



Almería, 08 de septiembre de 2011

ADOLFO J. CANGAS DÍAZ, PROFESOR DEL MÁSTER DE ANÁLISIS FUNCIONAL EN CONTEXTOS CLÍNICOS Y DE LA SALUD.

Da el Visto Bueno para la defensa del trabajo Fin de Máster titulado <<Estudio exploratorio de los valores en una muestra de personas con diagnóstico de esquizofrenia>> presentado por D^a Luz Nieto Muñoz en el Máster de Análisis Funcional en Contextos Clínicos y de la Salud.

Fdo. Adolfo J. Cangas
Director Proyecto

ÍNDICE

1. Introducción	3
Aproximación histórica al estudio de los valores	3
¿Por qué estudiar los valores en la esquizofrenia?	7
ACT como terapia orientada a valores	13
ACT y Psicosis	15
2. Método	18
2.1. Participantes	18
2.2. Métodos e instrumentos	18
2.3. Diseño	19
2.4. Procedimiento	20
3. Resultados	22
3.1. Datos sociodemográficos de ambos grupos	22
3.2. Datos cualitativos	24
3.3. Datos cuantitativos	49
4. Discusión	60
5. Referencias	72
6. Anexos	77

1. Introducción.

Aproximación histórica al estudio de los valores

El estudio de los valores ha sido abarcado desde diferentes disciplinas, desde la filosofía a la psicología, pasando por la sociología.

Atendiendo a una perspectiva filosófica, podemos destacar diferentes corrientes que han tratado de dar cuenta de este fenómeno a partir del siglo XIX. Desde una aproximación subjetivista de los valores, podemos mencionar a la Escuela de Austria y Praga, representados por Alexius Meinong, Christian von Ehrenfels, Richard Muller o John Dewey. Por otro lado aparece la Escuela Neokantiana a la que pertenecen Rickert o Mustenberg. En una línea diferente, encontramos la posición de la axiología fenomenológica, encabezada por Max Scheler, Harttman y difundida en España por Ortega y Gasset. Por último, destacar la corriente realista de los valores con Stern, Le Senne y Lavelle entre otros autores (Garcés, 1988).

La aproximación sociológica a los valores no tiene un marco teórico sólido aunque algunos autores como Williams, Duffy, Rocher, Albert, o Srivastara postulan varios modelos sobre qué son los valores, qué tipologías existen y qué funciones cumplen en el comportamiento (Garcés, 1988).

A mediados del Siglo XX, los científicos sociales comenzaron a estudiar el tema y es hacia fines de la década de 1980 y durante la de 1990 cuando se comienzan a desarrollar teorías transculturales integradas sobre el análisis de los valores a nivel personal y cultural, con la finalidad de poder encontrar dimensiones comunes con significado equivalente que posibiliten la comparación entre personas y grupos sociales (Castro Solano y Martín, 2006).

. El análisis psicológico se ocuparía de explicar, al margen de la interpretación teórica que se ofrezca, la dinámica de la conducta humana dirigida a objetivos y metas (Páez, Gutiérrez, Valdivia y Luciano, 2006). El estudio de los valores y el papel que cumplen en la trayectoria vital de las personas, así como su cabida dentro de la psicoterapia, ha sido ampliamente tratado desde diferentes ópticas de la Psicología.

Spranger se considera un pionero en el estudio de los valores al utilizarlos como explicación de la conducta y estableciendo una categorización de las personas en función de los valores que poseen, en 1928 (Garcés, 1988).

Los valores en su vertiente individual pueden ser abordados como fenómenos universales, en el sentido de ser objetivos vitales compartidos por todas las personas pertenecientes a la misma cultura. Esta visión es la compartida por Maslow (1954) que plantea un sistema organizado de necesidades jerarquizadas en una pirámide, desde las necesidades fisiológicas a la necesidad de realización personal; Inglehart (1977) con su teoría sobre los valores políticos del materialismo y postmaterialismo; y Rokeach (1973) que entiende los valores como creencias organizadas jerárquicamente que definen la forma de interpretar las actitudes de los demás y nos dicen lo que está bien y está mal (Castro Solano y Martín, 2006). Estos tres autores comparten un enfoque de los valores similar en tanto que sostienen la organización jerárquica de los mismos y su función como guías del comportamiento humano.

