

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/240613001>

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para el tratamiento de los síntomas psicóticos

Chapter · January 2010

CITATION

1

READS

8,817

2 authors:



José A. Carmona-Torres

Universidad de Almería

26 PUBLICATIONS 96 CITATIONS

SEE PROFILE



José Manuel García-Montes

Universidad de Almería

93 PUBLICATIONS 1,557 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Desarrollo de una terapia contextual con base en la persona para las alucinaciones [View project](#)



Influencia de la metáfora [View project](#)

CAPÍTULO 6

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ATC) PARA EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS

José Alberto Carmona Torres y José Manuel García Montes

Se presenta en este capítulo la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), la cual es una aproximación psicoterapéutica general dirigida al tratamiento de diferentes trastornos y problemas psicológicos. ACT, pronunciado como una sola palabra con el objetivo de enfatizar el sentido que tiene en inglés de actuar (Hayes, 2004a; Wilson y Luciano, 2002; Luciano, 1999), es un enfoque terapéutico proveniente del análisis clínico de la conducta y basado filosóficamente en una variante del pragmatismo conocida como contextualismo funcional (Hayes, Hayes y Reese, 1988; citado en Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Pues bien, a pesar de ser un enfoque terapéutico que utiliza los supuestos, principios y métodos del actual análisis funcional de la conducta en su aplicación a pacientes externos (Dougher y Hayes, 2000), ACT presentaría ciertas dificultades a la hora de clasificarla si nos atenemos a las diferenciaciones tradicionales entre terapias de conducta, terapias cognitivas o cognitivo-conductuales y otras (Hayes, 2004b).

En este sentido ACT puede alinearse junto a un conjunto de terapias aparecidas en los últimos 10 años que, aún no proviniendo de un mismo lugar ni compartiendo un claro factor común que las identifique, sí enfatizan la importancia de estrategias y métodos más experienciales en lugar de, como suele ser habitual, perseguir el cambio mediante métodos más didácticos o directos, a la vez que otorgan una mayor importancia al contexto en el que aparecen las conductas y a las funciones que presentan los distintos comportamientos o fenómenos psicológicos abordados, más que a la forma de los mismos, dando especial importancia a las intervenciones basadas en estrategias de aceptación, mindfulness y reducción de la “fusión” con las cogniciones (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006). Además, estas aproximaciones terapéuticas vendrían a ocuparse de distintas áreas tradicionalmente no abordadas u olvidadas por la mayoría de los modelos teóricos y terapéuticos predominantes en psicología y psiquiatría. En concreto, estas terapias pondrían un énfasis explícito en temas como la aceptación, la relación terapéutica, la reducción de la fusión con el lenguaje y las cogniciones, los valores o la espiritualidad de la persona, entre otros aspectos (Hayes, 2004a). Pues bien, este grupo conforma lo que se ha venido a llamar tercera generación o “tercera ola” de terapias de conducta, de la que la Terapia de Aceptación y Compromiso for-

maría parte, junto con otras como la Psicoterapia Analítico Funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991), la Terapia Dialéctica (Linehan, 1993) y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (Segal, Williams y Teasdale, 2002), entre otras (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig y Wilson, 2004; Hayes, 2004a).

Situada la terapia en su contexto, desde ACT se enfatiza la importancia de entender los eventos psicológicos, y en su caso los síntomas del trastorno, como acciones de la persona de manera holística (como un todo), interactuando con y en un contexto. A su vez, este contexto estaría definido por las características situacionales propias del mismo (por los antecedentes, las reglas verbales y las consecuencias actuales), así como por la historia (como sería, por ejemplo, la historia de aprendizaje de la persona) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Hayes, et al. 2004; Hayes et al. 2006). Es decir, la persona y sus conductas son entendidas aquí como inseparables del contexto en el que se aparecen. Así, la conducta cobra sentido y significado precisamente al atender al contexto en el que se da. Es por esto por lo que para un terapeuta ACT lo importante no es la forma de la conducta, sino la función que ésta cumple para la persona en un determinado contexto. De ahí que el hecho de que una persona se comporte de manera irracional, extraña, ilógica, excéntrica, visionaria, etc. no sería en sí mismo signo de psicopatología, sino que lo que lo determinaría como tal sería la función que dicho comportamiento tiene en la vida de la persona. Esto es, comportarse de determinada manera llega a ser un problema en el momento en el que tal actuación limita la vida de la persona en lo que para ella es importante o valioso en su vida.

Intentemos verlo con un ejemplo para que pueda verse más claro esto a lo que nos referimos. Supongamos el caso de R, el cual presentaba determinados comportamientos o síntomas característicos que podrían formar parte de un trastorno psicótico, tales como ver una luz muy clara y luminosa impregnándolo todo y que le producía una intensa emoción (alucinaciones visuales), sentir que entraba en contacto con seres a los que no podía ver pero sí sentir y que de alguna manera se comunicaban con él (pensamiento mágico) y sensaciones corporales de energía que obtenía al entrar en contacto con parajes naturales (sensaciones corporales extrañas). Todas estas experiencias eran atribuidas por esta persona a ciertos seres divinos o dioses que entraban en contacto con él (delirios) produciéndole todo este conjunto de experiencias, algo que él sabía gracias a que estos mismos seres divinos se lo habían comunicado de manera no verbal. Por otro lado, y si atendemos a cómo estaba la vida de esta persona, R tenía trabajo e independencia económica, mantenía una buena relación con sus familiares y su grupo de amigos y, en general, llevaba

una vida normal. El punto sería percatarse de que, en el caso de R, el hecho de presentar todos estos comportamientos extraños, dado el contexto personal o vital en el que aparecían, no interfería negativamente o limitaba la vida de esta persona, ya que, en general, no presentaba problema alguno tanto en el funcionamiento social como en el personal, a pesar de que estas experiencias le ocurriesen casi a diario. Si bien R cumpliría los requisitos para ser diagnosticado de algún tipo de trastorno psicótico, lo que nos importa aquí destacar es que estas experiencias (“psicóticas”) no son necesariamente negativas en sí. Así, determinados comportamientos (extraños, raros, “psicóticos”) no serían problemáticos por el simple hecho de ser catalogados de estas u otras formas, sino que lo que los haría problemáticos o psicopatológicos sería el contexto (circunstancial, personal, social, vital, histórico, etc.) en el que aparecen.

Nótese que a lo que apunta este planteamiento es a que existirían ciertas formas de comportamiento que dependiendo de la finalidad que persiguen, esto es, la función que cumplen en un contexto dado pueden, por un lado, no llegar a conformar un trastorno, o bien ser problemáticas llegando incluso a trastornar toda la vida de la persona. A pesar de que a R estos comportamientos no le producían problemas en su vida, estas mismas conductas pueden, en otro caso, llegar a ser muy problemáticas. En efecto, como es sabido otras personas dedican enormes esfuerzos para intentar controlar, cambiar o eliminar estas experiencias aversivas y, con ello, llegan a trastornar infinidad de aspectos en su vida. Así, existirían ciertas experiencias o síntomas no deseados que la persona trataría de evitar, en ocasiones sin éxito, a la vez que, paradójicamente, esos mismos esfuerzos por evitarlos en ocasiones pueden llegar a redundar en una exacerbación de los síntomas.

Cabe aquí introducir el concepto de lo que se ha venido a llamar como Trastorno de Evitación Experiencial (TEE), el cual es una figura clínica funcional que se encontraría en numerosos problemas psicológicos formalmente diferenciados en los actuales sistemas taxonómicos (Luciano y Hayes, 2001; Hayes, Wilson, Gifford, Follete y Strosahl, 1996). La evitación experiencial es un fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a experimentar ciertas experiencias privadas o “internas” (pensamientos, sensaciones corporales, recuerdos, voces, visiones, etc.) y se comporta con la finalidad de eliminar o modificar tanto la forma como la frecuencia de esas experiencias así como las situaciones o los contextos que las generan. La cuestión sería que ese mismo intento por evitar los síntomas, aunque en ocasiones sea efectivo a corto plazo, a la larga puede redundar incluso en un aumento de la sintomatología. En el extremo

podría llegar a cronificarse y, por tanto, dificultar gravemente que la persona actúe en dirección a lo que para ella es valioso en su vida. Así, este fenómeno ha sido hallado prácticamente en el total de trastornos psicopatológicos existentes, incluidos los trastornos psicóticos (Hayes et al. 1996). Para que se pueda entender esto último, cabe puntualizar que el TEE no sería un nuevo trastorno mental equivalente a los incluidos en los actuales manuales diagnósticos (tales como los que podemos hallar en el DSM o la CIE), ya que éste no se definiría por la agrupación o presencia de determinados síntomas o comportamientos con unas formas, características o contenidos concretos, sino que estaría definido por la finalidad que tienen dichos comportamientos (cualquiera que sea la forma que estos presenten o la variedad de conductas topográficamente diferenciadas que hubiere). Así, como se dijo, los comportamientos que vendrían a conformar el TEE serían todos aquellos que estuviesen dirigidos a la eliminación, cambio o, en definitiva, evitación de la experiencia privada o “interna” aversiva, hecho por el cual puede ser encontrado en múltiples trastornos mentales formalmente diferenciados, incluyendo los psicóticos.

