

Conducta Autolítica, Ideación Suicida y Terapia de Aceptación y Compromiso: Un Estudio de Caso

Noelia Navarro Gómez¹  y Rubén Trigueros² 

¹ Universidad de Málaga, España

² Universidad de Almería, España

INFORMACIÓN

Recibido: Abril 29, 2024
Aceptado: Septiembre 03, 2024

Palabras clave:

Suicidio
Intento autolítico
Terapias de tercera generación
Terapia de aceptación y compromiso
Hexaflex

Keywords:

Suicide
Self-harm attempt
Third-generation therapies
Acceptance and commitment
therapy

RESUMEN

El aumento en la ideación y comportamiento suicida supone una importante problemática social que demanda el desarrollo de intervenciones terapéuticas eficaces. Se presenta una intervención terapéutica basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para abordar la ideación suicida de J., quien había intentado el suicidio previamente. La intervención se enfocó en los componentes del modelo hexaflex de ACT, buscando promover la flexibilidad psicológica a lo largo de 15 sesiones. Aunque no hubo una reducción significativa del malestar, J. demostró cambios positivos al contemplar los eventos privados sin reaccionar de manera literal, lo que indica progreso hacia la aceptación y adaptación a sus experiencias internas. A través de esta intervención, J. mostró más acciones alineadas con sus valores vitales, sugiriendo un avance hacia una vida centrada en valores y menos influenciada por el malestar emocional. Estos resultados destacan la efectividad de la intervención basada en ACT en casos de ideación suicida.

Self-injurious Behavior, Suicidal Ideation and Acceptance and Commitment Therapy: A Case Study

ABSTRACT

The increase in suicidal ideation and behavior represents a significant social issue that demands the development of effective therapeutic interventions. A therapeutic intervention based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is presented to address the suicidal ideation of J., who had previously attempted suicide. The intervention focused on the components of the ACT hexaflex model, aiming to promote psychological flexibility over 15 sessions. Although there was no significant reduction in distress, J. demonstrated positive changes by observing private events without reacting literally, indicating progress towards acceptance and adaptation to internal experiences. Through this intervention, J. displayed more actions aligned with their core values, suggesting progress towards a values-centered life with less influence from emotional distress. These results highlight the effectiveness of ACT-based intervention in cases of suicidal ideation.

Desde hace unos años, se viene advirtiendo del aumento en las cifras relativas al comportamiento suicida, tendencia que se ha visto agudizada tras la pandemia de COVID-19. Cuando hablamos de suicidio, nos referimos a un fenómeno universal, complejo y devastador con drásticas consecuencias, no solo a nivel personal, sino familiar y, en definitiva, a nivel social. Centrándonos en nuestro país, las últimas cifras disponibles, correspondientes a 2022 señalan que en dicho año 4227 personas se quitaron la vida Instituto Nacional de Estadística (INE, 2023). Estos datos alarmantes subrayan la urgencia de abordar la problemática del suicidio desde múltiples perspectivas, incluida la identificación de factores de riesgo, el acceso a intervenciones eficaces y la promoción de la salud mental en la sociedad.

Según la Organización Mundial de la Salud, más de 800.000 personas se suicidan cada año. Los intentos de suicidio, que no se incluyen en esta cifra (Aldalaykeh et al., 2020), registran un número aún más alto. En España, en 2019, 3671 personas se suicidaron y en 2020 el número de suicidios aumentó a 3941 (de la Torre-Luque et al., 2023). Basándonos en estos datos, el suicidio se confirma como la principal causa de muerte externa en España, duplicando las muertes causadas por accidentes de tráfico (INE, 2023).

En la última década, ha habido un aumento alarmante en la tasa de suicidios entre los jóvenes. Los casos de suicidio entre los jóvenes y los adultos de mediana edad tienen connotaciones particularmente graves dada la considerable cantidad de años de vida perdidos y las inmensas repercusiones en las familias y aquellos más cercanos a las víctimas (Airtzaguen y Morentin, 2022).