Otro autor relevante en el estudio de los valores es Schwartz, quien ha centrado buena parte de sus investigaciones en encontrar cuáles son los valores individuales compartidos en diferentes culturas. Schwartz (1992) distingue diez tipos de valores (auto-dirección, estimulación, hedonismo, logro, poder, seguridad, conformidad, tradición, benevolencia y universalidad) derivados de tres necesidades básicas universales (necesidades de los individuos como organismos biológicos, requisitos de interacción social coordinada y necesidades de supervivencia y bienestar de los grupos).

Los valores pueden ser entendidos de diferente forma si atendemos a su dimensión individual como metas que aspiran alcanzar las personas, o a su dimensión cultural, como ideas abstractas y compartidas acerca de lo que es bueno, malo o correcto en la sociedad. Los valores culturales que caracterizan a una sociedad no pueden ser directamente observados sino que deben ser inferidos de varios productos culturales (Ros y Schwartz, 1995). Estos mismos autores plantean una teoría sobre los contenidos y estructura de las relaciones entre siete tipos de valores (Conservación, jerarquía, autonomía intelectual, autonomía afectiva, competencia, armonía y compromiso igualitario) en que pueden ser comparadas las culturas.

Aproximación funcional al estudio de los valores.

Desde el Análisis de la Conducta, se ha denominado control de tipo motivacional al control que ejerce la alteración del valor reforzante o aversivo de la consecuencia sobre el episodio coportamental (Valdivia y Luciano, 2006).

Los estudios sobre la alteración de las propiedades reforzantes de los eventos por vía directa mediante la manipulación de contingencias o vía verbal asientan los principios básicos que señalan la emergencia en un momento dado de nuevas funciones o de su alteración, por un lado, y por otro, las condiciones que harían que la persona se comportase literalmente a tales sensaciones y pensamientos o se comportase de un modo contextualizado a lo que pudiera ser más relevante para su vida (Valdivia y Luciano, 2006).

Por otro lado, la Teoría del Marco Relacional describe los principios que establecen las condiciones para la formación y la alteración de las funciones en ausencia de experiencia directa con los eventos (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001).

En la literatura sobre comportamiento gobernado por reglas, los estímulos verbales que establecen funciones psicológicas de reforzamiento para otros eventos son llamados *augmentals* (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001) Los *augmentals* motivacionales cambian temporalmente la efectividad de las consecuencias existentes, ya sea presentando alguna de las funciones de estímulo de una consecuencia dada o uniéndose una consecuencia verbalmente a otras (Wilson y Luciano, 2002).

La RFT completa y respalda experimentalmente el planteamiento funcional de los valores con las investigaciones sobre lenguaje y transformación de funciones y así como el seguimiento de reglas que controlan el comportamiento humano orientado a metas y valores a largo plazo (Hayes, Gifford y Hayes, 1998; Wilson y Luciano, 2002)

Desde una perspectiva funcional o contextual, el desarrollo de los valores, como parte del desarrollo de la personalidad, está inmerso en el contexto social y personal, Es en la infancia donde se consolidan las primeras preferencias y se comienzan a formar tendencias de respuestas encaminadas a acceder a esos estímulos preferidos (Luciano, Gómez y Valdivia, 2002).

Desde el conocimiento de la RFT y un planteamiento conductual de los valores, se ha comenzado a trabajar en dirección a construir instrumentos de medida que capten los valores como producto verbal, siendo ejemplo de ello el *Valued Living Questionnaire*, VLQ (Wilson y Groom, 2002). Este instrumento de evaluación consta de 10 áreas que a menudo son identificadas como áreas valiosas en la vida. Los clientes deben de puntuar, en una escala de 1 a 10, la importancia de 10 áreas, incluyendo: 1) familia, 2) matrimonio, pareja, intimidad, 3) ser padre, 4) amistad, 5) trabajo, 6) educación, 7) ocio, 8) espiritualidad, 9) ciudadanía, y 10) bienestar físico (Wilson, Sandoz, y Kitchens, 2010).