Por otro lado, es importante destacar que ACT se vale de la investigación básica para identificar qué condiciones generan y mantienen este trastorno. En concreto, esta terapia se fundamenta experimentalmente en la Teoría de los Marcos Relacionales, (RFT, de sus siglas en inglés Relational Frame Theory) (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001), la cual ha sido desarrollada a partir de un programa de investigación contextual-funcional para el estudio del lenguaje y la cognición humana. No siendo este el lugar adecuado para profundizar en esta teoría, dadas las pretensiones del presente escrito, si cabría tan solo indicar que esta investigación apunta a la importancia que determinados contextos verbales tendrían en la constitución de los distintos trastornos existentes. En este sentido, el contexto social verbal estaría a la base o sería constitutivo del TEE. Pues bien, y dado lo que aquí nos interesa, actualmente la RFT vendría a fundamentar experimentalmente las técnicas utilizadas en esta terapia.

Por último cabe señalar que ACT no está dirigida a la modificación de la forma o la frecuencia de las conductas desadaptativas, tal y como sería de esperar por tratarse de una terapia proveniente del análisis clínico de la conducta, y por tanto, enfocada al cambio comportamental directo, sino que está orientada al cambio de la manera que la persona tiene de reaccionar ante la presencia de sus síntomas mediante un cambio del contexto social verbal que envuelve a toda conducta humana. Algo que se verá con más detalle a continuación.

Tratamiento

La Terapia de Aceptación y Compromiso persigue como principal objetivo, por un lado, que la persona *accepte* aquellos aspectos de su experiencia (voces, visiones, sensaciones corporales, pensamientos, etc.) que ha intentado cambiar o eliminar sin éxito, y, por otro lado, que se *comprometa* a actuar para conseguir aquellas metas u objetivos que tengan una importancia personal valiosa (trabajo, relaciones íntimas, relaciones familiares, espiritualidad, etc.). No se trataría, pues, de una aceptación pasiva o resignada, en el sentido de rendirse ante las circunstancias o las experiencias no deseadas, sino una *aceptación activa y comprometida* con entrar en contacto con aquellas experiencias evitadas mientras la persona actúa en dirección a lo que para ella es realmente importante en su vida (Pérez Álvarez, 2004). Así, lo que se pretende es que la persona actúe de manera valiosa y dirija su vida a pesar de los *síntomas*, en lugar de quedarse paralizada por los mismos. Esta visión de la aceptación como experiencia activa en el marco de los valores de la persona guarda analogía con el “tono vital” que Ortega y Gasset ha impreso a la filosofía fenomenológico-existencial española. Como dice Pérez Álvarez (1996a, p. 204), en vez de la angustia, la nada y la náusea (que caracterizarían a otras fenomenologías europeas), con Ortega se tiene la jovialidad, el talante deportivo y la voluntad de aventura como expresiones del sentido de la vida. Se trata, en definitiva, de estar abierto al mundo tal y como es para, así, jugar la complicada partida de la vida.

Para conseguir esto, ACT promueve un distanciamiento de las propias experiencias privadas evitadas por el paciente. Esto es, lo que se busca es dismantelar el contexto verbal, más que permanecer inmerso o envuelto por él (como podría ocurrir si incidimos en cambiarlo, reestructurarlo o debatirlo), para resituar al paciente en otra perspectiva con respecto a los problemas que trae a terapia (Pérez Álvarez, 1996b).

ACT se vale de diversas técnicas, metáforas y ejercicios que persiguen producir este auto-distanciamiento de los síntomas. Es importante tener presente que, como se dijo, el TEE podría estar formado por distintos tipos de respuesta, contenidos, sensaciones, etc. Sin embargo, el aspecto a resaltar es que estas distintas respuestas mostrarían *una equivalencia funcional* en cuanto a que el objetivo o la finalidad que perseguirían sería el mismo, a saber, la modificación o eliminación de la experiencia privada no deseada. Pues bien, en el contexto que aquí nos ocupa, las experiencias definidas como alucinaciones son entendidas como intentos de evitación experiencial del malestar emocional asociado que determinados pensamientos genera a la persona (García

Montes y Pérez Álvarez, 2001, 2005) dado lo culturalmente inaceptables que son para la persona dichas experiencias (Morrison, 2001). En este sentido, para un terapeuta ACT el hecho de que existan comportamientos con distinta forma no los hace diferentes, sino que lo que los hace diferentes o semejantes es la finalidad (la función) que dichos comportamientos tienen para la persona en determinado contexto.

Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso a los síntomas psicóticos

En su aplicación a personas con sintomatología psicótica, tanto Pankey y Hayes (2003) como Bach (2004) han realizado una adaptación de las metáforas, los ejercicios experienciales y, en general, del lenguaje utilizado en esta terapia para la intervención con este tipo de población.

A continuación se describirán brevemente las distintas fases de las que se compone la Terapia de Aceptación y Compromiso, así como los objetivos que se persiguen en cada una de ellas, tal y como son expuestas en el manual original en inglés de Hayes, Strosahl y Wilson (1999) y en el manual escrito en español de Wilson y Luciano (2002), con la inclusión de pequeñas modificaciones realizadas para su adaptación a las características de las personas que presentan síntomas psicóticos.

En concreto, ACT está compuesta por 6 fases, no siendo su orden de aplicación rígido, ya que el momento en el que se aplican o se trabajan contenidos de las distintas fases puede variar en función de las características y necesidades clínicas del paciente en cada momento. En este sentido y por lo que respecta al orden de las fases en su aplicación a personas con sintomatología psicótica, Bach (2004) propone con aquellas personas que hayan acudido a terapia de manera involuntaria la idoneidad de comenzar el tratamiento poniendo el foco en las metas y los valores del paciente más que en la fase de la desesperanza creativa. Así, el hecho de que el paciente vea la relación existente entre su propio comportamiento y la consecución de objetivos personales puede servir como acicate para que se implique más activamente en la terapia desde su comienzo.

No obstante, el orden de aplicación de las distintas fases suele ser como el que sigue:

1. *Provocar un estado de desesperanza creativa.*

Consiste en conseguir que el paciente experimente que aquello que lleva haciendo para solucionar sus problemas no ha funcionado para salir de su situación. Es decir,

se trataría de romper la lógica que trae el cliente en cuanto a que las soluciones convencionales que ha puesto en práctica hasta el momento (por lógicas que nos puedan parecer) no funcionan en su caso para quitar o cambiar sus problemas. Para esto, el terapeuta ACT preguntaría al paciente qué soluciones ha utilizado para eliminar o quitarse las voces, la ansiedad, los pensamientos que le perturban, las emociones que no tolera, etc. y *según su propia experiencia* (la del paciente) si alguno de estos intentos utilizados para solucionar su problema le han funcionado a largo plazo. Es importante tener en cuenta que no se trata de razonar con el paciente, ni de convencerle de que lo que hace no le está funcionando, sino de hacerle *experimentar* o notar que las soluciones que está utilizando no funcionan, para así, desesperanzado, crear las condiciones para que el paciente abandone la lucha infructuosa que mantiene contra sus síntomas. En este punto es importante que, al trabajar con población psicótica, el terapeuta adopte un estilo más psicoeducativo, así como que utilice un tono más colaborativo que el que usualmente utilizaría al trabajar con otro tipo de personas con diferente problemática. Para conseguir esto, sería idóneo que el terapeuta utilizase al trabajar en esta fase algún tipo de soporte gráfico (pizarra, papel, ordenador, etc.) en donde pudiese ir anotando en una columna todos los problemas o los síntomas que atormentan al paciente y por los que está en tratamiento, y en otra columna todas las conductas e intentos que hasta el momento el paciente a puesto en práctica con el objeto de eliminar o controlar su sintomatología (por ejemplo no salir de casa, dejar de estudiar, tomar fármacos, ir a psicoterapia, pedir consejo a amigos, etc.), tras lo cual el terapeuta irá preguntando con todas y cada una de las conductas anotadas (una a una) si alguno de esos comportamientos le fue efectivo para controlar o eliminar su sintomatología. Aquí puede ocurrir que el paciente nos diga que algunos de esos comportamientos sí le fueron efectivos, al menos por un tiempo (unos minutos, unas horas, etc.), a la hora de eliminar o controlar determinados síntomas. Ante esto, el terapeuta le ha de preguntar si a la larga (con el paso de unas horas, a los días, etc.) le siguió funcionando, es decir, si al paso del tiempo la acción que realizó fue efectiva para cambiar, eliminar o controlar definitivamente dichos síntomas. Tras esto, el terapeuta puede enlazar explícitamente cómo están las áreas valiosas del paciente mientras se empeña en controlar sus emociones, recuerdos y demás experiencias dolorosas. Con esto, como dijimos, lo que se pretende es que el paciente experimente lo infructuoso de la lucha contra sus síntomas y, así, se vayan creando las condiciones motivacionales necesarias para que el paciente abandone la lucha contra sus síntomas. Es importante destacar que el terapeuta ha de volver a esta fase tantas veces sean necesarias a lo largo del proceso terapéutico, aprovechando toda oportunidad que el paciente nos dé cada vez que vuelva a promover acciones encaminadas a eliminar o controlar sus

síntomas y que no le estén funcionando para dicho propósito.