En el contexto clínico, el manejo del suicidio y la ideación suicida presenta desafíos significativos para los profesionales de la salud mental. La identificación temprana de los factores de riesgo, la evaluación del riesgo suicida y la implementación de intervenciones terapéuticas adecuadas son aspectos críticos en la prevención del suicidio. En este sentido, las terapias de tercera generación han emergido como enfoques terapéuticos prometedores en la gestión de la ideación suicida y los trastornos mentales asociados. Esta generación de terapias, en contraste con los enfoques tradicionales asumidos por la primera y, sobre todo, segunda generación de terapias, las cognitivas, se centran en promover la aceptación de las experiencias internas, como pensamientos, emociones y sensaciones físicas, mientras se fomenta la acción comprometida hacia los valores personales. Dentro de las terapias de tercera generación, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una de las terapias más reconocidas y ampliamente utilizadas, para gran cantidad de psicopatologías, topográficamente diferentes, aunque funcionalmente similares, como la depresión, la ansiedad o los trastornos del comportamiento alimentario o el control de impulsos por citar algunos ejemplos (ver Ruiz, 2010, para una revisión).

La ACT se basa en la Teoría del Marco Relacional y el Contextualismo Funcional, que sostienen que nuestro proceso de socialización nos proporciona habilidades para establecer relaciones arbitrarias entre estímulos (Wilson y Luciano, 2002). Esto significa que aprendemos a responder a un evento en términos de otro, lo que nos permite adaptarnos a situaciones nuevas. Por su parte, el Contextualismo Funcional se enfoca en el análisis del comportamiento humano en su contexto, considerando tanto las circunstancias históricas como situacionales (Hayes y Barnes-Holmes, 2004)

En contraste con las terapias de segunda generación, que buscan enfocarse en la evitación, supresión o modificación de los eventos privados que causan malestar psicológico, desde la ACT se promueve la acción hacia lo que valoramos en la vida, incluso si implica enfrentar el malestar que es natural en la vida. Esta forma de afrontamiento conforma el denominado Trastorno de Evitación Experiencial, una forma de regulación que puede ser efectiva a corto plazo para reducir el malestar, pero a largo plazo puede interferir gravemente con la vida personal y los valores de la persona. Por el contrario, desde la ACT se fomenta la flexibilidad psicológica al enfrentar eventos privados problemáticos sin reaccionar de manera literal a ellos. En lugar de tratar de eliminar los síntomas, la terapia se centra en continuar hacia metas valiosas personalmente, incluso cuando se experimenta malestar.

Para ello desde la ACT se trabajan seis procesos fundamentales, que conforman el denominado “hexaflex”, un modelo visual que muestra la interconexión entre estos procesos, a saber: atención plena al momento presente, clarificación de valores personales, compromiso con acciones alineadas con esos valores, reconocimiento del yo como un contexto más amplio que los pensamientos y sentimientos, desapego del lenguaje literal y aceptación del malestar como parte de la experiencia humana (Hayes et al., 2012). Estos principios fomentan la capacidad de adaptación y la habilidad para vivir de manera significativa a pesar de las dificultades emocionales al aceptar y comprometerse con lo que realmente importa para la persona.

Una de las fortalezas de la ACT en el tratamiento del espectro de comportamientos que abarca el suicidio radica en su enfoque holístico y contextual. En lugar de centrarse únicamente en la reducción de síntomas, la ACT aborda las dimensiones emocionales, cognitivas y conductuales del malestar psicológico, reconociendo la interconexión entre estos aspectos y su impacto en la vida de la persona. Al mismo tiempo, la ACT promueve la resiliencia y el bienestar emocional al empoderar a los individuos para que vivan de acuerdo con sus valores, incluso en presencia de dificultades y sufrimiento (Gloster et al., 2020).

En este sentido, ya existe alguna evidencia de la efectividad de la ACT en el tratamiento de la ideación suicida. Por citar algunos ejemplos, Walser et al. (2015), en un ensayo clínico, evaluaron la efectividad de dicha terapia en el tratamiento de la depresión y la ideación suicida en veteranos de guerra en comparación con el tratamiento habitual. Los resultados mostraron que la ACT fue efectiva para reducir tanto la depresión como la ideación suicida en los veteranos tratados. Se observaron mejoras significativas en los síntomas depresivos y una disminución en los pensamientos suicidas en aquellos que recibieron la terapia basada en la ACT en comparación con el grupo de control.

Investigaciones recientes (Ortas-Barajas y Manchón, 2024) han encontrado que la ACT puede reducir la frecuencia e intensidad de la ideación suicida, mejorar la calidad de vida y promover el bienestar psicológico a largo plazo. Además, la ACT se ha asociado con una disminución en los comportamientos autolesivos y una mayor capacidad de afrontamiento frente a las adversidades.

