

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) EN EL TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA: UN ESTUDIO DE CASO

Francisco Javier Carrascoso López
UNED (Centro Asociado de Sevilla)

Recientemente, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se ha desarrollado como una alternativa conceptual conductista radical a los modelos cognitivo-conductuales de los trastornos de ansiedad, considerando que los problemas psicológicos constituyen un conjunto de prácticas socioculturales en contexto. Presentamos un estudio de caso ilustrando la aplicación de la ACT en un varón diagnosticado de trastorno de angustia con agorafobia. Tras doce sesiones de intervención, el usuario fue dado de alta por mejoría clínica de su problema. Los resultados obtenidos fueron de naturaleza compleja y no fácilmente explicables desde los enfoques cuantitativos del cambio conductual y los modelos cognitivo-conductuales del trastorno de angustia. A la luz de los hallazgos obtenidos, se presentan una serie de consideraciones conceptuales y metodológicas desde el marco de la teoría de la ACT sobre el proceso de cambio conductual, como *alternativa conceptual* a los modelos cognitivo-conductuales del trastorno de angustia.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in panic disorder with agoraphobia. a case study In recent years, the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) was growing like a radical behaviorist conceptual alternative to cognitive-behavioral models of anxiety disorders, considering that the psychological problems they are a set of socio-cultural practices in context. Starting from this basis, we presented a case study enlightening the application of ACT in a male user diagnosed of panic disorder with agoraphobia. After twelve treatment sessions, the user was discharged for recovery. The obtained results they are complex and contradictory and not easily explained for exclusively quantitative approaches to behavioral change and the cognitive-behavioral models about panic disorder. To the light of the obtained results they are presented several conceptual and methodological accounts from the setting of ACT theory about the process of behavioral change, like a *conceptual alternative* to cognitive-behavioral models about panic.

La actual expansión de los modelos cognitivos en el trastorno de angustia ha permitido desarrollar programas de intervención efectivos para este trastorno, que parecen

distinguirse entre sí por el énfasis que hacen en la importancia *teórica* concedida a uno u otro de sus ingredientes terapéuticos. Sin embargo, estos programas se asemejan, aunque con matices, en la importancia concedida a las cogniciones sobre el pánico como agente causal, y a nivel conceptual pueden ser caracterizados como *lineales* y *eliminativos* (Goldiamond, 1974): su objetivo

Correspondencia: Francisco Javier Carrascoso López
C/ Santa María Magdalena nº 2 - 4º D
41008 Sevilla (Spain)
E-mail: carrascoso@correo.cop.es

general de cambio es ayudar al usuario a lograr (auto) control sobre los síntomas, *suprimiéndolos* o, en el peor de los casos, *disminuyendo* apreciablemente su frecuencia, intensidad y duración, es decir, produciendo *cambios de naturaleza cuantitativa* en topografías de respuesta cuidadosamente operativizadas.

Pese al notable éxito terapéutico de estos programas, que se ha esgrimido como justificación de lo adecuado de los planteamientos teóricos que los sostienen, es posible conceptualizar de modo alternativo el tratamiento del trastorno de angustia desde un punto de vista conductista radical. En concreto, desde lo que ha sido denominado *Terapia de Aceptación y Compromiso* (en adelante ACT, del inglés *to act*, actuar) por sus autores o *Terapia Contextual* en nuestro entorno (Pérez Álvarez, 1996).

Desde el punto de vista de la ACT se asume que centrar únicamente el esfuerzo terapéutico en topografías de respuesta definidas operacionalmente, como los pensamientos o la hiperventilación, sobre las que se postula su rol causal, oscurece factores que pueden ser críticos en la etiología y el mantenimiento del trastorno de angustia, tales como los factores contextuales, entendidos como *setting factors* (Kantor, 1924) o como *contextos socioverbales* (Hayes, 1987). Es decir, un pensamiento catastrofista relacionado con una brusca aceleración de la tasa cardiaca adquiere su papel causal no por sí mismo, *sino en relación con un marco o escenario (setting) convencional* (p.ej., considerar que las emociones indeseables, al ser la causa de la conducta deben ser eliminadas para cambiar la conducta), que forma una relación de contingencia con una clase de conducta en un momento dado, históricamente enmarcada en las interacciones pasadas usuario-entorno.

Si desarrollamos este argumento, el énfasis sobre el *contenido* o topografía de respuesta más que sobre la *forma* o función de

la conducta, lleva a la sospecha razonable de que los esfuerzos terapéuticos sobre el trastorno de angustia se transforman en entrenar al usuario en el desarrollo de estrategias de evitación más sofisticadas. Desde los modelos cognitivos, McFadyen (1989) ha advertido este problema. En este sentido, Hayes y Hayes (1992) han propuesto que la intervención psicológica debe orientarse a la *modificación del contexto* que transforma en problemáticas un conjunto de topografías de respuesta; esto es, en términos estrictamente conductistas radicales, el objetivo de cambio debe ser *una clase de conducta contextualmente controlada*.