A su vez, es importante en esta fase comenzar a *normalizar* la experiencia del paciente, esto es, el terapeuta ha de mostrar al paciente que sus síntomas, tales como escuchar voces, sentir como alguien le observa o tener pensamientos extraños, en ocasiones no son tan diferentes de las experiencias que otras personas tienen, así como que estas experiencias no son exclusivas de personas con un trastorno psicótico, enfatizando que la principal diferencia estaría en cómo la persona reacciona ante esas experiencias, no siendo los síntomas en sí mismos causa del trastorno.

Una metáfora que podría ser muy útil para mostrar al paciente lo infructuoso que puede llegar a ser la lucha para escapar de sus síntomas es la metáfora de la trampa para dedos china o *Chinese Handcuffs* (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999, p. 105), que en su adaptación para población psicótica Bach (2004) recomienda utilizar directamente en sesión una trampa para dedos real. Esta metáfora puede servir para que el paciente vea que su reacción ante sus problemas es algo que cualquier persona haría si se encontrase en la misma situación, a la vez que podría servir para validar y normalizar tanto sus esfuerzos por librarse de sus síntomas como lo infructuoso o inútil que sería para cualquier persona actuar de esa manera en las mismas circunstancias.

2. El control es el problema, no la solución.

Se trata de hacer ver al paciente que todos sus intentos por controlar, modificar o eliminar sus síntomas no solo no son la solución a su problema, sino que son en sí mismos parte del problema, dado que esos mismos intentos de control, al menos a la larga, tendrían un efecto paradójico sobre las experiencias (voces, visiones, recuerdos, ansiedad, etc.) que el paciente estaría tratando de evitar, llegando, incluso, a redundar en un aumento de las mismas. En esta fase se pretendería, pues, que el cliente cayese en la cuenta de que existen diversas situaciones, tales como los síntomas psicóticos, así como también otras situaciones distintas de sus síntomas (como los sueños o las emociones), en la que los intentos deliberados de control simplemente no son efectivos.

Así, para conseguir este propósito con pacientes psicóticos, es conveniente la utilización de metáforas y ejercicios más *fisicalizantes* (menos abstractos). La metáfora de “la pantalla del ordenador” (Wilson y Luciano, 2002, p.183) podría ser muy útil para hacer que el paciente sienta que ha perdido mucho tiempo y esfuerzo en intentar controlar sus experiencias no deseadas, mientras que iba perdiendo las cosas que

valoraba precisamente por estar ocupado en eliminarlas. Esta metáfora en su adaptación para población psicótica podría fisicalizarse utilizando literalmente un ordenador, en cuya pantalla podríamos ir escribiendo aquellos contenidos o experiencias que angustian al paciente, para hacerle ver cómo su vida permanece “parada” mientras esté pegado literalmente a los mensajes (tanto positivos como negativos) que le da en cada momento la pantalla del ordenador. Un punto de la habitación podría utilizarse para que el paciente vea como permanece alejado de lo que le importa en la vida mientras permanezca pendiente de la pantalla del ordenador. A su vez, la metáfora de Chinese Handcuffs en su adaptación para población psicótica (tal y como está expuesto y descrito en la fase anterior) también podría utilizarse aquí para mostrar al paciente lo inútil o contraproducentes que en determinadas situaciones nuestros esfuerzos por controlar la sintomatología pueden llegar a ser.

Algunos ejercicios que pueden permitir hacer ver la importancia o la necesidad de estar abierto a las experiencias no deseadas y los perjuicios de intentar cambiar la experiencia privada o “interna” que serían adecuados para este tipo de pacientes pueden ser el ejercicio de “la lucha/no lucha con los papeles” (Wilson y Luciano, 2002, p. 197) o también el de “el dique con agujeros” (Wilson y Luciano, 2002 p. 196), que en su adaptación a población psicótica tanto el paciente como el terapeuta pueden literalmente utilizar su cuerpo (dedos, manos, pies, nariz, etc.) para tapar los agujeros por los que sale agua (las experiencias aversivas del paciente), hasta adquirir incluso una posición corporal ridícula, y hacer ver qué está perdiendo en su vida por no dejar fluir el agua. Ejercicios como el de “abrazar versus rehusar los contenidos desagradables” (Wilson y Luciano, 2002, p. 197) o “el contacto visual” (Wilson y Luciano, 2002, pp. 199-200) pueden utilizarse para contextualizar y entrenar el sentido de estar abiertos a los contenidos psicológicos desagradables cuando esto se hace porque sea necesario para no desviarnos del camino vital elegido. Como se ve, no se trata de hacer que el paciente sufra “porque sí”, por el simple hecho de sufrir por sufrir; sino de permitir que las experiencias aversivas estén con nosotros cuando ello es necesario para poder seguir en la dirección valiosa elegida. Esto es algo que el terapeuta nunca debe olvidar cuando este tipo de sensaciones surjan en terapia.

3. Reducir la fusión con el lenguaje y las cogniciones.

Esta fase está dirigida a debilitar el control que los pensamientos, las emociones y demás experiencias privadas o “internas” tienen sobre la conducta. Consiste en romper la relación existente entre pensar o sentir de una determinada manera y responder o comportarse de manera literal ante esa experiencia. En definitiva, el objetivo que se

persigue es que el paciente se distancie con respecto a sus contenidos mentales y que deje de reaccionar ante esos pensamientos o sensaciones como si fuesen literalmente peligrosos o dañinos en sí mismos, persiguiendo que la persona llegue a re-conocerlos como lo que (realmente) son, pensamientos, los cuales, a pesar de ser en ocasiones (realmente) poderosos o amenazadores, son solo eso, pensamientos. Para esto, ACT se vale de ejercicios de *mindfulness*, así como de diversas técnicas orientadas a producir el distanciamiento de las propias cogniciones y experiencias aversivas no deseadas.

Con respecto a la intervención concreta con pacientes con sintomatología psicótica, son especialmente recomendables la metáfora de “tener la radio siempre encendida” (Wilson y Luciano, 2002, p. 226) y el ejercicio de “llevar la mente a pasear” (Wilson y Luciano, 2002, p. 215), por cuanto a que pueden ser muy útiles para que el paciente observe como sus sensaciones, voces, pensamientos y recuerdos aparecen en diferentes circunstancias y que los note sin intentar hacer nada con ellos (eliminarlos, cambiarlos, obedecerles, etc.). Como se ve, no se trata de modificar o de convencer al paciente de que sus experiencias o síntomas no son peligrosos, horribles o insufribles, sino de que se distancie y deje de reaccionar ante ellos de la manera mecánica en la que lo hacía. Dicho de otra manera, se trata de hacer que el cliente deje de tomarse a sus síntomas tan en serio, para pasar a darle la importancia justa que se merecen como lo que realmente son, eventos psicológicos. En este sentido, un ejercicio que vendría a ejemplificar esto último sería el del “limón” (Wilson y Luciano, 2002, pp. 218-219), el cual puede ser utilizado para mostrar cómo la descripción de algo puede producirnos múltiples sensaciones muy vívidas, como si los contenidos mentales o las palabras utilizadas nos expusieran de manera literal a lo referido, para después y rápidamente, tras repetir esa palabra una y otra vez, pasar a ser solo un conjunto de sonidos y dejar de producirnos esas sensaciones. Así, este ejercicio puede repetirse precisamente con aquellos pensamientos o recuerdos especialmente aversivos para el paciente.