Por otro lado, Ducasse et al., (2018), compararon la efectividad de la ACT con un grupo de relajación como complemento al tratamiento habitual en pacientes ambulatorios adultos con trastorno de comportamiento suicida. Para ello, asignaron

aleatoriamente a 40 participantes a una de las condiciones experimentales, concretamente ACT o relajación, en un protocolo de 7 semanas de duración. Los resultados mostraron mejores resultados en el grupo de ACT en lo que se refiere a la severidad de la ideación suicida, manteniéndose estos resultados en el seguimiento a los 3 meses.

Por su parte, Barnes et al., (2021), desarrollaron un protocolo denominado *ACT for Life* para guiar la aplicación de ACT y maximizar la recuperación en situaciones de crisis suicidas. En dicho trabajo, se asignaron aleatoriamente a 70 veteranos al tratamiento habitual o al protocolo *ACT for Life*. Los participantes fueron evaluados al inicio, después del tratamiento, y uno y tres meses después de la inscripción, encontrándose que los participantes del grupo *ACT for Life* valoraban muy positivamente el tratamiento y que era eficaz en la recuperación tras una crisis suicida.

El presente trabajo pretende proporcionar una evidencia clínica de las bondades de la ACT en la intervención en un caso de ideación y comportamiento suicida. La hipótesis de partida contempla que la ACT por sí sola será eficaz en la reducción significativa de la sintomatología clínica, estando estos resultados mediados por el incremento de la flexibilidad psicológica.

Método

Participantes

J. es un hombre de 35 años que trabaja como ingeniero en una empresa de tecnología. Vive solo en un apartamento en el centro de la ciudad y no tiene mascotas. Desde su infancia y adolescencia J. ha mostrado siempre un carácter autocrítico y cierta tendencia al perfeccionismo. J. acude a consulta privada, porque recientemente, ha experimentado un aumento significativo en los niveles de estrés relacionados con su trabajo. Se siente abrumado por las demandas laborales y la presión de cumplir con los plazos de los proyectos. Además, J. ha tenido un intento autolítico, un evento traumático que ha dejado una marca profunda en su bienestar emocional y en su percepción de la vida. Este intento suicida de J. ocurrió hace aproximadamente seis meses, durante un período de intensa crisis emocional. Fue desencadenado por una combinación de factores estresantes en su vida: la sobrecarga de trabajo en la empresa, la presión constante por cumplir con los plazos, y la sensación abrumadora de no ser capaz de manejar la situación.

La ruptura con su pareja, que refiere era “una gran fuente de apoyo y consuelo” con quien mantuvo una relación durante 8 años, también contribuyó a su estado emocional frágil. Por otro lado, la pérdida de un familiar querido poco antes del intento suicida aumentó su dolor emocional y su sensación de desesperación. Todo esto propició un estado afectivo negativo, que actuó como señal discriminativa disparadora del intento autolítico, con el objetivo de escapar del dolor emocional que experimentaba. Además, J. experimentaba dificultades en sus relaciones interpersonales, sintiéndose distante y desconectado de sus seres queridos, lo que exacerbó su sensación de soledad y desesperanza. Como antecedente destacable, J. señala que su madre siempre ha tenido una personalidad con tendencia a la depresión y a la melancolía, lo que sugiere el modelado de ciertos patrones. J. verbaliza su profundo sufrimiento emocional, expresando pensamientos como “no tengo ganas de nada” y “no valgo para nada”. Además, se siente avergonzado de sus

pensamientos y comportamientos, describiéndose a sí mismo como “loco” o “cobarde” por pensar en soluciones extremas. Actualmente, se encuentra de baja laboral y apenas sale de casa, luchando por encontrar una razón para seguir adelante y recuperar el sentido de su vida. Confiesa consumir alcohol “para evadirse cuando le asaltan los pensamientos feos”, y se encuentra en tratamiento psiquiátrico para la depresión. La idea de suicidio es una presencia constante en su mente, y siente que sería más fácil desaparecer.