Como consecuencia, parece razonable asumir que una conceptualización eliminativa *en exclusiva* del proceso de cambio conductual, quedaría bien avenida con los modos culturalmente dominantes de conceptualizar los estados emocionales aversivos como «cosas» u «objetos» indeseables que se tienen (p.ej., Lakoff y Johnson, 1991) y deben ser eliminados. En este sentido, Hayes (1994) plantea que el proceso de cambio conductual puede ser mejor comprendido como un balance de *aceptación y cambio*. Así, el cambio pasaría no por eliminar la ansiedad o la tristeza, o pensar en positivo, sino en encarar o aceptar la ansiedad y la tristeza tal y como son, estableciendo un compromiso para actuar pese a ellas. Este balance entre aceptación y cambio se lograría alterando los contextos socioverbales de la explicación, el control, de la literalidad y de la evaluación (Hayes, 1987; véase Pérez Álvarez, 1996, para una exposición detallada de estos cuatro contextos), que convierten en problemáticas a un conjunto de topografías de respuesta que, bajo el control de tales contextos, pasan a formar una clase de conducta que se pretende eliminar por indeseable.

Para ilustrar los lineamientos conceptuales de la ACT, describimos un caso de trastorno de angustia con agorafobia tratado por

el autor en el contexto de los servicios de salud mental pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía, desde parámetros propios de esta terapia, esto es: a) no recurrir a topografías de respuesta operacionalmente definidas como variable dependiente; b) énfasis sobre clases de conducta; c) orientación de los objetivos de cambio hacia los contextos que tornan en funcionales un conjunto de prácticas de (auto) control conductual como la variable dependiente principal. En este estudio de caso se realizaron algunas modificaciones en el procedimiento estándar de la ACT (véanse Hayes, McCurry, Afari y Wilson, 1991 y Pérez Álvarez, 1996) derivadas del análisis funcional del problema del usuario.

Método

Sujeto

El usuario fue un varón de 28 años de edad, de estado civil soltero, con pareja, y un nivel académico de estudios hasta 1º de FP de la rama administrativa. Alternaba períodos en los que se dedicaba a la venta ambulante con contratos temporales en una empresa de suministros de jardinería. No tenía antecedentes familiares de trastornos por ansiedad u otros trastornos mentales, salvo un hermano, toxicómano intravenoso rehabilitado. El usuario era fumador moderado de tabaco rubio (Fortuna), bebedor ocasional en pequeñas cantidades de cubalibres o cerveza, y consumidor desde siempre de pequeñas cantidades de cafeína en forma de café con leche en el desayuno y después del almuerzo.

Historia y evolución del problema

Su problema comenzó 5 años antes de acudir por primera vez a nuestra consulta, mientras estudiaba 2º de FP en un instituto alejado de su pueblo unos 20 Km. Debutó

con un ataque de pánico inesperado de ocho síntomas mientras viajaba a su pueblo desde la capital de la provincia donde residía, que duró unas dos o tres horas. Tras la finalización del ataque, el usuario quedó enormemente asustado por lo sucedido, y dos semanas más tarde se produjo un nuevo ataque de más de cuatro síntomas, comenzando un período con ataques inesperados de cuatro o menos síntomas prácticamente diarios, y al menos un ataque de más de cuatro síntomas cada semana. Los ataques comenzaron a crearle problemas para desplazarse hasta el instituto de FP, generalizándose en un período breve de tiempo al aula donde asistía a clases. El usuario acabó abandonando los estudios de FP aquel mismo curso académico, sintiéndose mejor inmediatamente al conseguir evitar los desplazamientos y encontrarse en clase. El usuario no buscó ayuda profesional ni recurrió a los psicofármacos en ningún momento; pedía consejos o tranquilización a sus amigos, y especialmente a su novia, estudiante de psicología en aquel tiempo. Durante este tiempo se fue instaurando un patrón de gran aprensión y temor a la recurrencia de los ataques.

A los pocos meses los ataques recurrieron, generalizándose rápidamente a múltiples situaciones. Paralelamente se fue desarrollando un patrón mixto de conductas de evitación y escape a estas situaciones, consistentes en la búsqueda y planificación por adelantado de la presencia de señales de seguridad, como personas significativas y la cercanía de su vehículo; en caso de no estar presentes dichas señales, el usuario evitaba sistemáticamente las situaciones que evocaban los ataques. Por el contrario, en presencia de las señales de seguridad, el usuario podía introducirse en dichas situaciones, aunque con limitaciones, pues en el caso de que los ataques se llegaran a desarrollar, escapaba de la situación presente.