En definitiva, en esta fase lo que se busca es conseguir que la persona aprenda a ser un observador consciente de sí mismo (de sus emociones, pensamientos, recuerdos, de su cuerpo, etc.); a que note de manera consciente sus experiencias aversivas sin hacer nada con ellas, sin juzgarlas o valorarlas, simplemente notándolas. Tras esto le podemos preguntar si, según su experiencia concreta, el hecho de reaccionar de manera literal o mecánica ante dichas experiencias le ha traído algo positivo en la vida. Si no fuera así, tal vez se le puede sugerir que considere la opción de tener dichas

experiencias sin hacer nada con ellas. Esta última estrategia puede ser mejor o peor en términos de una disminución o un aumento de tales experiencias, pero eso no sería lo importante. Lo fundamental sería ver si, al cambiar la forma de reaccionar ante los sucesos privados, se puede avanzar en la dirección que se quiere.

Por último no hay que olvidar que los distintos ejercicios de *mindfulness* que pueden ser utilizados en terapia no están dirigidos, como en ocasiones se suele malinterpretar, a producir un estado de relajación en el paciente, aunque este efecto sea deseable y suela aparecer, sino a enseñar al paciente a que se exponga a sus experiencias psicológicas temidas (algo que, posiblemente, jamás hubiese siquiera considerado). Este es uno de los aspectos en los que se puede apreciar lo paradójico que en ocasiones puede llegar a ser la intervención con ACT, al proponer justo lo contrario de lo que sería de esperar, a saber, no hacer nada con las experiencias no deseadas, precisamente para dejar de seguir estando controlado por la sintomatología.

4. Diferenciar el yo como contenido (la conducta) del yo como contexto (la persona).

Esta fase pretende que la persona construya un sentido del yo que trascienda los diferentes estados o comportamientos que pueda tener, lo cual implicaría que pudiese verse a sí misma como el contexto o el lugar en el que se dan los distintos comportamientos por ella realizados. Por tanto, se trata de hacer que la persona caiga en la cuenta de que más allá de sus sensaciones, síntomas y demás estados que pueda atravesar hay algo estable que siempre permanece. En definitiva, consiste en enseñarle a diferenciar entre la persona y la conducta (Pérez Álvarez, 2004).

Así, para conseguir que sea capaz de distinguirse a sí misma de sus síntomas así como del resto de estados o comportamientos, el terapeuta puede valerse de distintas metáforas. Especialmente útil puede ser la metáfora del tablero de ajedrez (Wilson y Luciano, 2002, pp. 209-210), por cuanto que ejemplifica muy claramente cómo las experiencias que tiene la persona, tanto las experiencias molestas (fichas de un color) como las que sí le gustan (fichas del otro color) son contenidas o existen en la persona (que sería el tablero, el cual contiene todas las fichas, tanto las deseables como las aversivas). En su aplicación a pacientes psicóticos, es recomendable utilizar un tablero real con fichas al introducir esta metáfora con el objeto de hacerla más fisicalizante para que facilite que el paciente pueda conectar más fácilmente esta metáfora con su propia experiencia. También es muy importante en esta fase que se realicen ejercicios de exposición al flujo de la experiencia privada, ya que permite que el paciente experimente cómo sus emociones, papeles sociales, pensamientos, sensaciones, etc. han

ido cambiando a lo largo de su vida, o según las circunstancias en las que se encontraba, o incluso, según el momento del día, pero que advierta que siempre ha estado esa persona (el paciente) que ha tenido o vivido (trascendido) todos esos estados. Para mejorar el autoconocimiento del paciente en nuestro trabajo con personas psicóticas, Bach (2004) sugiere la utilización de ejercicios de *mindfulness* que presenten contenidos psicológicos neutrales o no amenazadores, para así fomentar que la persona pueda diferenciar entre esa parte de ella que está visualizando mentalmente los diversos contenidos psicológicos sugeridos a la vez que puede darse cuenta de esa otra parte de sí que permanece sentada en su asiento en terapia. En definitiva, este y otros ejercicios propuestos perseguirían, como se dijo, producir en el paciente un cambio de perspectiva que permita que ahora puedan verse las experiencias y contenidos psicológicos como conductas que aparecen en el contexto de un yo en el que se dan dichos comportamientos y que los trasciende al participar de un proyecto de vida.

5. *Esclarecer los valores del cliente.*

ACT es un tratamiento que pone especial énfasis en la importancia que tienen los valores del paciente, gracias a los cuales cobra sentido precisamente la aceptación de los síntomas cuando ello es necesario para orientar la vida en una dirección personalmente valiosa. Consiste en clarificar cuáles son los valores del cliente, así como aquellos comportamientos orientados a conseguir metas que dirijan al paciente en la dirección de lo que para él es realmente importante en su vida. Como se dijo, tal y como sugiere Bach (2004) sería recomendable en nuestro trabajo con población psicótica comenzar con esta fase.

Aquí, con la finalidad de clarificar y situar al paciente en dirección a sus valores el terapeuta puede comenzar utilizando el ejercicio del funeral o del epitafio (Wilson y Luciano, 2002, pp. 153-154), los cuales pueden ser útiles para conseguir que el paciente vea que vida es la que tiene y cómo le gustaría que fuese ésta realmente (en el ejercicio del funeral, cómo le gustaría que le recordasen su pareja, amigos, hijos, etc.). Tras realizar el ejercicio el terapeuta puede preguntar qué acciones concretas está haciendo para alcanzar las metas u objetivos que se ha propuesto, así como las barreras, tanto psicológicas (síntomas) como circunstanciales (problemas económicos, ausencia de amigos, desempleo, etc.) que se interponen entre su estado actual y la consecución de los objetivos que se ha propuesto. Para pacientes aquejados de escuchar voces, una buena metáfora que puede ser muy útil para conseguir que surja en el paciente el sentido de orientación en dirección a los valores en el contexto de

escuchar voces puede ser la de “el conductor de autobús y los pasajeros” (Wilson y Luciano, 2002, pp. 170-171), sobre todo en aquellos que se muestren muy controlados o afectados por los contenidos de sus voces. Así, al igual que con los contenidos desagradables de las voces que escucha el paciente, los pasajeros del autobús amenazan, molestan, ordenan e incluso en ocasiones parecen muy peligrosos, como si pudieran realmente producir mucho daño al paciente. No obstante, aunque los pasajeros (las voces) se muestran tan amenazadores, en realidad el que siempre ha manejado y dirigido el autobús ha sido el paciente, esto es, que digan lo que le digan las voces, es el paciente quien tiene el mando del autobús y quien elige en qué dirección ir.

También es importante realizar a lo largo del proceso terapéutico evaluaciones de valores periódicas (Wilson y Luciano, 2002, p. 154 y ss.). Este puede ser el caso cuando, al comienzo de la sesión con el paciente, le preguntemos por ejemplo, “¿Qué has hecho estos días para conseguir los objetivos que te has propuesto?”, en lugar de, como suele hacerse muy habitualmente, comenzar con preguntas del tipo “¿Cómo estás hoy?” o “¿Ya no escuchas voces ni piensas cosas raras como antes?” (García Montes, 2003).

A su vez, a lo largo de toda la intervención en valores, consideramos que el terapeuta ha de tener en cuenta lo siguiente: es común que, ante la presencia de personas con una historia media o larga de evolución del trastorno psicótico y dada la aparente falta de motivación, objetivos concretos y valores que suelen mostrar numerosas personas con este tipo de sintomatología, el terapeuta caiga en ocasiones en el error de sugerir qué metas u objetivos considera desde su punto de vista más adecuados para el paciente, algo que en ocasiones puede llegar a producir el indeseable efecto de que el paciente se vea inmerso en actividades (como por ejemplo talleres ocupacionales) y acciones sin valor ni sentido personal para él, con las consecuencias indeseables que ocasionaría dicha situación. Como se ve, no se trata de mantener ocupada la vida del paciente tanto como que la persona se ocupe o haga cargo de su vida con acciones personalmente significativas para uno mismo.