Instrumentos

- Entrevista clínica: Se recopiló información detallada sobre el intento autolesivo de J., incluyendo el momento de inicio, las circunstancias desencadenantes y su experiencia emocional durante y después de dicho evento. También se exploraron sus percepciones sobre el estrés laboral, las dificultades en las relaciones interpersonales y las estrategias de afrontamiento con las que cuenta.
- Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II, Bond et al., 2011) adaptación española de Ruiz et al. (2013). El AAQ-II se utilizó para evaluar la disposición de J. a aceptar experiencias emocionales difíciles y su flexibilidad psicológica frente al estrés y las dificultades en su vida. Se recogieron datos sobre su grado de evitación experiencial y la aceptación psicológica en relación con el intento autolesivo y el estrés laboral.
- Autorregistro: J. llevó un autorregistro en el que anotó sus pensamientos, emociones y comportamientos relacionados con el estrés laboral, las relaciones interpersonales y cualquier pensamiento o impulso autolesivo que experimentó. Esta información proporcionó detalles sobre los desencadenantes y los patrones asociados con su malestar emocional.
- Formulario Narrativo de Valores (Values Narrative Form; Hayes et al., 1999): J. completó un formulario narrativo de valores para identificar y describir sus valores personales en áreas como el trabajo, las relaciones interpersonales, el ocio y la salud emocional o la espiritualidad. Esto permitió una comprensión más profunda de lo que J. consideraba importante en su vida y hacia qué aspectos deseaba dirigirse.
- Cuestionario de Valores (Wilson y Luciano, 2002). Se utilizó un cuestionario para que J. valorara la importancia de cada área de su vida y evaluara en qué medida estaba viviendo de acuerdo con sus valores personales (ambas en una escala de 1 a 10). Esto proporcionó información sobre la congruencia entre sus valores y su comportamiento actual.
- Formulario de Estimación de Valores (Values Assessment Rating Form; Hayes et al., 1999). Se trata de un formulario para evaluar la importancia y la satisfacción en cada área de valores durante el último período de tiempo (1= nada importante; 10= muy importante). También priorizó las áreas de valores según su significado personal, lo que ayudó a identificar las áreas prioritarias para el trabajo terapéutico. Se utilizó únicamente la parte relativa a ordenar, según el grado de importancia, cada una de las facetas valiosas, pues ya se toman anteriormente otras medidas relacionadas con el grado de importancia de cada una de las facetas por separado.
- Formulario de Metas, Acciones y Barreras (Goals, Actions, Barriers Form; Hayes et al., 1999). Se empleó un formulario para que J., con ayuda del terapeuta, identificara sus objetivos y acciones específicas para abordar las facetas que consideraba

valiosas en su vida, así como para identificar las barreras percibidas que podrían obstaculizar su progreso en estas áreas.

- Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck et al., 1996), adaptación española de Sanz et al. (2003). Se trata de un instrumento de autoinforme diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes a partir de 13 años. Se compone de 21 ítems, en una escala tipo Likert de 4 alternativas de respuesta ordenadas de menor a mayor gravedad (salvo los ítems 16 y 18 que poseen 7 categorías), teniendo que elegir la frase que más se ajuste al estado del paciente en las últimas dos semanas incluyendo el día en que se realiza. Cada ítem se puntúa de 0 a 3 en función de la respuesta elegida. Los puntos de corte que se han establecido son: 0-13, depresión mínima; una puntuación de 14 a 19 indicaría la presencia de sintomatología depresiva leve; moderada si las puntuaciones de 20 a 28 y grave si es de 29 a 63. Existe cierto consenso en considerar como punto de corte 17/18 para detectar que existe sintomatología depresiva. Este instrumento posee una consistencia interna elevada con coeficientes de alfa de Cronbach superiores a 0.85 en población universitaria (Sanz, et al., 2003) y fiabilidad y validez en diversas muestras.
- State Trait Anxiety Inventory (STAI; adaptación española de Spielberger et al., 1983) o Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Se trata de un instrumento de autoinforme de 40 ítems, que evalúa la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). Cada subescala tiene 20 ítems y la puntuación total en cada una oscila en un rango de 0 a 60 puntos. El sistema de respuesta es mediante una escala Likert de 4 puntos de intensidad creciente (0= casi nunca/nada, 1= algo/a veces, 2= bastante/a menudo, 3= mucho/casi siempre). Los niveles de consistencia interna en muestras de población española van desde 0,84 y 0,93 (Fonseca-Pedrero et al., 2012) y también muestra buena fiabilidad (0,94 para la A/E; y 0,86 para A/R) (Spielberger, 1988).