Una vez instaurado este patrón de conducta, el problema del usuario fue evolucionando

nando de forma variable, alternando períodos de mejoría y de empeoramiento, marcados por la presencia de acontecimientos vitales importantes, como problemas laborales y trabajos que le implicaran desplazamientos importantes en su vehículo fuera del pueblo donde residía. En el período precedente al inicio del tratamiento sólo aparecían crisis ocasionales de cuatro o menos síntomas (entre 2 ó 3 por semana), de carácter inesperado en su gran mayoría, de duración variable (desde unos pocos segundos hasta media hora), cuyas sensaciones fisiológicas fundamentales eran la taquicardia, la opresión torácica y la sensación de ahogo. Se mantenían las conductas de evitación y escape y la aprensión de nuevos ataques. El usuario siguió sin solicitar ayuda profesional, hasta que por mediación de un conocido común fue remitido a un servicio de salud mental pública, donde acudió voluntariamente derivado por su médico de cabecera.

De este modo el usuario fue diagnosticado según la taxonomía DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995), de trastorno de angustia (panic disorder) con agorafobia (Código: 300.21).

Procedimiento de evaluación

Se llevaron a cabo cuatro entrevistas clínicas semiestructuradas con el usuario. Paralelamente, se le administró una batería de pruebas con los siguientes elementos: *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (STAI), *Beck Anxiety Inventory* (BAI), *Penn Worry State Questionnaire* (PSWQ), *Inventario de Agorafobia de Echeburúa y del Corral* (IA), *Cuestionario de Temores de Wolpe*, *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad* (ISRA), *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota* (MMPI) versión colectiva. El STAI, el BAI y el PSWQ fueron administrados durante la línea base, a la novena sesión, y al alta. El resto de cuestionarios se emplearon en línea base y al alta.

Para el registro de la frecuencia de los ataques, se empleó la *Hoja de Registro de Ataques de Pánico* de Barlow y Cerny (1988). Para el análisis de la conducta en general durante las situaciones problemáticas y los ataques de pánico, y la contabilización de la frecuencia de las conductas de evitación y de escape, se solicitó al usuario que cumplimentara un autorregistro estándar con columnas referidas a la situación, los pensamientos, la emoción, la conducta y las consecuencias. Sin embargo estos dos instrumentos de evaluación apenas se emplearon durante el curso del tratamiento por la dificultad que entrañaron para el usuario. Para obtener datos relevantes, una parte del tiempo de cada sesión se empleaba en interrogar al usuario sobre lo ocurrido durante los ataques de pánico o en otros momentos de la semana, siguiendo el esquema del autorregistro y de la *Hoja de Registro de Ataques de Pánico*.

Aunque se programó, no se llevó a cabo el seguimiento por el traslado del terapeuta a otra ciudad. El seguimiento ha sido informal mediante contactos telefónicos con el conocido que remitió al usuario al centro de salud mental.

Análisis funcional de la conducta del usuario

El análisis funcional realizado (ver figura 1), determinó que el problema del usuario podía ser descrito como un caso de insensibilidad a las contingencias.

Como se ve en la figura 1, los ataques de pánico eran evocados por estímulos fisiológicos (taquicardia, opresión torácica, sensación de ahogo) y ambientales (aguardar colas, desplazarse para trabajar a gran distancia, grandes almacenes, viajar en un autobús urbano, caminar por el centro de la ciudad, aglomeraciones). Ante los ataques, el usuario emitía un patrón de respuestas de escape mantenidas por reforzamiento negativo, elementos que formaban una clase de conduc-

ta de escape discriminada. A su vez, para prevenir esta contingencia, el usuario emitía un patrón de respuestas de evitación mantenido asimismo por reforzamiento negativo, contingencia que formaba una clase de conducta de evitación. Estas contingencias eran a su vez controladas por una clase de conducta generalizada y consistente de seguimiento de reglas de tipo *tracking*, de las reglas tipo *track* (p.ej., «no podré volver solo a casa como me ocurra el agobio», «me va a dar un infarto») autogeneradas por el usuario (Hayes, Zettle y Rosenfarb, 1989), conformando una amplia clase de conducta verbal. Las reglas tipo *track* generadas por el usuario, constituían reglas del tipo de los tautos distorsionados (Skinner, 1981) en las que se observaba una correspondencia *estricta* (literal) regla-eventos del mundo. A su vez, esta clase de conducta verbal estaba bajo control contextual (es decir, adquiría sus funciones de especificación de contingencias) de los cuatro contextos socioverbales identificados por la ACT.

Partiendo de este análisis funcional, se consideró que el usuario podía beneficiarse de una ACT. La insensibilidad a las

contingencias funcionales detectada se ajustaba a dos de las situaciones que Hayes (1994) propone como ejemplos de cuándo favorecer la aceptación es útil a nivel terapéutico: a) el usuario no podía exponerse a las contingencias a causa del control por reglas (*track*) y su seguimiento (*tracking*), b) sus esfuerzos por controlar la sintomatología en forma de aprensión ansiosa de futuros ataques o las conductas de evitación y escape, llevaba a la evitación de las funciones directas de los eventos temidos. Como objetivos funcionales para la intervención se seleccionaron los siguientes: a) romper el control por estímulos de la conducta de *tracking*; b) que el usuario formulara reglas de tipo diferente al *track*, o *tracks* más precisos; c) eliminar las clases de conducta de escape y evitación; d) alterar los contextos socioverbales que dotan de función a las clases de conducta operativas en el mantenimiento del problema. Como objetivos de cambio específicos y propios de la ACT se seleccionaron las cinco metas propias de esta terapia (Hayes, 1987; Pérez Álvarez, 1996): a) establecer un estado de desesperanza creadora; b) hacer ver el control como problema; c) diferenciar entre el yo y la conducta; d) abandono de la lucha contra los síntomas; e) compromiso y aceptación.