6. *Desarrollar la voluntad y el compromiso de actuar.*

Aquí, se promueve que la persona haga aún más espacio a aquellos fenómenos molestos, aceptando lo de la vida que no se puede cambiar, a la vez que se fomenta que afiance aún más el compromiso a actuar en las direcciones valiosas elegidas por el paciente. Esto implicaría, precisamente, que la persona se haga responsable de sus

actos y, por lo tanto, de su vida. Aunque tanto el estar abierto a las experiencias como el desarrollo del compromiso personal a actuar es algo que se ha estado promoviendo desde el comienzo de la terapia, una vez el cliente comenzó a clarificar sus valores, es en esta fase donde se persigue que la persona generalice y aplique lo aprendido a su vida diaria. La metáfora de caminar con chinas en el zapato (Wilson y Luciano, 2002, p. 237) puede servirnos para hacer ver al paciente que cuando tomamos una dirección en nuestra vida frecuentemente pueden aparecer experiencias desagradables que, por no estar dispuestos a notarlas, nos desvían de lo que valoramos. Con pacientes psicóticos, sería interesante ejemplificar esto introduciendo literalmente chinas en su zapato e invitándole a andar (en dirección a algún lugar de la habitación) notándolas conscientemente, preguntándole si estaría dispuesto a hacerlo si eso le permitiese dirigirse a lo que le importa. Otra cuestión importante es que el paciente distinga entre el hecho de “tener ganas” para hacer algo y “tener voluntad”, ya que es normal que la persona no tenga ganas de experimentar las voces u otros síntomas por cuanto que son tan molestos. El terapeuta tiene que mostrarle que aun no teniendo ganas de tener esas experiencias (algo que es normal) lo importante es que esté dispuesto a tener dichas experiencias cuando ello es necesario para alcanzar metas valiosas en su vida (García Montes, 2003). La metáfora del “invitado grosero” (Wilson y Luciano, 2002, p. 238) también puede servir para este propósito.

A su vez, dada la alta probabilidad de recaída que presentan estos tipos de pacientes, es importante hacerles ver que en ocasiones es inevitable que éstas se produzcan, enfatizando que lo importante es que uno sea consciente y aprenda de lo ocurrido y se responsabilice actuando en dirección a lo que le importa, dado que sus valores, a pesar del tropiezo, siguen ahí, sin verse alterados. Por tanto, de lo que se trataría sería de volverse a levantar tras la caída, tantas veces como caídas hayan. Aquí podría utilizarse la metáfora del jinete (Wilson y Luciano, 2002, p. 255). Como se ve, en ACT el hecho de que un paciente tenga una recaída no supone un fracaso del mismo con respecto a su proceso terapéutico, sino una oportunidad valiosísima para que el paciente aprenda de ello, promoviendo que se exponga a los pensamientos y emociones negativos que esa recaída le hayan generado a la vez que se le estimula para que continúe en la dirección elegida.

Por último, cabe señalar que podemos observar la eficacia del paciente en esta área a través de los progresos que la persona hace por cuanto a la obtención de metas y objetivos valiosos en su vida diaria, siendo especialmente relevantes cuando estos logros hayan sido realizados ante la presencia de sintomatología.

Evidencia empírica y primeras aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el ámbito de la psicosis

Hasta la fecha, la Terapia de Aceptación y Compromiso en su aplicación a pacientes con sintomatología psicótica cuenta con cuatro casos aplicados a pacientes con alucinaciones auditivas, otro caso de delirios y uno último con un paciente con sintomatología negativa. A su vez, ACT cuenta con dos ensayos clínicos aleatorizados. Para una revisión detallada de las distintas aplicaciones y ensayos clínicos realizados hasta la fecha, puede consultarse Carmona, Cangas, García y Pedro, (2009) y García Montes y Pérez Álvarez (2005). A continuación se mostrará una breve revisión de los mismos.

Estudios de caso

Así, por lo que respecta a los estudios de caso existentes en la literatura, una primera aplicación en el ámbito de la psicosis fue llevada a cabo por García Montes y Pérez Álvarez (2001) en un caso de esquizofrenia caracterizado por la presencia de alucinaciones auditivas. Los resultados, tras 18 sesiones de una hora, muestran una reducción de la sintomatología positiva, llegando incluso a estar asintomático durante las últimas sesiones de tratamiento. A su vez, y acorde al énfasis de ACT en la importancia que otorga a las metas y valores, el paciente retomó los estudios que había abandonado, a la vez que comenzó a replantearse nuevas metas en su vida. Estos resultados se mantuvieron hasta los siete meses después del tratamiento, momento en el que el paciente volvió a tener una crisis y recaída posterior.

Pankey y Hayes (2003) aplicaron ACT con una mujer de 22 años de edad diagnosticada de esquizofrenia con retraso mental leve, la cual presentaba alucinaciones auditivas y delirios, además de otras conductas problemáticas. A pesar de que se observó una mejora en los aspectos evaluados tras la intervención con ACT, no se produjo una disminución de las alucinaciones ni de los delirios, sin embargo, sí se observó una disminución tanto del estrés que estos síntomas causaban como en la credibilidad que la paciente les otorgaba. Entre otras cuestiones, los autores señalan el hecho de que ACT pueda ser eficaz en el tratamiento de personas con deterioro cognitivo.

En otro estudio de caso Hernández, García Montes, Luciano y Gómez (2003) aplicaron ACT para un caso formalmente diagnosticado de esquizofrenia en una paciente de 17 años de edad, la cual estaba siendo tratada con diferentes tratamientos farmacológicos y psicológicos desde los 13 años de edad sin éxito en la reducción de las alucinaciones auditivas que presentaba en el momento de comenzar la terapia. La

intervención estuvo dirigida tanto a la paciente como a sus padres. A lo largo de la intervención la paciente comenzó a realizar diferentes acciones orientadas por sus valores, a la vez que se redujeron las alucinaciones auditivas hasta desaparecer. Tras la última sesión de seguimiento, la paciente había recuperado muchas áreas de su vida valiosas, a pesar de haber abandonado por completo el tratamiento farmacológico.

Recientemente Veiga Martínez, Pérez Álvarez y García Montes (2008) realizaron una intervención con ACT para el tratamiento de otro paciente que presentaba alucinaciones auditivas como síntoma más representativo. Diagnosticado de esquizofrenia tipo paranoide, desde la edad de 17 años había sido tratado con diversos fármacos y tratamientos psicológicos y sociales. En el momento de iniciar el tratamiento el paciente de 30 años de edad presentaba principalmente alucinaciones auditivas y delirios, además de un estado depresivo moderado. Tras seis meses de tratamiento con ACT (15 sesiones en total), tanto la frecuencia como la peligrosidad atribuida a las voces se redujeron. No obstante, los autores destacan como principal logro del tratamiento el hecho de que a partir del tercer mes desde el comienzo de la intervención es cuando, mientras las alucinaciones y el malestar asociado se mantenía prácticamente a los mismos niveles que al inicio del tratamiento, las acciones valiosas para alcanzar objetivos en su vida se incrementaron significativamente. Tras meses de seguimiento, el paciente afianzó estos resultados.

Con respecto a la aplicación de ACT a sintomatología delirante, García Montes, Luciano, Hernández y Zaldívar (2004) realizaron una intervención en una paciente de 28 años de edad diagnosticada de esquizofrenia. En el momento de comenzar la terapia, esta persona estaba siendo tratada con neurolépticos, no obstante se mostraba ensimismada en sus delirios, tenía niveles elevados de ansiedad y una alta rigidez en sus movimientos. Tras 2 sesiones de evaluación, 23 de intervención y 4 sesiones de seguimiento, la paciente redujo las verbalizaciones delirantes hasta llegar incluso a desaparecer a la vez que se observó progresivamente un aumento de las actuaciones en dirección a valores. Estos autores atribuyeron el éxito de la intervención tanto al énfasis dado a los valores del cliente como al hecho de que no se intentó discutir o rebatir los delirios del paciente, sino que estos se abordaron facilitando o promoviendo un distanciamiento de los mismos, mientras se rompía la relación entre tener determinados pensamiento delirantes y actuar dirigido o controlado por esos delirios.

Montes y Pérez Álvarez (en prensa) aplicaron ACT en un paciente con sintomato-

logía negativa diagnosticado de esquizofrenia. Tras una evolución del trastorno de 11 años durante los cuales se probaron distintos tratamientos tanto farmacológicos como psicológicos sin éxito, esta persona acudió a terapia aquejada principalmente de su falta de iniciativa, de ciertas sensaciones corporales que le angustiaban, además de notar la pérdida de sus conocimientos y habilidades. La intervención con ACT se centró en conseguir que el paciente abandonara los intentos infructuosos por eliminar esas experiencias y a que dejase de estar guiado por sus pensamientos y creencias, promoviendo en su lugar comportamientos guiados por sus valores personales. Los resultados muestran un incremento significativo de la actividad en varias áreas valiosas del paciente (trabajo, relaciones personales, ocio, etc.). Estos resultados son aún más significativos si tenemos en cuenta que aquellas experiencias que le angustiaban al inicio del tratamiento seguían presentes a los mismos niveles mientras el paciente incrementaba su actividad y recuperaba aquellas áreas valiosas perdidas.