En la siguiente parte de la evaluación, se le pide a los clientes que estimen, usando la misma escala de 1 a 10, cuánto de consistentes han vivido de acuerdo a sus valores en la última semana (Wilson y Murray, 2004).

Basándose también en la RFT, Hayes, Gifford y Hayes (1998) señalan una explicación del desarrollo moral basado en el *pliance*, *tracking* y *augmenting* y desde la perspectiva de hablante y oyente (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001).

Otra teoría contextual del desarrollo moral es la propuesta por Kohlberg (1980, 1983) entendido como un proceso evolutivo en el que una etapa sucede a la siguiente que simplemente requiere un ambiente que lo apoye (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001). Comparando la teoría de Kohlberg con el modelo basado en el *pliance*, *tracking* y *augmenting*, las dos primeras etapas se asemejan al *pliance* y al *tracking*; de la cuatro a la seis corresponderían respectivamente a *pliance*, *tracking* y *augmenting* de carácter social; y la tercera etapa no parece encajar con el “modelo de *pliance*, *tracking* y *augmenting*”, pero podría ser interpretado como un tipo de *pliance* que emerge cuando compañeros, en lugar de los padres, se convierten en relevantes mediadores de reforzamiento (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001).

¿Por qué estudiar los valores en la esquizofrenia?

En general, en el ámbito de la esquizofrenia los componentes subjetivos han sido poco considerados en detrimento de los síntomas. Paralelamente, cada vez son más las investigaciones y artículos destinados a dar una explicación del trastorno que conocemos como esquizofrenia estableciendo correlatos entre el cuadro clínico y el cerebro. Sin embargo, el mayor conocimiento acerca del cerebro no se corresponde con saber más acerca de la esquizofrenia (Pérez y García-Montes, 2006).

En esta línea encontramos autores como Sass (2003) que critica la distinción formulada entre síntomas positivos y negativos, alegando la arbitrariedad con la que son clasificadas las manifestaciones clínicas y las discrepancias que pueden producirse entre el signo observable y la experiencia subjetiva.

Siguiendo a Dörr (2005), se trataría de intentar acercarse a la locura intentado descargarla de todo su contenido mórbido y mirándola sólo como una posibilidad humana entre otras. Para este autor la meta debiera ser la búsqueda de la transformación, ese cambio que hace de una vida corriente una existencia psicótica y estudiar sus peculiaridades tanto antes, durante y después de ocurrida esa transformación, pero siempre considerándola como un camino posible. En definitiva, atendiendo a las circunstancias que envuelven a la persona que vive la experiencia psicótica.

La fenomenología trascendería así de la distinción entre sano y enfermo y entre normal y anormal, ateniéndose primero a la esencia del fenómeno y sus conexiones de sentido (Dörr, 2005). Este concepto de “vuelta a las cosas mismas”, fue el primer, y único, mandamiento de la Fenomenología fundada por Edmund Husserl (1859-1938) (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007).

Son numerosos los autores que han explicado qué es lo que se entiende por esquizofrenia así como cuáles son las claves para aproximarse a ella desde la fenomenología (Minkowski, 1927, Kimura, 1992, Blankenburg, 2001; Sass y Parnas, 2001, 2003; Wiggins, Schwartz y Spitzer, 2005, Binswanger, citado por Dörr, 2002; Stanghellini, 2001, 2006).

En 1927, Minkowski hablaba de una unidad vivida y organizada para referirse a los síntomas subjetivos que conforman los trastornos mentales y de síntomas como la expresión de una modificación profunda y característica de la personalidad humana en su totalidad. Para Minkowski, los aspectos esenciales de la esquizofrenia son la pérdida de contacto vital con la realidad y el embotamiento de la experiencia subjetiva (Sass, 2001).