Procedimiento

La ACT fue utilizada para intervenir en las dificultades emocionales y el intento autolesivo de J. El objetivo principal era aumentar su flexibilidad mental y promover la acción comprometida hacia sus valores. Se estableció una relación sólida entre J. y su terapeuta para comprender su situación y definir metas terapéuticas. Mediante autorregistros y evaluaciones, se exploraron los detalles del intento autolesivo, los desencadenantes y las emociones asociadas. La terapia consistió en 15 sesiones semanales centradas en aumentar la flexibilidad psicológica y promover acciones alineadas con los valores de J. (ver Anexo 1 para una temporalización de los contenidos trabajados) Se realizaron sesiones de seguimiento a los 3 y 6 meses. Dos terapeutas llevaron a cabo el proceso, uno dirigiendo la intervención y otro supervisando el progreso. Aunque las sesiones no fueron grabadas, se realizaron anotaciones detalladas para documentar el proceso terapéutico y evaluar los resultados. Se trabajaron los seis aspectos clave del modelo hexaflex. Se realizaron dos sesiones de seguimiento a los 3 y 6 meses después de finalizar la intervención para evaluar los cambios sostenidos en el tiempo.

Generar Experiencia de Desesperanza Creativa

En las primeras etapas de la terapia con J., se exploró el concepto de desesperanza creativa para entender sus patrones de evitación emocional y fomentar un cambio de perspectiva sobre sus estrategias de afrontamiento. El terapeuta acompañó a J. en la creación de un esquema que representara todas las acciones destinadas a evitar el malestar emocional y reducir su sufrimiento psicológico. Se identificaron los temores y las preocupaciones de J., como la presión laboral y las expectativas de rendimiento, así como las tácticas empleadas para enfrentar estas preocupaciones (evitar actividades sociales, sumergirse en el trabajo, beber, el intento autolítico) y los resultados obtenidos. Para generar esta sensación de desesperanza se trabajó con metáforas y ejercicios experienciales como *el ejercicio de la danza con la sombra* (Wilson y Luciano, 2002), en el que J. visualizó cómo había estado alimentando su sombra durante mucho tiempo, y cuanto más lo hacía, más se alejaba de la luz.

Clarificación de Valores

La exploración y clarificación de valores se convirtió en un pilar central para orientar las acciones de J. hacia una vida más plena y significativa. Se le animó a reflexionar sobre lo que realmente valoraba en su vida y hacia dónde quería dirigirse sin las limitaciones de los problemas que enfrentaba. J. identificó la importancia de su familia, relaciones sociales y metas como el crecimiento profesional y el cuidado personal. Se utilizó la *metáfora del río* (Wilson y Luciano, 2002), para ilustrar los desafíos en el camino hacia sus valores, visualizando su vida como un río con corrientes turbulentas y obstáculos que representaban la tensión y la ansiedad. Se enfatizó la necesidad de remar con determinación y aceptar la dificultad del camino, comprometiéndose con el proceso para acercarse a lo que verdaderamente valoraba. Los valores fueron representados como *un faro que iluminaba el camino a seguir en la vida*. Se enfatizó que, aunque los resultados puedan tardar en manifestarse, comprometerse con el proceso era esencial para acercarse a lo que verdaderamente valoraba.

Exposición a los Eventos Privados, Compromiso con los Valores, Desliteralización o Desactivación de las Funciones Verbales y la Perspectiva del Yo

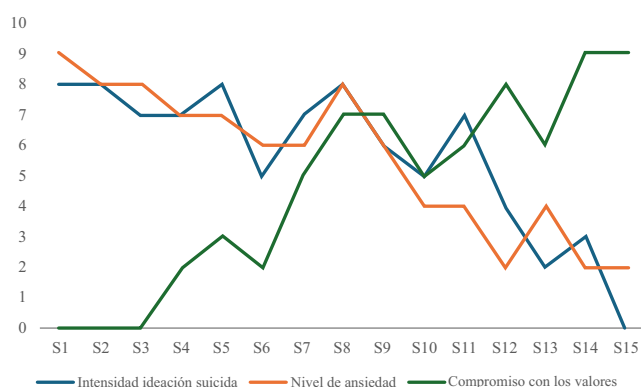
Después de explorar y definir sus valores en sesiones previas, se le presentaron una serie de ejercicios prácticos diseñados para ayudarlo a enfrentar las experiencias internas sin resistencia y actuar en línea con lo que realmente valora. Por ejemplo, se trabajó con la *metáfora del epitafio* (Wilson y Luciano, 2002). Se promovió también la diferenciación entre el “yo como contenido” y el “yo como contexto” (esto es los pensamientos, emociones, recuerdos y demás eventos privados vs. el observador o lugar donde se experimentan esos contenidos) a través de la metáfora de la casa y los muebles. J. aprendió que él era “la casa” y sus pensamientos, emociones y estados corporales eran el mobiliario, lo que le permitió observar sus “eventos privados” sin identificarse con ellos. Para romper con la literalidad, se utilizaron ejercicios que le permitieron contemplar sus pensamientos y sus sentimientos, como lo que son y no lo que dicen. Por ejemplo, se

presentó el *ejercicio del limón* (Wilson y Luciano, 2002), donde se destacó cómo la simple exposición a las palabras disminuye su carga emocional.