Ensayos clínicos aleatorizados

Hasta la fecha, existen dos ensayos clínicos aleatorizados. El primero de ellos (Bach y Hayes, 2002) incluyó a 80 pacientes que en el momento de su admisión en el centro psiquiátrico presentaban alucinaciones auditivas o delirios. En este estudio los pacientes fueron asignados bien a un grupo a los que se les administraba el tratamiento habitual para estos casos, o bien a un grupo en el que se les administraba este tratamiento más cuatro sesiones de ACT. Los resultados muestran una reducción estadísticamente significativa de la tasa de rehospitalizaciones en un 50% de aquellos pacientes del grupo al que se le administraron las sesiones de ACT. Resultado que se mantuvo a lo largo de un periodo de seguimiento de 4 meses.

Gaudiano y Herbert (2006) realizaron una réplica del anterior estudio introduciendo ciertas modificaciones. Los 40 pacientes que participaron en este nuevo estudio habían de cumplir con el criterio de estar diagnosticados de un trastorno psicótico o un trastorno afectivo con síntomas psicóticos. Los pacientes fueron asignados a dos condiciones, tratamiento habitual o bien tratamiento habitual más un número indeterminado de sesiones de ACT, siendo la media de sesiones con ACT de 3. Los resultados no muestran que existan diferencias estadísticamente significativas en la tasa de rehospitalizaciones entre los dos grupos tras cuatro meses de seguimiento. Si bien no pudo ser replicado por estos autores el estudio original de Bach y Hayes del 2002, sí se encontró una mejoría clínica global en aquellos pacientes sometidos a la condición de tratamiento habitual más las sesiones con ACT.

Discusión

A lo largo del este capítulo se ha realizado una breve exposición de las premisas, el procedimiento y algunas de las técnicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en su aplicación específica a personas con sintomatología psicótica. Si bien el esquema y procedimientos generales de ACT que aquí se han mostrado no diferirían sustancialmente del usualmente utilizado para el resto de trastornos, sí se han indicado y descrito aquellos cambios y adaptaciones que se han considerado necesarios y oportunos para el tratamiento de personas con síntomas psicóticos dadas las características propias que suelen presentar estos pacientes. A su vez, se han descrito brevemente los primeros estudios de caso realizados hasta la fecha así como los dos primeros ensayos clínicos aleatorizados en los que, en conjunto, ACT se ha mostrado como un tratamiento prometedor en su aplicación a personas con este tipo de problemáticas. En este sentido, ACT se presentaría como un tratamiento psicológico alternativo a los usualmente utilizados para el tratamiento de este y otros trastornos psicopatológicos, precisamente por estar dirigido no a la modificación, reducción o eliminación de los síntomas o comportamientos problemáticos, sino precisamente a la *aceptación activa* (no pasiva o resignada) de aquellas experiencias “internas” o privadas que se han mostrado reiteradamente resistentes al cambio (como puede ocurrir con las voces, visiones, sensaciones corporales, delirios, etc.), promoviendo a la vez el *auto-distanciamiento* de dichas experiencias y el desarrollo de *la voluntad* y *el compromiso* a actuar en direcciones que le permitan al paciente alcanzar objetivos personalmente valiosos en su vida.

Es importante reparar en el hecho de que las personas con trastornos psicóticos, ante la presencia de determinadas experiencias aversivas tales como voces, visiones o emociones dolorosas, se comportan de múltiples formas en el intento por eliminar o suprimir dichas experiencias (Morrison, 1998), lo cual, paradójicamente, sabemos que puede llegar incluso a redundar en un incremento de la frecuencia de las mismas (Rassin, Merckelbach y Muris, 2000), así como en un aumento de la intensidad y lo vívido de las ilusiones (García Montes, Pérez Álvarez y Fidalgo, 2003; Morrison y Wells, 2000). Si tenemos en cuenta esto último, sería aquí precisamente donde cobraría sentido la intervención propuesta por ACT en el ámbito de la psicosis para aquellos pacientes resistentes a los tratamientos tradicionales como una alternativa cuyo énfasis estaría puesto en el cambio de las relaciones que la persona tiene con dichos síntomas, más que en el cambio de los mismos. Promoviéndose, en su lugar, un cambio en la manera que *la persona tiene de reaccionar ante la presencia de sus síntomas*,

para, en último término, conseguir que la persona comience a actuar en dirección a lo que para ella es importante en su vida. Así, para el caso de aquellos pacientes que se han mostrado resistentes al cambio, en lugar de re-incidir una y otra vez con distintos tratamientos farmacológicos y psicológicos dirigidos a la eliminación de los síntomas, desde ACT lo que se propone es alterar la *función* de los eventos privados evitados mediante la alteración de los contextos verbales en los que estas experiencias se producen, para finalmente re-situar a la persona cara a la vida orientada por sus valores, y no cara al síntoma (García Montes y Pérez Álvarez, 2003).

Como puede derivarse de lo expuesto en el presente capítulo, ACT sería un tratamiento psicológico que iría en dirección contraria a la cultura y prácticas terapéuticas tradicionales dominantes tanto en psicología como en psiquiatría, algo que podría ocasionar dificultades durante el proceso terapéutico. Es por esto por lo se consideraría necesaria la inclusión y coordinación del conjunto de personas relacionadas con el paciente, tales como serían el psiquiatra encargado del tratamiento farmacológico, las instituciones dirigidas a la rehabilitación psicosocial y la familia, de cara a una correcta aplicación de esta terapia en personas que presentan trastornos psicóticos en el actual marco de atención e intervención psicológica existente.

Ejemplificación de la incorporación de la familia en la intervención con síntomas psicóticos

Dado que existen varios estudios de caso que ejemplifican intervenciones individuales con ACT en pacientes con sintomatología psicótica, se van a ofrecer a continuación algunas pautas que podrían ayudar a incorporar a la familia en el proceso terapéutico y, así, hacer de ACT una terapia que incida en mayor medida sobre el contexto social en que la sintomatología cursa. Se trata de una primera aproximación y, por tanto, los puntos y ejemplos que aparecen son meramente tentativos. Como es natural, debería darse en primer lugar alguna sesión de evaluación y de "toma de contacto" entre el terapeuta y la familia. Hecho esto, los objetivos que tendrían el trabajo con la familia serían los siguientes:

1. Desesperanza.

Se trataría de preguntar a los familiares qué soluciones han intentado poner en práctica en su trato con el paciente con el fin de que éste se comporte de forma más "adaptada". Generalmente lo que la familia habrá intentado será lógico (intentar convencer al paciente de que sus ideas no son racionales, invitarle a pensar en alguna otra cosa,

pedirle que no atienda a las voces, etc.). Sin embargo también parece claro que no han sido estrategias eficaces. El terapeuta debería procurar de forma indirecta que la familia atienda más a lo que “funciona” que a lo que “es lógico”. Se muestra a continuación un ejemplo de cómo se podría trabajar con la familia sobre este objetivo:

Terapeuta- *¿Me podrían decir qué es lo que hacen ustedes cuando su hijo les comenta que le están espiando desde las televisiones o los espejos?*

Padre- *Yo le digo que eso es imposible, que son tonterías.*

Madre- *A veces le damos la vuelta a los espejos para que vea que no hay nada detrás de ellos.*

Terapeuta- *¿Y le convencen?*

Madre- *Bueno, cuando le damos la vuelta al espejo o si sacamos la televisión del cuarto se queda más tranquilo.*

Terapeuta- *Ya, pero ¿vuelve luego a tener ese tipo de ideas?*

Padre- *Puede que sí, al cabo de unas horas o al día siguiente está otra vez con lo mismo... que si le están espiando, que los espejos y las televisiones tienen cámaras...*

Terapeuta- *¿Y qué hacen entonces?*

Padre- *Yo le digo que me tiene harto, que eso son estupideces, que nadie le espía, que él no es una persona importante ni nada y que quién va a tener interés en saber lo que hace en la casa...*

Madre- *Yo le digo que salga a darse una vuelta para distraerse, que haga el favor de pensar en otras cosas, que salga por ahí un rato.*

Terapeuta- *¿Y funciona? ¿Cuándo hacen eso consiguen que su hijo no piense en que le están espiando?*

Madre- *Si sale a dar una vuelta vuelve mejor, más animado.*

Terapeuta- *Bien, parece que salir a dar una vuelta hace que su hijo por un tiempo esté más contento, pero ¿le logran convencer de que sus ideas son falsas?*

Madre- *Al poco de volver a la casa, empieza otra vez con lo mismo.*

[El terapeuta debería buscar las distintas formas en que la familia trata de controlar los síntomas del paciente y poner de relieve que, a la larga, no consiguen reducirlos. Cuantos más ejemplos se trabajen tanto mejor.]