Procedimiento

Se pactó con el usuario una intervención mínima de 12 sesiones, negociable, a ejecutar tras las 4 sesiones de línea base. Las sesiones 1 a 7 tuvieron una periodicidad semanal, las sesiones 8 a 10 una periodicidad quincenal, y las sesiones 11 y 12 una periodicidad mensual, procediéndose al alta en la sesión 12. Todas las sesiones tuvieron una hora de duración. El programa de intervención finalmente ejecutado, sus técnicas, y sus objetivos funcionales y específicos, quedan recogidos en la tabla 1.

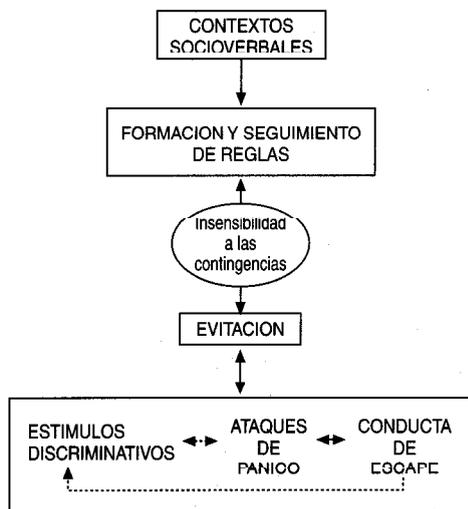


Figura 1.

Tabla 1

SE- SIÓN	OBJETIVOS DE ACT OBJETIVOS FUNCIONALES	TÉCNICAS EMPLEADAS
1	ACT: - Generar desesperanza creativa - Abandono de la lucha con los síntomas FUNCIONALES: - Romper control por estímulos del tracking - Iniciar alteración de contextos socioverbales	- Información sobre el problema - Metáfora de los hoyos - Metáfora del autobús - Discusión socrática
2	ACT: - Hacer ver el control como problema FUNCIONALES: - Formular reglas diferentes - Seguir con objetivos de sesión 1	- Respiración diafragmática - Metáfora del polígrafo - Habla paradójica
3	ACT: - Abandono de la lucha con los síntomas FUNCIONALES: - Iniciar eliminación de escape y evitación - Seguir con objetivos de sesión 2	- Tarea de pares asociados - Experimento de hiperventilación - Habla paradójica - Revisión de convenciones lingüísticas
4	ACT: - Seguir con objetivos de sesión 3 FUNCIONALES: - Seguir con objetivos de sesión 3	- Mismas técnicas que en sesión 3 - Ejercicios de hacer por ganas (autoexposición en vivo)
5	- Mismos objetivos ACT y FUNCIONALES que en sesión 4	- Mismas técnicas que en sesión 4
6	ACT: - Revisar el control como problema - Compromiso y Aceptación FUNCIONALES: - Mismos objetivos que en sesión 5	- Experimento de controlar la respiración - Ejercicios de hacer por ganas (autoexposición en vivo)
7	- Mismos objetivos ACT y FUNCIONALES que en sesión 6	- Ejercicios de hacer por ganas (autoexposición en vivo)
8	- Mismos objetivos ACT y FUNCIONALES que en sesión 7	- Ejercicios de hacer por ganas (autoexposición en vivo) - Metáfora del río y la cámara
9-12	- Revisión de objetivos ACT y FUNCIONALES de sesiones anteriores	- Ejercicios de hacer por ganas (autoexposición en vivo) - Habla metafórica - Habla paradójica

Durante la intervención, se llevaron a cabo modificaciones sobre la marcha en los objetivos del programa y las técnicas implementadas, configurándose el programa expuesto en la tabla 1. Así, el objetivo de la ACT *diferenciar entre el yo y la conducta* no fue alcanzado por intervención directa del terapeuta, dado que el usuario lo alcanzó por sí

mismo. Del mismo modo, puede apreciarse en la tabla 1 cómo se emplearon técnicas de los programas de intervención de Barlow y Cerny (1988) y Clark (Ballester Arnal y Botella Arbona, 1992), como la exposición interoceptiva en vivo, el entrenamiento en respiración diafragmática, la tarea de pares asociados y el experimento conductual de conteo.