Binswanger en 1957, citado por Dörr (2002), destacó por su definición de la psicosis como "ruptura de la coherencia de la experiencia natural", la descripción de la existencia esquizofrénica previa a la irrupción de la psicosis como caracterizada por "la escisión en alternativas irreconciliables" o el concepto de formación de un "ideal excéntrico" y el consiguiente ocultamiento del lado rechazado de la alternativa (escindida).

Blankenburg (2001) propone que la esquizofrenia es una patología del sentido común, fundándose en torno a este concepto todo un modelo de psicopatología del sentido común. Wiggins, Schwartz y Naudin (2001) realizan una revisión del concepto de sentido común en un intento de eliminar la ambigüedad que puede suscitar el término.

Compartiendo la idea de Blankenburg, se encuentra Stanghellini (2001, 2006), quién también propone entender la esquizofrenia como una crisis del sentido común que aunaría tanto la pérdida de sentido del yo como la hiperreflexividad antes mencionadas.

Stanghellini y Ballerini (2006) realizaron un estudio exploratorio en valores con una muestra de 40 personas con esquizofrenia o trastorno esquizotípico. El objetivo del estudio es describir la estructura del sistema de valores, los principios que constituyen el eje de su moral y sus acciones valiosas y su filosofía de vida.

Los valores pueden ser entendidos como el significado que acompaña a la experiencia subjetiva. El sistema de valores de las personas con esquizofrenia transmite una crisis global del sentido común que se caracteriza por sentimientos de ser único y excepcional; tener preocupaciones ontológicas, antropológicas y semánticas; preocupaciones sobre el carisma; negación ante vínculos interpersonales; y negación del conocimiento del sentido común y semántico.

De estas características se derivan dos categorías idionomía (que refleja el sentimiento de ser único excepcional al margen del sentido común y del resto del mundo) y antagonomía (que refleja la elección de tomar una posición excéntrica de cara a las asunciones compartidas socialmente) (Stanghellini y Ballerini, 2006).

Para Sass y Parnas (2003), la esquizofrenia es una alteración de sí mismo, o más específicamente, una perturbación de la ipseidad en la que se encuentran distorsiones características en relación a la conciencia. Las alteraciones de la identidad, del sentido unificado de sí mismo en el mundo, tienen dos aspectos fundamentales y complementarios, la hiperreflexividad y la pérdida de sentido del yo.

En resumen, de acuerdo con una concepción fenomenológica, la esquizofrenia se entiende como un trastorno de la conciencia de sí mismo y del mundo caracterizado por la crisis del sentido común, entendido como la evidencia natural y el mundo dado por hecho (Marino Pérez, 2008)

Pérez Álvarez y García Montes (2003), citando a Chadwick et al (1996), defienden un modelo basado en la noción de persona que entiende las experiencias psicóticas como fenómenos unidos al desarrollo psicológico normal y, concretamente, al esfuerzo humano por tratar de construir un sentido de sí mismo que sea, a la vez, valioso y auténtico. La reivindicación de un modelo centrado en la persona está en relación con una consideración cultural de los trastornos psicológicos (Pérez Álvarez y García Montes, 2003; Bautista y Quiroga, 2005). La experiencia psicótica se constituye dentro de un contexto que le da sentido y en relación con el mundo, cuyas condiciones sería necesario estudiar (Pérez Álvarez y García Montes, 2006).

La afinidad entre la fenomenología y el conductismo puede ser resumida en dos conceptos clave: en primer lugar, el no dualismo, y, en segundo lugar, la importancia de la vida práctica. Desde ambas perspectivas, la mente no se entiende como algo interno, opuesto al mundo, sino en términos relacionales, como intencionalidad en la fenomenología y como una operante conductual en el conductismo. Por otra parte, el mundo no se entiende como algo externo, opuesto a la mente, sino como una especie de medio: circunstancia de la vida en la fenomenología y contingencias o contextos funcionales en el conductismo (Pérez Álvarez y Sass, 2008). Se ha de matizar que la afinidad propuesta entre conductismo y fenomenología, parte de la visión de ambas por Skinner y Ortega y Gasset, respectivamente.