Resultados

A lo largo de las quince sesiones de terapia, se evidencia un progreso notable en J. con una disminución gradual de la intensidad de la ideación suicida y del nivel de ansiedad, mientras que su compromiso con los valores personales experimenta un aumento constante. Estos resultados positivos se evidencian en los resultados de los cuestionarios de la evaluación post intervención (los mismos que los aplicados en línea base), indicando una mejora significativa en el bienestar emocional de J. y una mayor alineación con sus metas y valores vitales. La reducción progresiva de la ideación suicida y la ansiedad sugiere una respuesta efectiva a la intervención terapéutica, mientras que el crecimiento en el compromiso con los valores indica una mayor claridad y determinación en la búsqueda de una vida más significativa y satisfactoria (ver Figura 1).

Figura 1
Evolución de la Ideación Suicida, Nivel de Ansiedad y Compromiso con los Valores a lo Largo de las Sesiones (Autorregistro, STAI y Cuestionario de Valores)



J. inició un trabajo de aceptación de sus pensamientos y emociones (“no valgo para nada”, “no merezco ser feliz”, “nunca voy a mejorar”, “mi vida no tiene sentido”), reconociendo que la lucha constante por suprimir o evitar sus pensamientos negativos y emociones dolorosas solo aumentaba su sufrimiento. Así como aprendiendo a “contemplarlos sin más que como meros pensamientos”, sin que por ello sean determinantes de su comportamiento. A través de las metáforas y ejercicios experienciales trabajados en las sesiones aprendió a permitir la experiencia de emociones difíciles y pensamientos perturbadores sin juzgarlos ni intentar suprimirlos, reduciendo así la lucha interna y el malestar asociado. Esto le permitió desarrollar habilidades para responder de manera más flexible a las dificultades de la vida. El uso de técnicas de mindfulness y defusion cognitiva le permitió observar sus pensamientos desde una distancia emocional, sin identificarse completamente con ellos. Gradualmente, J. tomó conciencia de sus valores personales y se comprometió con acciones alineadas con ellos, aumentando su participación en actividades familiares, sociales y personales, y enfocándose en el cuidado de su salud emocional. Reportó una mejor gestión del estrés, gracias a

la puesta en práctica de ejercicios de respiración, retomó el trabajo, salió con amigos, y encontró placer en actividades como la lectura, salir a comer fuera o irse de viaje. En cuanto al manejo del estrés, J. aprendió estrategias prácticas para afrontar los desafíos laborales y reducir la presión constante que sentía en su trabajo. La terapia se centró en ayudarlo a establecer límites saludables, priorizar tareas y delegar responsabilidades cuando fuera necesario. Además, J. incorporó prácticas de autocuidado, como ejercicio regular, técnicas de relajación y hábitos de sueño saludables, para fortalecer su resiliencia ante el estrés laboral y personal. El enfoque terapéutico también incluyó el desarrollo de habilidades de resolución de problemas y toma de decisiones, ayudando a J. a abordar los desafíos de manera más efectiva y a tomar decisiones orientadas a sus valores personales y metas a largo plazo. A medida que J. aplicaba estas habilidades en su vida diaria, comenzó a experimentar una sensación de control y empoderamiento sobre su situación, lo que contribuyó a mejorar su autoestima y bienestar emocional.

A lo largo del proceso, J. enfrentó recaídas, pero aprendió a verlas como oportunidades de aprendizaje y crecimiento personal en lugar de retrocesos. Se comprometió con su proceso de recuperación y se mantuvo abierto a nuevas experiencias y perspectivas. Al finalizar la terapia, J. experimentó una reducción en la ideación suicida y una mayor satisfacción con su vida en general.