ner la respiración. Sin embargo, tales técnicas fueron contextualizadas dentro de los procedimientos típicos de la ACT, con el objetivo de dotarlas de nuevas funciones. Así, p.ej., si el entrenamiento en respiración diafragmática se ejecuta pidiéndole al usuario que cierre los ojos y permanezca lo más quieto posible, se favorece el contacto con sensaciones fisiológicas temidas, como la tasa cardíaca. Asimismo, el experimento conductual de contener la respiración fue contextualizado en el objetivo de la ACT de *hacer ver el control como problema*. Del mismo modo, la tarea de pares asociados se empleó como prueba para determinar si las palabras tenían verdadero poder para desencadenar ataques de pánico, enmarcada en el objetivo de la ACT de *abandono de la lucha contra los síntomas*. También se emplearon metáforas desarrolladas por el propio autor, tales como la *metáfora del río y la cámara*, basada en la metáfora de William James de la conciencia como un flujo continuo. No se utilizaron procedimientos de reestructuración cognitiva al uso, empleándose cuando se consideró necesario procedimientos de distanciamiento contextualizados en las metáforas que se iban desarrollando en el curso de las sesiones.

En todo momento se procuró mantener con el usuario una relación empática y estrecha, empleando paradojas, o preguntas tales como «¿por qué...?» o «¿por qué no?», con el objetivo de descentrarlo de su perspectiva del problema, y como parte de los procedimientos de descentramiento. Se evitó el uso de términos técnicos, que fueron sustituidos siempre por el lenguaje metafórico. La autorrevelación también se empleó como modo de compartir de forma estrecha diversas experiencias importantes entre el terapeuta y el usuario.

Resultados

Los resultados cuantitativos obtenidos pueden verse recogidos en la tabla 2.

Como se aprecia en la tabla 2, los instrumentos empleados exhibieron patrones de cambio diferentes y complejos. La escala A/R del STAI mostró apreciables descensos durante el curso del tratamiento, así como las puntuaciones del BAI, y en todas las escalas del ISRA en especial en el factor 3 (ansiedad fóbica). El PSWQ mostró también descenso de puntuaciones aunque mucho menores. Tanto los resultados del MMPI como los del *Cuestionario de Temores de Wolpe* permanecieron prácticamente inalterados al comparar los dos momentos de su administración. Mención aparte merece el hecho de que el MMPI en su administración en línea base no mostrara alteraciones psicopatológicas apreciables, salvo una elevación relativamente importante del factor de segundo orden *neuroticismo*.

Los resultados del IA merecen una consideración más detallada. Aunque globalmente se observa una importante disminución de puntuación al alta, los datos expuestos en la tabla 2 muestran que sólo en *Respuestas fisiológicas* y *Respuestas cognitivas* se produjeron disminuciones apreciables de puntuación respecto a la línea base. El resto de áreas del cuestionario permaneció casi inalterado, como puede verse en la tabla 2, apreciándose, paradójicamente, en *Lugares*, cómo las puntuaciones al alta aumentaron en comparación a las obtenidas en línea base.

Respecto a la frecuencia de los ataques de pánico y las clases de conducta de evitación y escape, su evolución puede apreciarse en la figura 2.

En figura 2 se observa cómo la frecuencia de los ataques de pánico y de las clases de conducta de evitación y escape, disminuyó siguiendo patrones diferentes, relativamente disociados unos de otros. P.ej., resulta llamativo que la conducta de escape no reapareciera en los dos ataques registrados en las sesiones 6 y 11. Otro dato llamativo lo constituye la aparición de un ataque de pánico de tres síntomas (taquicardia, opre-

sión torácica, sensación de ahogo) de carácter inesperado, en la semana previa a la sesión 11 de tratamiento, que no fue acompañado de ninguna instancia de conducta de escape, ni precedido por ninguna instancia de conducta de evitación.

Los datos cualitativos procedentes de las interacciones terapeuta-usuario durante las sesiones, y de contactos informales del terapeuta con el conocido común que derivó al

usuario, permitieron comprender las razones y la dirección de los cambios.

Entre las sesiones 1 y 2 de la fase de intervención, el usuario se mostró muy interesado en las metáforas del autobús y del polígrafo, comentando que comenzaba a comprender cuál era su papel en el mantenimiento de su problema: «(...) ¡Claro! Yo soy quien lo deja crecer. Yo soy el que apunta la pistola contra mi cabeza». En la sesión 5 de la fa-