La visión de Ortega y Gasset ofrece una imagen de la vida más vital y jovial frente al existencialismo. (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007). La perspectiva de Ortega implica una transformación de la fenomenología en una dirección que hace hincapié en la “vida como acción” o como “ejecución”, y como él dijo, una “razón histórica” como explicación (Pérez Álvarez y Sass, 2009). La afinidad entre Skinner y Ortega y Gasset fue señalada por Yela (1987) que consideró la célebre fórmula de Ortega “Soy yo y mis circunstancias” como una representación del análisis de Skinner de la articulación de la conducta con las condiciones ambientales (Pérez Álvarez y Sass, 2008).

La concepción de la esquizofrenia como trastorno de la conciencia y, en particular de la identidad personal, cuya peculiaridad sería la hiperreflexividad y la pérdida del sentido del yo como sujeto de la experiencia; tanto como una crisis del sentido común que supone una pérdida de la autoevidencia natural y una transformación (de la relación de uno con el mundo y consigo mismo), conlleva una serie de implicaciones subyacentes. En primer lugar, la esquizofrenia quedaría constituida como una figura unitaria. En segundo lugar, las convenciones clínicas al uso merecerían una revisión. En tercer y último lugar, la propia fenomenología requeriría de un mayor énfasis conductual que sitúe los fenómenos clínicos, en este caso la experiencias y conductas psicóticas, en relación con las circunstancias personales, como corresponde a su mismo predicamento (Pérez Álvarez y García Montes, 2006).

La importancia de la experiencia personal (como puede ser el área de los valores) no sólo reside en la mejor comprensión del fenómeno a estudiar, en este caso, la esquizofrenia, sino en su implicación en la recuperación (Andresen, 2003; Lysaker y Lysaker, 2010).

Fitzpatrick (2002), propone una visión de la recuperación como un continuo desde el modelo médico al modelo de empoderamiento, pasando por el modelo de rehabilitación. En estos tres modelos de recuperación existen diferencias notables en cuanto al origen de la enfermedad, desde causas puramente biológicas como asume el modelo médico a la negación de las mismas como sugiere el modelo de empoderamiento.

Desde una perspectiva basada en el modelo de rehabilitación, Anthony (1993) define la recuperación como un proceso único profundamente personal de cambio de las propias actitudes, valores, sentimientos, metas, y/o roles.

Andresen (2003) propone que la recuperación psicológica es más acorde a las creencias de los afectados. La recuperación psicológica se refiere a establecer compromisos, una vida con significado y un sentido positivo de identidad fundado en la esperanza y la autodeterminación. Dentro del modelo de recuperación psicológica se establecen cuatro componentes del proceso: 1. encontrar esperanza; 2. redefinir la identidad; 3. encontrar sentido en la vida; y, 4. tomar responsabilidad en la recuperación.

El re-establecimiento de metas importantes, o la identificación de nuevos objetivos es un tema recurrente, y los últimos cuatro componentes pueden ser conectados por el concepto de la búsqueda de la metas personales. La esperanza es la capacidad percibida para alcanzar los objetivos identificados, identidad y sentido están relacionados con las funciones propias valoradas y metas en la vida, y la responsabilidad implica autonomía en la búsqueda de ellos.

Lysaker y Lysaker (2010) hacen una revisión de cómo son tenidas en cuentas las experiencias subjetivas en la esquizofrenia a lo largo de seis perspectivas diferentes, entre las que figuran el psicoanálisis, la rehabilitación psicosocial, la fenomenología y la psicología dialéctica en la que se sacan puntos de convergencia y divergencia. A destacar como punto en común, se encuentra que las personas que experimentan esquizofrenia se sienten, de algún modo, disminuidos por la enfermedad, encontrándose a sí mismos menos de lo que eran, en el sentido de sentirse menos vitales y menos capaces de manejarse en el mundo. Como diferencias, cada perspectiva aporta su explicación de cómo emerge la experiencia subjetiva, así como una expectativa diferente en cuanto la recuperación integrada de la propia experiencia.