Terapeuta- *Hay algo que no encaja en todo esto. Ustedes están poniendo en práctica soluciones lógicas y lo están haciendo con un gran interés, pues me consta que están muy preocupados porque su hijo mejore. Sin embargo, a pesar de todo, no se consiguen muchos avances. Incluso, en ocasiones, parece que la preocupación de su hijo porque le estén espiando va en aumento. Esto me recuerda a un amigo que tenía miedo a los perros. Una vez salía de su casa con un bocadillo y justo en el portal se encontró con un perro abandonado que se puso a seguirle. Para quitárselo de encima mi amigo sacó el bocadillo y le tiró un trozo. El perro fue a comérselo y*

mi amigo se quitó ese día el perro de encima. Al día siguiente, al salir de nuevo de su casa, el perro estaba de nuevo en el portal. En cuanto vio que mi amigo volvía a sacar el bocadillo para tirarle un trozo, el perro se puso ya preparado, corrió a por el trozo que le tiraron y rápidamente se colocó de nuevo al lado de mi amigo, quien tuvo que tirarle otro trozo, esta vez mayor todavía para quitárselo de encima... ¿Qué creen que pasó el siguiente día? No sé si entienden lo que les quiero decir.

Padre- *No. ¿Qué nos quiere decir?*

Terapeuta- *Veo que está entendiéndolo todo.*

Padre- *¿Cómo dice?*

Terapeuta- *Que si empieza a no entender lo que le he dicho es que lo está entendiendo, claro que si entiende esto no lo habrá comprendido realmente.*

Madre- *¿Está usted tomándonos el pelo?*

Terapeuta- *¿Puede ser esa idea que usted tiene ahora similar a la que tiene su hijo cuando cree que le espían desde los espejos o los televisores? Me suele ocurrir eso. Bastantes pacientes y familiares cuando no les hablo de una manera lógica creen que les estoy tomando el pelo. Pero créame, no es esa mi intención. De todas formas, no tome muy en serio nada de lo que les he dicho.*

2. Comprensión de los síntomas.

En este punto se trata de que los familiares puedan, en cierta medida, ponerse en el lugar del paciente cuando éste presenta síntomas como delirios o alucinaciones. Es evidente que los ejercicios que se proponen para lograrlo no producirán un delirio tal cual o una alucinación sensu estricto, pero puede ayudar a comprender cómo el paciente está viviendo ciertas experiencias que pudieran parecer faltas de cualquier sentido.

Terapeuta- *Les voy a pedir que se imaginen que van conduciendo por una carretera y que, de pronto, un coche de policía se pone detrás de ustedes. Salen de esa carretera en una desviación y el coche de policía les sigue. Al girar en un nuevo cruce el coche de policía sigue detrás de ustedes. ¿Qué pensarían?*

Madre- *Nada, puede ocurrir perfectamente.*

Terapeuta- *Si, está claro que puede ocurrir, pero ¿no tendrían (aunque fuera por un momento) la idea de que el coche de policía les está siguiendo a ustedes?*

Padre- *Sí, puede ser; pero sería por un momento sólo. En cuanto el coche se fuera ya no volvería a pensarlo.*

Terapeuta- *Esa es una diferencia importante entre lo que les pasaría a ustedes y lo que le pasaría a su hijo. Su hijo se quedaría un buen rato pensando sobre ello, intentaría buscar posibles*

razones por las que la policía le estuviera siguiendo, etc. Ustedes olvidarían rápidamente la idea de que la policía les está siguiendo. Pero estoy seguro de que hay otro tipo de ideas que a ustedes les cuesta más abandonar. Puede ser, por ejemplo, que alguien les salude en la calle y entonces ustedes se queden toda la mañana pensando de qué conocen a esa persona; o que un compañero de trabajo no les salude (puede que por despiste) y ustedes se pasen un buen rato pensando qué le han podido hacer para "ofenderle". Puede que hasta saquen conclusiones de las "razones" por las que su compañero no les ha saludado y que, de una forma u otra, se sientan preocupados por estas posibles "causas". De la misma manera su hijo tiene sus propias "ideas" a las que da mucha credibilidad y mucho valor. Es verdad que no son reales, pero todos tenemos en ocasiones pensamientos que no se ajustan a la realidad de las cosas.

Padre- Sí, pero nuestro hijo también escucha voces, cree que hay gente que le habla y le dice cosas.

Terapeuta- No sé si alguna vez han creído oír el teléfono móvil, o si alguna vez han ido por la calle y han creído escuchar su nombre mientras paseaban, o si en algún momento en que había ruido de fondo (en un bar, o con la televisión mal sintonizada, por ejemplo) han creído escuchar alguna voz. Son experiencias que pueden ocurrir a la gente. En sí mismas no son ni buenas ni malas. Pasa como en el caso anterior, depende de lo que nos "absorban".

Madre- Entonces ¿nos está diciendo que nuestro hijo no tiene ningún problema? ¿Nos está diciendo que todo es normal?

Terapeuta- Les estoy diciendo que su hijo tiene bastantes problemas. Casi no se relaciona, se queda demasiado en casa, se ha descuidado, ha dejado de estudiar y no busca trabajo. Además su novia le ha dejado y no tiene una buena relación con ustedes. Esos son los mayores problemas que creo que tiene su hijo. Pero tal vez me equivoque. ¿Habría que preguntarle a él, no?

3. Cambiar la estrategia crítica y atender a lo positivo.

Se trata de que los familiares tomen un papel activo a la hora de promover nuevos patrones de comportamiento en el paciente, al tiempo que dejan de mantener los que se daban hasta el momento. Para ello el terapeuta debe intentar que se preste atención a lo que el paciente hace de forma autónoma y que no se comente lo que no se hace "bien" o la sintomatología que aparezca.

Terapeuta- Me gustaría que me dijeran qué es lo que su hijo hace "bien", qué cosas mantiene de su comportamiento antes de la crisis que tuvo.

Padre- Sigue ayudando a su hermana. Ahora ha nacido nuestro nieto y él se pasa dos o tres veces a la semana por allí a ayudarla con el niño.

Terapeuta- Y ustedes ¿le dicen algo? ¿Le reconocen la ayuda que le está prestando a su hermana?

Madre- *Es que es lo menos que puede hacer, ¿no? No hace otra cosa. Ha dejado los estudios y no trabaja en nada. Se pasa el día en la cama. Por lo menos que ayude algo.*

Padre- *Sí, que menos...*

Terapeuta- *Es importante que intenten ver las cosas positivas que hace su hijo y ponerlas de relieve ante él. La crisis que ha sufrido ha cambiado psicológicamente a su hijo y puede que ahora le cueste más que antes hacer las mismas cosas. Es como si alguien engorda mucho y se pone a correr una distancia que cuando era delgado hacía sin mayor problema. Le va a costar más. El que sienta que la gente le anima y está con él puede ayudarle a ponerse en forma. En cambio si ve que nadie le anima porque “antes de ponerse gordo corría muy bien” es posible que acabe desanimado y sin ganas de volver a entrenar.*

Terapeuta- *¿Qué más cosas “positivas” hace su hijo?*

Padre- *A veces también me ayuda a poner la mesa.*

Terapeuta- *Bien. Eso también está muy bien.*

Madre- *Y muy de vez en cuando vuelve a coger algún libro de la carrera. Pero es muy raro.*

Terapeuta- *Si ocurre muy rara vez es tanto más importante que muestren lo que les alegra verle retomando su vida. Les voy a pedir que, por favor, anoten durante la semana todas las cosas “buenas” que hace su hijo. Por “buenas” quiero decir aquello que a ustedes, como padres, les gustaría que hiciera más. Por favor, no olviden apuntar nada, aunque lo hiciera una sola vez. También les voy a pedir que si su hijo empieza a hablarles de las ideas que tiene sobre que le están espiando o si les indica que escucha voces, no le hagan demasiado caso. Trátenlo con normalidad, pero no entren a discutir con él. En cambio, si hablara sobre otro tipo de cosas de las que suele hablar la gente (sus aficiones, las noticias, los deportes, lo que ocurren en la familia, etc.) préstenle más atención, háganle alguna pregunta más sobre el tema.*

4. *Averiguar lo importante para el paciente y diferenciarlo de lo importante para la familia.*

Otro punto fundamental sería que los familiares entendieran que las aspiraciones, objetivos, deseos e intereses del paciente pueden ser completamente distintos de los que ellos tienen o de los que proyectaron sobre él en la infancia. Saber diferenciar lo que uno espera que el paciente desee y lo que el paciente de hecho quiere sería un aspecto que habría que trabajar de una manera u otra en las sesiones. Se ejemplifica un posible diálogo:

Terapeuta- *¿Cómo querrían ustedes que hubiera sido su hijo? ¿A qué les gustaría que se estuviera dedicando?*

Padre- *Yo siempre quise que fuera abogado. Ya sabe que empezó la carrera, pero lo acabó dejando y comenzó a decir esas cosas que dice él sobre las televisiones y los espejos.*

Madre- Sí, y que tuviera una novia o que estuviera casado y tuviera algún niño. Su última novia era una chica majísima. Yo siempre le decía lo guapa y simpática que era y que no podía dejarla escapar...