Tabla 2

PRUEBAS (Con tres momentos de administración)	LÍNEA BASE	9ª SESIÓN	ALTA
STAI			
- ANSIEDAD ESTADO (A/E)	11	10	3
- ANSIEDAD RASGO (A/R)	60	30	15
BAI	32	1	1
PSWQ	43	36	33
PRUEBAS (Con dos momentos de administración)	LÍNEA BASE		ALTA
CUESTIONARIO DE TEMORES DE WOLPE	92		104
IA			
ÁREA DE RESPUESTAS MOTORAS			
- Lugares			
* Solo	6		10
* Acompañado	2		7
- Transportes			
* Solo	9		9
* Acompañado	9		8
Situaciones			
* Solo	13		7
* Acompañado	9		6
ÁREA DE RESPUESTAS FISIOLÓGICAS			
* Frecuencia	26		3
* Grado de temor	26		3
ÁREA DE RESPUESTAS COGNITIVAS	11		1
- PUNTUACIÓN TOTAL	111		54
ISRA			
- ANSIEDAD COGNITIVA	60		10
- ANSIEDAD FISIOLÓGICA	70		20
- ANSIEDAD MOTORA	80		40
- ANSIEDAD TOTAL	70		15
- F-I	55		20
- F-II	30		15
- F-III	99		25
- F-IV	50		35
MMPI (Factores de segundo orden)			
- NEUROTICISMO	63		57
- PSICOTICISMO	50		53
- INTROVERSIÓN	50		54

se de intervención, cuando estaba previsto trabajar sobre el objetivo ACT *diferenciar entre el yo y la conducta*, el usuario comentó cómo durante la semana al ir al cine con su novia y a un concierto de flamenco él solo, se había dado cuenta de que una cosa es que se sienta incómodo en un sitio lleno de gente, y otra es que lo evite. Al plantearle como prueba la metáfora del tablero de ajedrez y preguntarle si él era las piezas o el tablero, respondió sin dudar: «*el tablero*», alegando que pese a sentirse incómodo, sin embargo pudo disfrutar de la película y del concierto. Se puede observar en la figura 2 cómo en este momento apareció la frecuencia más baja de la clase de conducta de evitación registrada hasta entonces. A la sesión siguiente, al plantear el inicio de los «ejercicios de hacer por ganas» (autoexposición en vivo a las situaciones temidas), el usuario los aceptó sin

ningún inconveniente (y más bien con ganas), proponiendo él mismo los primeros ítems a conseguir: levantarse a las seis de la mañana para hacer un viaje hasta la capital de la provincia como si fuera al trabajo (en este momento se había quedado en paro), llevar su coche al centro de la ciudad un día, otro día ir en autobús hasta el centro y luego andar por las calles comerciales en horas en que estaban atestadas de gente, etc. Todas estas situaciones que le habían supuesto numerosos problemas hasta entonces. Desde ese momento, el usuario siempre realizó autoexposiciones en vivo a la menor oportunidad, comenzando espontáneamente a prescindir de las señales de seguridad (ir acompañado, tener el coche cerca) a partir de la sesión 6 de la fase de intervención. En la sesión de alta, las puntuaciones del IA llamaron la atención del terapeuta. Al preguntarle al usuario respecto a ellas, éste respondió que en efecto, no le gusta ir a determinados lugares ni emplear los transportes públicos, pero que en caso de tener que hacerlo, ya no le importaba en absoluto. En broma comentó que es como tener que ir trabajar todos los días: a nadie le gusta, pero hay que hacerlo.

La novia del usuario y el conocido común con el terapeuta comentaron durante un encuentro ocasional y en una llamada telefónica, que lo iban viendo progresivamente mejor, entre otras cosas porque no necesitaba que lo acompañara nadie a la puerta del centro de salud y notaban que no estaba tan preocupado como antes por tener el coche cerca en caso de que hicieran una salida juntos ni por sufrir un nuevo «agobio». Tres años después del alta, el usuario no ha vuelto a pedir ayuda profesional y se sigue encontrando perfectamente según los informes ocasionales del conocido común con el terapeuta.

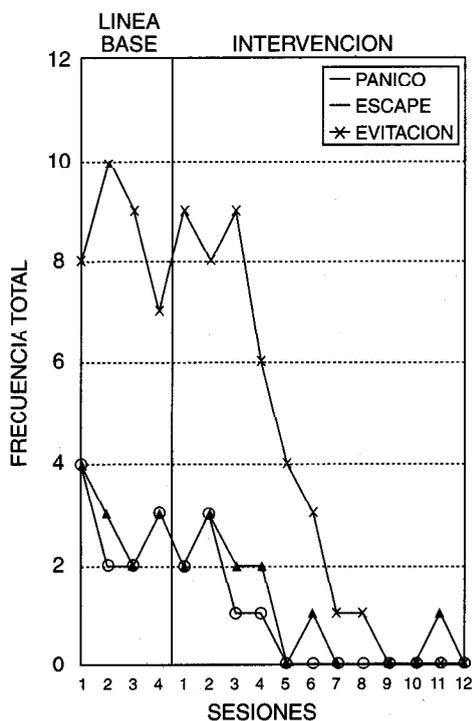


Figura 1.

Discusión

En general la ACT se mostró tan efectiva como los programas cognitivo-conductuales

estándar en este estudio de un caso de trastorno de angustia con agorafobia, tanto en términos de tiempo de intervención empleado como de efectividad clínica. Teniendo en cuenta el formato de terapia individual de este estudio de caso, esta conclusión es similar a la extraída por Zettle y Hayes (1986) en una presentación de resultados preliminares de investigación sobre la ACT. Esta conclusión debe tomarse con la debida precaución y reserva ante las limitaciones metodológicas de este estudio de caso, principalmente la carencia de un seguimiento controlado a largo plazo y el recurso a medidas fundamentalmente retrospectivas.