Discusión

El caso de J. revela un patrón de regulación emocional altamente limitante, donde la autolesión sirve como mecanismo de evitación experiencial. Su intento suicida fue impulsado por diversos factores estresantes, y aunque proporcionó un alivio momentáneo, el aislamiento social y la vergüenza asociada exacerbaban su sensación de soledad y alienación. Las etiquetas negativas que J. se aplica contribuyen a un ciclo autodestructivo de pensamientos. Su resistencia a contactar con eventos privados aversivos refuerza este patrón, proporcionándole un sentido de “estar haciendo lo correcto”. Este Trastorno de Evitación Experiencial, eficaz a corto plazo al proporcionar alivio inmediato, perpetúa su sufrimiento emocional. J. se encuentra atrapado en un ciclo vicioso donde sus conductas reguladoras, aunque inicialmente parecen brindar alivio, en última instancia, prolongan su sufrimiento emocional y conllevan costos significativos a nivel personal y emocional.

El progreso de J. se evidenció a lo largo de las 15 sesiones de terapia. A medida que avanzaba la terapia, pudo discernir patrones en su comportamiento y reconocer los pensamientos negativos que lo atrapaban en un ciclo destructivo. Al finalizar la intervención, se observó una reducción significativa en las tendencias suicidas de J., y estos resultados se mantuvieron durante el seguimiento a los 3 y 6 meses posteriores donde volvieron a aplicarse las medidas de evaluación.

Los niveles de autolesión disminuyeron considerablemente, indicando una respuesta positiva al tratamiento. El éxito de esta intervención radica en que ACT no se centra en suprimir los síntomas, sino en romper patrones de evitación y promover una mayor aceptación de las experiencias emocionales difíciles. En el caso de J., esto implicó dejar de centrarse en el malestar, la tensión y la ansiedad asociados con el pensamiento suicida, y aprender a convivir con ellos de manera consciente y abierta. Se trabajó en dirección a una vida con sentido personal, donde

J. pudiera retomar sus relaciones sociales, mejorar su relación con sus padres y alcanzar sus metas académicas. La flexibilidad psicológica desempeñó un papel crucial en el tratamiento, permitiendo a J. adoptar nuevas formas de regulación emocional y respuesta ante las dificultades.

El estudio presenta varias limitaciones. Además, la evaluación se basó en autorregistros y cuestionarios autoinformados, lo que puede introducir sesgos subjetivos (Podsakoff, et al., 2003), y el seguimiento a corto plazo podría no captar completamente la durabilidad de los efectos terapéuticos (Leichsenring & Rabung, 2011). Asimismo, al tratarse de un estudio de caso único se restringe considerablemente la generalización de los resultados (Kazdin, 2011). Para futuros estudios, se sugiere grabar las sesiones para una mayor transparencia, ampliar el tamaño de la muestra para mejorar la generalización, extender el período de seguimiento para evaluar la sostenibilidad a largo plazo, utilizar medidas objetivas para reducir sesgos de autoevaluación, y controlar mejor las variables externas para atribuir más claramente los cambios observados a la intervención (Shadish et al., 2002). A pesar de la necesidad de más investigaciones en esta área, este estudio proporciona evidencia sólida del potencial de la ACT como tratamiento eficaz para problemas de regulación emocional y autolesión.

Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales

Conflicto de Intereses

El presente artículo no presenta ningún conflicto de interés. Todos los autores declaran que no tienen intereses personales, financieros o profesionales que pudieran influir en la investigación o en la interpretación de los resultados presentados.