La perspectiva psicológica dialéctica propuesta por Lysaker and Lysaker (2010) sugiere que la esquizofrenia conlleva problemas para manejar diálogos tanto intra como interpersonales que sientan las bases del sentido del yo, que pueden ser en parte remediados a través de la psicoterapia en conjunto con la rehabilitación.

Desde el enfoque cognitivo-conductual, se postula que la intervención debe partir de la evaluación integral y global de todas aquellas variables relacionadas con el sujeto y su entorno, independientemente que fuera su enfoque clínico o rehabilitador (Cuevas y Perona, 1996).

Pérez Álvarez y Fernández Hermida (2001) analizan el panorama de tratamientos psicológicos eficaces y el uso que se hace de ellos bajo una concepción médica de los trastornos psicológicos más que una propiamente psicológica. La concepción psicológica intra-psíquica toma su forma en parte por la explicación cognitiva que se da de los trastornos psicológicos, y guarda una similitud más real que aparente con la concepción neurobiológica. Ante esto, reivindicar un enfoque contextual supondría potenciar el análisis funcional de la conducta, en vez del recuento de síntomas para completar un cuadro. Así mismo, supondría orientar a la persona hacia los objetivos importantes en su vida, en vez de ensañarse con los síntomas.

Las terapias englobadas bajo el nombre de terapias de tercera generación, como ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso) y AC (Activación conductual), tienen a la base dos pilares fundamentales: el desenredamiento autoreflexivo y la activación conductual. Una buena frase que resume a qué nos referimos con desenredamiento autoreflexivo podría ser “descentrarse de sí mismo y centrarse en la vida”. En cuanto a la activación conductual, se trataría de emprender acciones que enriquezcan la vida a través de la modificación de las circunstancias en vez de luchar contra los síntomas. (Pérez Álvarez, 2008)

En esta línea, cobraría más relevancia que el “tratamiento” de los síntomas la reorientación de la persona a los valores que importan en su vida, de acuerdo con una larga tradición que se remonta a Alfred Adler, pasa por Viktor Frankl, continúa por Skinner (donde los valores tendrían que ver con los reforzadores) y sigue en la Terapia de Aceptación y Compromiso. Visto así, contaría tanto o más que la reducción de síntomas, la aceptación y el distanciamiento de ellos y, por supuesto, los logros de asuntos valiosos (Pérez Álvarez y Fernández Hermida, 2001).

Tras esta breve revisión de cómo han sido tratados los componentes subjetivos en la esquizofrenia así como su papel en la recuperación, a continuación nos centraremos en una terapia que asienta sus bases en el conductismo radical y se articula en dirección a los valores, la Terapia de Aceptación y Compromiso.

ACT como terapia orientada a valores

La Terapia de Aceptación y Compromiso supone que el cliente acepte los eventos privados que están en el camino que elige para su vida como un compromiso elegido con la vida y, por lo tanto, un compromiso con lo que ésta lleve consigo en términos de los eventos privados según la historia personal (Wilson y Luciano, 2002).

La teoría que subyace a ACT incorpora procesos de condicionamiento operante y respondente básico bien validados con la teoría del marco relacional, una teoría postskinneriana de los procesos relacionales condicionales considerados centrales para entender el lenguaje humano, la cognición, la emoción y la motivación (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001).

Los objetivos de la terapia son: 1) la clarificación de valores; 2) la aceptación de los eventos privados ligados a lo que no puede cambiarse que implica el abandono de una agenda de cambio no efectivo y la flexibilidad para elegir cómo responder, y 3) el fortalecimiento del yo como contexto para poder notar o contemplar los contenidos privados de uno, tomados como lo que son, y desde esa perspectiva experiencial estable y cierta de uno mismo, elegir (Wilson y Luciano, 2002).

De forma somera, las fases de ACT podrían resumirse en: I) Generar la desesperanza creativa, II) El control como problema, no como solución, III) Desliteralización del lenguaje, IV) Yo como contexto, V) Valores, y VI) Aceptación y compromiso (Hayes y Strosahl, 2004).