Terapeuta- Bien. Es completamente normal que, como padres, tengan aspiraciones sobre el desarrollo personal y profesional de sus hijos. Pero, ¿y si su hijo no tuviera las mismas aspiraciones que ustedes? ¿Y si al cumplir lo que ustedes esperan de él, se decepcionara a sí mismo?

Madre- Para nosotros lo más importante es la salud de nuestro hijo. Lo que queremos es que se ponga bien. Eso es lo único importante de verdad.

Terapeuta- Está claro que sí. No me cabe la menor duda. Lo he visto muy claro en estas sesiones. Pero ¿podría ser que su hijo no tuviera las mismas aspiraciones que ustedes han proyectado para él? Podría ser que su hijo no quisiera seguir estudiando una carrera, ni ponerse a trabajar en algo que no tuviera mucho sentido en este momento, ni tener la novia que tuvo anteriormente (aunque no dudo que era una chica guapísima y muy buena persona) ¿Cómo saben ustedes lo que de verdad quiere su hijo?

Padre- Bueno, a mí desde pequeño siempre me dijo que quería estudiar Derecho. Lo tenía muy claro desde chico.

Terapeuta- Tal vez se lo dijera para intentar agradecerle, tal vez tratara sencillamente de obtener su atención o su afecto. Usted me dijo en alguna ocasión que su hermano, el tío de X, era un abogado con bastante éxito y que usted se arrepintió de no terminar la carrera, ¿no?

Padre- Sí, pero no sé qué tiene que ver eso con la enfermedad de mi hijo.

Terapeuta- Puede que no tenga nada que ver. Lo que intento poner de manifiesto es que sería muy bueno que su hijo hiciera en este momento cosas que de verdad le interesan a él, aunque a nosotros nos parezca que no encajan en el proyecto de vida que nos gustaría que tuviera. Les voy a contar un caso que tuve en una ocasión. Se trataba de una chica que estaba repitiendo el último curso de la ESO. La chica había aprobado el año anterior, pero repitió porque quería obtener una nota más alta y así poder entrar en Medicina.

Lo que le ocurría era que, de repente, se ponía muy nerviosa, sobre todo cuando estaba en el Instituto o iba de camino, y se desmayaba, perdiendo durante un tiempo la conciencia. Los psicólogos que la tratamos intentamos hacer diversas técnicas que no funcionaron. Cuando hablábamos con la chica y le preguntábamos que qué era lo que quería en la vida nos decía, sin la menor duda, que lo que quería era ser médico, que esa era su principal aspiración en la vida. A nosotros nos sorprendía algo que una chica de esa edad tuviera como principal motivación el estudio y entendimos que tal vez la chica se sintiera presionada a hacer esa carrera porque sus dos padres eran médicos muy reconocidos.

Era evidente que sus padres no la estaban presionando en absoluto, pero la chica se sentía impulsada a cumplir esas expectativas que se habían puesto en ella. Así, decidimos hablar con los padres y llegar a un acuerdo entre todos (la paciente, sus padres y nosotros como mediadores)

según el cual, independientemente de la nota que sacara en la selectividad, la chica estudiaría Fisioterapia en Madrid.

A partir de entonces los síntomas de la paciente cesaron. No les estoy diciendo que podemos por arte de magia hacer que su hijo deje de tener problemas: pero estoy convencido de que si su hijo encuentra cosas que de verdad le motivan (aunque no nos motiven a nosotros) va a mejorar. Ahora bien, puede ser que esta "mejoría" no encaje en las ideas que teníamos previamente sobre quién debería ser X. Y también puede que, con el tiempo, nos acabe convenciendo más este nuevo proyecto de vida que el que habíamos pensado inicialmente para él. ¿Quién sabe?

Referencias

Bach, P. (2004). ACT with the Seriously Mentally Ill. En Hayes, S. C. y Strosahl K. D., (Ed.), *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*, New York, Springer, pp. 185-208.

Bach, P. y Hayes, S. (2002). The Use of Acceptance and Commitment Therapy to Prevent the Rehospitalization of Psychotic Patients: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1129-1139.

Carmona, J. A., Cangas, A. J., García, J. M. y Pedro, S. (2009). Terapia de Aceitação e Compromisso aplicada aos sintomas psicóticos. *Inuaf Studia*, 12, 140-149. También disponible la versión en lengua española en la dirección http://www.conducta.org/articulos/congresos/jornadas3/tac_psicosis.htm;

Dougher, M. J. y Hayes, S. C. (2000). Clinical Behavior Analysis. En M. J. Dougher (Ed.), *Clinical Behavior Analysis*, Reno, Context Press, pp. 11-25.

Gaudio, B. y Herbert, J. (2006). Acute Treatment of Inpatients with Psychotic Symptoms Using Acceptance and Commitment Therapy: Pilots Results. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 415-437.

García Montes, J. (2003). Terapia de Aceptación y Compromiso en la Esquizofrenia, en Cangas, A. y Gil, J., (Ed.), *Avances en la Etiología y Tratamientos de los Trastornos del Espectro Esquizofrénico*, Granada, Némesis, pp. 130-135.

García Montes, J. M. y Pérez Álvarez, M. (2005). Fundamentación Experimental y Pri-

meras Aplicaciones Clínicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el Campo de los Síntomas Psicóticos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 379-393.

García Montes, J., Luciano, M., Hernández, M. y Zaldívar, B. (2004). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a Sintomatología Delirante: Un Estudio de Caso. *Psicothema*, 16, 117-124.

García Montes, J. M. Y Pérez Álvarez, M. (2001). ACT como Tratamiento de Síntomas Psicóticos. El Caso de las Alucinaciones Auditivas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 455-472.

García Montes, J. y Pérez Álvarez, M. (en prensa). Exposition in Existential Terms of a Case of "Negative Schizophrenia" Approached by means of Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy*.

García Montes, J. y Pérez Álvarez, M. (2003). Reivindicación de la Persona en la Esquizofrenia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 107-122.

García Montes, J. M., Pérez Álvarez, M. y Fidalgo, A. M. (2003). Influence of the suppression of self-discrepant thoughts on the vividness of perception of auditory illusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 33-44.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experimental Approach to Behavior Change*. New York: Guilford Press.

Hayes, S. C. (2004a). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 638-665.

Hayes, S. C. (2004b). Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies. Mindfulness, Acceptance, and Relationship. En Hayes, S. C., Follete, V.M. y Linehan, M. M. (Ed.), *Mindfulness and Acceptance. Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*, New York: Guilford Press, pp. 1-29.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M. y Wilson, K. G. (2004). What Is Acceptance and Commitment Therapy? En Hayes, S. C. y Strosahl K. D., (Ed.), *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*, New York, Springer, pp. 3-29.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, Reno, University of Nevada, 1-25.

Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follete, V. y Strosahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavior Disorder: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.

Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory. A post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Hernández, M., García Montes, J., Luciano, M. y Gómez, I. (2003). ACT como Tratamiento Despsicologizador: Ejemplificación en un Caso de Esquizofrenia en la Adolescencia”, en Cangas, A. y Gil, J., (Ed.), *Avances en la Etiología y Tratamientos de los Trastornos del Espectro Esquizofrénico*, Granada, Némesis, pp. 150-156.

Kohlenberg, R. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships*. New York, Plenum.

Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

Luciano, M. C. (1999). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 497- 584.

Luciano M. C. y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de Evitación Experiential. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 109-157.

Morrison, A. P. (1998). A cognitive analysis of the maintenance of auditory hallucinations: Are voices to schizophrenia what bodily sensations are to panic? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 289-302.

Morrison, A. P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.

Morrison, A. P. y Wells, A. (2000). Thought control strategies in schizophrenia: a comparison with non-patients. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1205-1209.

Pankey, J. y Hayes, S. (2003). Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 311-328.

Pérez Álvarez, M. (2004). *Contingencia y Drama. La psicología según el conductismo*. Madrid: Minerva Ediciones.

Pérez Álvarez, M. (1996a). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.

Pérez Álvarez, M. (1996b). *La psicoterapia desde un punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Rassin, E., Merckelbach, H. y Muris, P. (2000). Paradoxical and less paradoxical effects of thought suppression: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 20, 973-995.

Segal, Z., Williams, J. y Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York: Guilford Press.

Veiga Martínez, C., Pérez Álvarez, M. y García Montes, J. (2008). Acceptance and Commitment Therapy Applied to Treatment of Auditory Hallucinations. *Clinical Case Studies*, 7, 118-135.

Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.