Referencias

- Aiartzaguen, M. y Morentin, B. (2022). Factores de riesgo del suicidio consumado en los jóvenes y los adultos de mediana edad: Estudio poblacional forense. *Revista Española de Medicina Legal: Órgano de la Asociación Nacional de Médicos Forenses*, 48(2), 53-59. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2021.09.003>
- Aldalaykeh, M., Dalky, H., Shahrouh, G. y Rababa, M. (2020). Psychometric properties of two Arabic Suicide Scales: stigma and literacy [Propiedades psicométricas de dos escalas árabes de suicidio: estigma y alfabetización]. *Heliyon*, 6(4), e03877. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e03877>
- Barnes, S. M., Borgesa, L. M., Smitha, G. P., Walser, R. D., Forstera, J. E. y Bahraini, N.H. (2021). Randomized controlled acceptability and feasibility trial of ACT for life [Ensayo controlado aleatorio de aceptabilidad y viabilidad de TAC para la vida]. *Journal of Contextual Behaviour Science*, 20, 35-45. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.02.003>
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory–II [Inventario de depresión de Beck II] (BDI-II)*. The Psychological Corporation.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance [Propiedades psicométricas preliminares del Cuestionario de Aceptación y Acción-II: una medida revisada de inflexibilidad psicológica y evitación experiencial]. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- de la Torre-Luque, A., Pemau, A., Ayad-Ahmed, W., Borges, G., Fernandez-Sevillano, J., Garrido-Torres, N., Garrido-Sánchez, L., Garriga, M., González-Ortega, I., González-Pinto, A., Grande, I., Guinovart, M., Hernández-Calle, D., Jiménez-Treviño, L., López-Sola, C., Mediavilla, R., Pérez-Aranda, A., Ruiz-Veguilla, M., Seijo-Zazo, E., Toll, A., ... Ayuso-Materos, J. L. (2023). Risk of suicide attempt repetition after an index attempt: A systematic review and meta-analysis [Riesgo de repetición de intentos de suicidio después de un intento índice: una revisión sistemática y un metanálisis]. *General Hospital Psychiatry*, 81, 51-56. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.01.007>
- Ducasse, D., Jaussent, I., Arpon-Brand, V., Vienot, M., Laglaoui, C., Béziat, S., Calati, R., Carrière, I., Guillaume, S., Courtet, P. y Olié, E. (2018). Acceptance and commitment therapy for the management of suicidal patients: a randomized controlled trial [Terapia de aceptación y compromiso para el manejo de pacientes suicidas: un ensayo controlado aleatorizado]. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(4), 211-222. <https://doi.org/10.1159/000488715>
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., y Muñoz, J. (2012). Propiedades psicométricas del cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) en universitarios. *Psicología Conductual*, 20, 547-561.
- Gloster, A., Walder, N., Levin, M.E., Twhig, M. y Karekla, M. (2020). The empirical status of Acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses [El estado empírico de la terapia de aceptación y compromiso: una revisión de metanálisis]. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Hayes, S. C. y Barnes-Holmes, D. (2004). Relational frame theory: A functional analytic approach to verbal events [Teoría del marco relacional: un enfoque analítico funcional del acontecimiento verbal]. En S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes y B. Roche (Eds.), *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition* (pp. 3-30). Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change [Terapia de aceptación y compromiso: un enfoque experiencial para el cambio de conducta]*. Guilford.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Defunciones por suicidio. Resultados Nacionales*. <https://ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=61481>
- Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings [Diseños de investigación de caso único: métodos para entornos clínicos y aplicados]*. Oxford University Press.
- Leichsenring, F. y Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: Update of a meta-analysis [Psicoterapia psicodinámica a largo plazo en trastornos mentales complejos: actualización de un metaanálisis]. *The British Journal of Psychiatry*, 199(1), 15-22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083998>
- Ortas-Barajas, F. y Manchón, J. (2024). Terapia de Aceptación y Compromiso en conducta suicida: una revisión sistemática. *Anales de Psicología*, 40(2), 189-198. <https://doi.org/10.6018/analesps.559361>

- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y. y Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies [Sesgos metodológicos comunes en la investigación del comportamiento: una revisión crítica de la literatura y soluciones recomendadas]. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879-903. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.879>
- Ruiz, F. J. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies [Una revisión de la evidencia empírica de la terapia de aceptación y compromiso (ACT): estudios correlacionales, de psicopatología experimental, de componentes y de resultados]. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56017066008.pdf>
- Ruiz, F. J., Langer Herrera, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: the Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II [Medición de la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica: la versión española del Cuestionario de Aceptación y Acción-II]. *Psicothema*, 25, 123-129.
- Sanz, J., Navarro, M. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference* [Diseños experimentales y cuasi-experimentales para inferencia causal generalizada]. Houghton Mifflin.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R. y Jacobs, G. A. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory [Manual para el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo]. Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D. (1988). *Professional Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)* [Manual profesional para el Inventario de expresión de ira estado-rasgo (STAXI)] (research ed.). Psychological Assessment Resources.
- Walser, R. D., Garvert, D. W., Karlin, B. E., Trockel, M., Ryu, D. M., Taylor, C. B. y Dobson, K. S. (2015). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans [Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento de la depresión y la ideación suicida en veteranos]. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 25-31. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.08.012>
- Wilson, K. G. y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso: un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.

Anexos

Anexo 1

Temporalización Sesiones/Procesos Trabajados

	Número de sesión																
Procesos trabajados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	s.1	s.2
Desesperanza creativa	x	x		x		x						x					
Atención al momento presente	x			x	x			x			x		x				
Aceptación		x					x		x		x	x				x	
Defusion				x				x					x	x	x		
Yo como contexto			x	x	x	x						x		x			
Compromiso con la acción					x			x	x	x	x		x		x		