Pese a estas insuficiencias metodológicas, los datos sugieren algunos interrogantes interesantes. En primer lugar, no se empleó en ningún momento la reestructuración cognitiva. Sin embargo, se produjeron cambios en la manera de referirse del usuario a su problema. *Concurrentemente* a estos cambios, se comenzó a romper la funcionalidad de la clase de conducta de escape, lo que llevó a disminuciones en la frecuencia de los ataques de pánico y posteriormente, de la clase de conducta de evitación. Este complejo patrón de cambio no es el predicho desde los paquetes de intervención cognitivo-conductuales (Durham, 1989). Tampoco parece ajustarse al modelo integrador propuesto por Salkovskis (1996). Es razonable considerar que pueden ser posibles varios patrones de dirección del cambio, como han propuesto Kohlenberg y Tsai (1991), aunque se necesita investigación para comprobar la utilidad de esta hipótesis.

En segundo lugar, cabe plantearse el papel de los factores contextuales en el proceso de cambio terapéutico. El control contextual de la conducta parece ser un factor tan potente, que puede llegar a modular los efectos de las contingencias presentes (p.ej., Steele y Hayes, 1991; Johnson y Sidman, 1993). Dicho control contextual ejerce su efecto sobre la funcionalidad de las prácti-

cas concretas que desarrolla la gente en su vida cotidiana. En este sentido, parte de los objetivos terapéuticos de este estudio de caso se centraron en la modificación de los contextos socioverbales que dotaban de función, esto es, convertían en problemáticas a un conjunto de clases de conducta produciendo insensibilidad a las contingencias por el fuerte control verbal a que dichas clases estaban sometidas. Atacando estos contextos, se consiguió la mejoría clínica del usuario sin plantearse la eliminación de topografías particulares de respuesta. De hecho, no se ha descrito operacionalmente en este estudio prácticamente ninguna respuesta, entendiendo por «operacional», el operacionismo fisicalista criticado por Kantor (1938) y Skinner (1985). La diferencia entre los puntos de vista conductista radical y cognitivo-conductual en el tratamiento de los factores contextuales radica en su *tratamiento conceptual*. Mientras los modelos cognitivo-conductuales cosifican los factores contextuales, transformándolos en entidades representacionales denominadas *esquemas* dentro de un modelo estructural (Alford y Beck, 1997), el conductista radical busca relaciones entre variables en sus contextos operativos, intentando caracterizar funciones conductuales diferentes, o en otras palabras, conjuntos de prácticas socioculturalmente mediadas y/o contextualizadas.

En este sentido, cabe un comentario referido a la metodología para la medición del cambio conductual. Hasta el momento, la lógica eliminativa seguida por la modificación de conducta actual hace difícil valorar en ocasiones los cambios producidos como resultado de una intervención psicológica, dado el carácter exclusivamente cuantitativo y por ende, orientado a la evaluación de topografías de respuesta operacionalmente definidas de los instrumentos de medida disponibles (Follette, Bach y Follette, 1993). Este parece ser el caso en este estudio con el IA, descrito por sus autores como

un instrumento para evaluar la gravedad de la agorafobia y diferentes tipos de *respuestas* (Echeburúa, de Corral, García, Páez y Borda, 1992). Si bien es cierto que la carencia de un seguimiento estructurado no permite comprobar si las puntuaciones del IA podrían haber cambiado con el paso del tiempo, si nos ceñimos a criterios exclusivamente cuantitativos, y a la medida de topografías de respuesta, nuestra intervención no ejerció un efecto apreciable sobre el problema del usuario salvo en sus apartados referidos a *Respuestas fisiológicas* y *Respuestas cognitivas*. En el mejor de los casos, sólo podría concluirse que la intervención ejecutada se centró en exclusiva sobre los ataques de pánico y los pensamientos relacionados, y que tuvo éxito en estas áreas. Sin embargo esta hipótesis no parece completa, pues no permitiría explicar varios hallazgos: a) los resultados cualitativos obtenidos; b) los hallazgos en aquellos instrumentos que mostraron disminuciones apreciables de puntuación; c) la aparición de un ataque de pánico en la sesión 11, y que no aparecieran conductas de escape ni de evitación; y en este mismo sentido, la desaparición misma de las clases de conducta de evitación y escape. Una explicación más cabal podría ser que el miedo del usuario a los ataques de pánico parece que cambió *funcionalmente*: antes era una razón para no actuar (conductas de escape y evitación), ahora sólo es miedo, pese al cual el usuario actúa. Parece razonable hipotetizar que la metodología para la

medición del cambio conductual actualmente disponible es insuficiente. Se echan de falta procedimientos de medida *continuos* y *dinámicos* que puedan detectar factores contextuales en operación, las diferencias individuales en patrones de conducta, y la interacción entre ambos conjuntos de factores. Sólo recientemente se han comenzado a desarrollar procedimientos en esta dirección (p.ej., Follette y cols., 1993).