La terapia de Aceptación y Compromiso adquiere coherencia en el momento que se define como una terapia orientada a valores. De este modo, el aceptar los eventos privados que provocan malestar y comprometerse con objetivos, no son directrices vacías sino que siempre están colocadas en un contexto de valor. Desde ACT, valorar es responder y es el medio para el cambio conductual (Wilson y Luciano, 2002)

Los humanos, gracias al comportamiento verbal, guiamos nuestra conducta tanto por las consecuencias directamente experimentadas como por las consecuencias verbalmente construidas como valores a través de procesos derivados (Páez, Gutiérrez, Valdivia y Luciano, 2006)

Cuando las personas comienzan a alejarse de los objetivos valorados en su vida al estar centradas en el control de los eventos privados dolorosos, ya sean intentando reducirlos o eliminarlos, hablamos de evitación experiencial limitante. En palabras de (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996, p. 1158) “la evitación experiencial es el fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a contactar con experiencias privadas particulares (p.e. sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones de comportamiento) y toma medidas para alterar la forma o frecuencia de estos eventos y el contexto donde ocurren”

Los procesos del lenguaje explicados desde la RFT, como la bidirección y la transformación de funciones, son la base sobre la que se forja que determinados eventos privados estén cargados de funciones que las personas aprenden a evitar (Hayes, Barnes-Holmes, y Roche, 2001).

La evitación experiencial en sí misma no ha de ser un problema si es relativamente discreta y limitada en el tiempo (Wilson y Murray, 2004); el problema aparece cuando la evitación nos aleja cada vez más de lo deseado (Wilson y Luciano, 2002). Es en este punto cuando puede ser llamado trastorno de evitación experiencial, entendido como una clase funcional limitante cuyo origen es verbal.

La evitación emocional es perjudicial cuando este plan verbal contradice el resultado deseado, como es el caso de la evitación de pensamientos que resulta tan difícil ya que intentar deliberadamente eliminarlos conlleva seguir una regla que contiene dichos pensamientos. Igualmente, la evitación experiencial es dañina cuando la regulación de los eventos privados no responde al control verbal. (Hayes y cols. 1996). La evitación emocional también es perjudicial cuando el cambio que se persigue es posible pero el esfuerzo requerido conduce a formas de evitación no saludables, así como cuando el evento que quiere eliminarse o cambiarse no puede ser cambiado (Wilson y Luciano, 2002).

En relación a esto, cabe mencionar que la perspectiva psicoterapéutica de ACT no sería cambiar los eventos privados (emociones, sensaciones, pensamientos,...) sino alterar la forma de relacionarse con ellos. El terapeuta ACT tratará de generar las condiciones para que el cliente pueda clarificar sus fines o direcciones en la vida en términos de sus acciones, así como las condiciones necesarias para alterar las relaciones entre sentir-pensar-actuar que alejan al cliente de lo quiere en su vida (Wilson y

Luciano, 2002). Los terapeutas ACT intentan ayudar a los clientes a que hagan un hueco a las dificultades de la vida y se muevan en dirección a los valores elegidos. Las barreras como la evitación experiencial y la fusión cognitiva impiden un compromiso conductual hacia vivir una vida valiosa (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

Desde ACT, los valores son direcciones vitales, alcanzables a partir de la conducta pero que no terminan nunca, no son concluidas completamente, estando siempre presentes como marco del comportamiento, dando sentido y propósito a la conducta. (Páez, Gutiérrez, Valdivia y Luciano, 2006)

ACT y Psicosis

La Terapia de Aceptación y Compromiso ha sido ampliamente utilizada en multitud de trastornos psicológicos, como trastornos del comportamiento alimentario, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, drogas y alcohol, trastorno por duelo, dolor crónico, aceptación psicológica del cáncer, o trastornos psicóticos (Wilson y Luciano, 2002).

Existen datos provenientes de ensayos clínicos aleatorizados sobre el uso de ACT en el tratamiento de problemas muy variados como depresión, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, dolor crónico,... (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma, & Guerrero, 2004).

Si atendemos a la literatura circundante a la aplicación de ACT con síntomas psicóticos, encontramos una variada gama de artículos sobre casos dónde predomina la sintomatología delirante, los síntomas negativos o las alucinaciones.

