.05.008>
- Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schönfeld, S. & Ehlers, A. (2011). The perseverative thinking questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 225–232. doi:10.1016/j.jbtep.2010.12.003
- Ferro, R., Vivas, C. y Alcanio, L. (2009). *Novedades en el tratamiento conductual de niños y adolescentes*. <http://www.copmadrid.org/webcopm/resource.do?recurso=4000>
- Greco, L., Murrell, A. & Coyne, L. (2005). Avoidance and fusion questionnaire for youth. Unpublished manuscript, Department of Psychology University of Missouri, St. Louis. www.contextualpsychology.org.
- Hayes, S. (2004) Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behaviour Research and therapy*, 35, 639–665.
- Kashdan, T. B. & Rottenberg, J. (2010). Flexibilidad psicológica como un aspecto fundamental en la salud. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865–878. doi:10.1016/j.cpr.2010.03.001

- Luciano, C. (2001). Sobre el trastorno de evitación experiencial (TEE) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y modificación de conducta*, 27(113), 317-332.
- Luciano, C., Valdivia, M., Gutiérrez, O. y Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *eduPsykhé*, 5(2), 173-201.
- Luciano, C., Ruiz, F. J. & Vizcaíno-Torres, R. (2011). A relational frame analysis of Defusion interactions in Acceptance and Commitment Therapy. A preliminary and quasi-experimental study with at-risk International. *Journal of psychology* 11(2), 165–182. [http://xa.yimg.com/kq/groups/9709744/1488932837/name/IJPPT\(RelAnaDef\)2011.pdf%5Cnpapers2://publication/uuid/60EA9079-83F3-4796-9D09-ADFAAEB7A954](http://xa.yimg.com/kq/groups/9709744/1488932837/name/IJPPT(RelAnaDef)2011.pdf%5Cnpapers2://publication/uuid/60EA9079-83F3-4796-9D09-ADFAAEB7A954)
- Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Hogfeldt, A., Rowse, T., Hayes, S. & Tengstron, A. (2015). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Mental Health: Swedish and Australian Pilot Outcomes. *J Child Fam Stud*, 24,1016–1030. DOI 10.1007/s10826-014-9912-9
- Rizo, A. (2014). Intervención cognitivo-conductual en un caso de trastorno negativista desafiante en una adolescente. *Revista de Psicología clínica con niños y adolescentes*, 1 (1), 89-100.
- Ruiz, L. y Callejón, Z. (2014) Terapias conductuales de tercera generación en personas mayores: una revisión de la literatura. *Psychology, Society, & Education*, 6(2), 2171-2085.
- Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C. & Odriozola-González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale - 21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17, 97-105.

- Ruiz, F. J., Salazar, D. M., Suárez-Falcón, J. C., Peña-Vargas, A., Ehring, T., Barreto-Zambrano, M. L. & Gómez-Barreto, M. P. (2019). Psychometric Properties and Measurement Invariance Across Gender and Age-Group of the Perseverative Thinking Questionnaire–Children (PTQ-C) in Colombia. *Assessment*, DOI: 10.1177/1073191119843580.
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Riaño-Hernández, D., y Gil, B. (2017). Psychometric properties of the Spanish version of the Valuing Questionnaire in Colombia. *Questionnaire in Colombia*. doi: 10.1016/j.chc.2011.01.010
- Shirk, S., DePrince, A., Crisóstomo, P. & Labus, J. (2014). Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Adolescents Exposed to Interpersonal Trauma: An Initial Effectiveness Trial. *Psychotherapy*, 51(1), 167-179.
- Valdivia-Salas, S., Martín-Albo, Zaldívar, P. J. L., Lombas, S. & Jiménez, T. I. (2016). Spanish validation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Assessment*. DOI: 10.1177/1073191116632338
- Wicksell, R. K., Melin, L., Lekander, M. & Olsson, G. L., (2009). Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain—a randomized controlled trial. *Pain*, 141(3), 248-257.