Para concluir cabe comentar que la ACT no es nueva, en el sentido de constituir un conjunto de técnicas de novísima creación. Terapeutas de tradiciones bien diferentes de la modificación de conducta, como p.ej., la terapia estratégica, pueden reconocer los procedimientos ACT como familiares (Pérez Álvarez, 1996). Lo nuevo de la ACT es el radical *tratamiento conceptual* que le da a los viejos problemas clínicos planteados por el estudio de los procesos de cambio conductual, lo que puede llevar a nuevos desarrollos conceptuales y empíricos todavía insospechados. En este sentido heurístico, la ACT es «rompedora», en un momento histórico del desarrollo de la modificación de conducta caracterizado por el énfasis exclusivo en la indagación empírica «sin teoría», y el consiguiente abandono de las promesas de cambio teórico y conceptual que llevaba consigo en los años sesenta, lo que ha degenerado en un peligroso pragmatismo que lleva camino de transformarse, si no lo ha hecho ya, en mera pragmatología ciega con un «moderno» ropaje de cientificidad.

Referencias

Alford, B.A. y Beck, A.T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.

American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV)*. Barcelona: Masson (Orig., 1994).

Ballester Arnal, R. y Botella Arbona, C. (1992). Aplicación del programa terapéutico de Clark a un caso con trastorno de pánico. *Psicothema*, vol. 4 (2), 69-88.

Barlow, D.H. y Cerny, J.A. (1988). *Psychological treatment of panic*. New York: Guilford Press.

- Durham, R. (1989). Cognitive therapy of panic disorder. In R. Baker (Ed.). *Panic disorder: Theory, research and therapy* (pp. 261-280). Chichester: John Wiley and sons.
- Echeburúa, E., de Corral, P., García, E., Páez, D. y Borda, M. (1992). Un nuevo inventario de agorafobia (IA). *Análisis y Modificación de Conducta*, vol. 18 (57), 101-123.
- Follette, W.C., Bach, P.A. y Follette, V.M. (1993). A behavior analytic view of psychological health. *The Behavior Analyst*, vol. 16 (2), 303-316.
- Goldiamond, I. (1974). Toward a constructional approach to social problems. Ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. *Behaviorism*, n°2, 1-84.
- Hayes, S.C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N.S. Jacobson (Ed.). *Psychotherapists in clinical practice. Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C. (1994). Content, contexts and the types of psychological acceptance. In S.C. Hayes, N.S. Jacobson, V.M. Follette y M.J. Dougher (Eds.). *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 13-32). Reno: Context Press.
- Hayes, S.C. y Hayes, L.J. (1992). Some clinical implications of contextualistic behaviorism: The example of cognition. *Behavior Therapy*, vol. 23, 225-249.
- Hayes, S.C., McCurry, S.M., Afari, N. y Wilson, K. (1991). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT). A therapy manual for the treatment of emotional avoidance*. Reno: Context Press.
- Hayes, S.C., Zettle, R.D. y Rosenfarb, I. (1989). Rule-following. In S.C. Hayes (Ed.). *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 191-220). New York: Plenum Press.
- Johnson, C. y Sidman, M. (1993). Conditional discrimination and equivalence relations: Control by negative stimuli. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, vol. 59 (2), 333-347.
- Kantor, J.R. (1924). *Principles of Psychology (Vol. I)*. New York: Alfred Knopf.
- Kantor, J.R. (1938). The operational principle in the physical and psychological sciences. *The Psychological Record*, vol. 1 (2), 1-32.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.
- Lakoff, G. y Johnson, M. (1991). *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Cátedra (Orig., 1980).
- McFadyen, M. (1989). The cognitive invalidation approach to panic. In R. Baker (Ed.). *Panic disorder: Theory, research and therapy* (pp. 281-300). Chichester: John Wiley and sons.
- Pérez Álvarez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Salkovskis, P.M. (1996). Avoidance behaviour is motivated by threat beliefs: A possible resolution of the cognition-behaviour debate. In P.M. Salkovskis (Ed.). *Trends in cognitive and behavioural therapies* (pp. 25-42). Chichester: John Wiley and sons.
- Skinner, B.F. (1981). *Conducta verbal*. México, D.F.: Trillas (Orig., 1957).
- Skinner, B.F. (1985). El análisis operacional de los términos psicológicos. En B.F. Skinner: *Aprendizaje y comportamiento* (pp. 159-173). Barcelona: Martínez Roca (Orig., 1945).
- Steele, D.L. y Hayes, S.C. (1991). Stimulus equivalence and arbitrarily applicable relational responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, vol. 56 (3), 519-555.
- Zettle, R.D. y Hayes, S.C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason-giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, vol. 4, 30-38.

Aceptado el 2 de febrero de 1998