Dadas las peculiaridades que presenta la población de este trastorno, la terapia ha de ser modificada a fin de favorecer su aplicación, dado el papel central que posee el lenguaje en este tipo de intervención. Por tanto, sería necesario hacer algunas adaptaciones de las metáforas y darle un peso mayor a los ejercicios experienciales, así como hacer la terapia más concreta y sencilla (Pankey y Hayes, 2003).

En cuanto a la evidencia empírico-clínica existente sobre la aplicación de ACT en síntomas psicóticos se disponen de dos ensayos clínicos aleatorizados que aportan unos datos más rigurosos.

En un estudio de Bach y Hayes (2002), participaron 80 pacientes que experimentaban alucinaciones auditivas y delirios en el momento del ingreso. Se conformaron dos grupos, asignando a uno pacientes que recibieron el tratamiento habitual y al otro, pacientes que recibieron el tratamiento habitual más 4 sesiones individuales de ACT. Tras la intervención, se constató que el grupo que había recibido el tratamiento habitual en combinación con ACT contaba una tasa de rehospitalizaciones menor estadísticamente significativa que el grupo que sólo había sido tenido el tratamiento habitual con un seguimiento de 120 días. Otro resultado interesante de este estudio es que el grupo que recibió ACT e informó sobre los síntomas, indicó una frecuencia similar de los síntomas y del estrés asociado a los síntomas pero menor credibilidad a los síntomas, en comparación con el grupo que recibió sólo el tratamiento habitual. El hecho de que ACT reduzca las rehospitalizaciones puede deberse a una mejor aceptación de los síntomas y una disminución en la tendencia a tratar el contenido del síntoma como real (Bach y Hayes, 2002).

Con unas características similares al estudio anterior, Gaudiano y Herbert (2006) realizaron otro ensayo clínico aleatorizado en el que participaron 40 pacientes que experimentaba síntomas psicóticos. Se dividieron dos grupos, asignando a uno pacientes que recibían el tratamiento habitual, y a otro, pacientes que recibían una combinación del tratamiento habitual y una versión breve de ACT. Los resultados son coherentes con la filosofía de la que parte ACT, encontrando diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo que recibe ACT en funcionamiento social o mejoría global; en contraste con la ausencia de diferencias significativas en la frecuencia o severidad de los síntomas. De este modo, se pone de manifiesto que la misión de esta terapia no es modificar los síntomas sino alterar la relación que la persona tiene con ellos. A pesar de los resultados mencionados están en sintonía con los obtenidos por Bach y Hayes (2002), no fue así con los datos relativos al número de rehospitalizaciones, no obteniéndose diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos del estudio de Gaudiano y Herbert (2006).

En cuanto a estudios de caso podemos mencionar un estudio de alucinaciones auditivas (García Montes y Pérez Álvarez, 2001), otro aplicado a sintomatología delirante (García Montes, Luciano Soriano, Hernández López y Zaldívar Basurto, 2004), un caso de esquizofrenia indiferenciada y retraso mental (Pankey y Hayes, 2003) y otro caso de ACT aplicado a sintomatología delirante también disponible expuesto en términos existenciales (Pérez Álvarez y García Montes, 2006; García Montes, 2010).

Desde el ACT es primordial que el paciente se comprometa comportamientos que le permitan alcanzar mejor las metas establecidas. En personas con trastorno mental grave, el logro de las metas a menudo requiere experimentar cambios en sus síntomas con el fin de permanecer fuera del hospital y dedicarse a sus intereses (Pankey y Hayes, 2003).

Cuando los pacientes responden a los síntomas con acciones que los mejoran momentáneamente o alivian el estrés que le producen suelen tener consecuencias negativas en relación a otras actividades como las relaciones interpersonales o el empleo (Pankey y Hayes, 2003). En resumen, podríamos decir que los pacientes con trastornos psicóticos tienen que controlar los síntomas para optar a vivir en dirección a sus valores.

Las metas más frecuentes son tener una relación con otra persona importante, tener trabajo y vivir con independencia. En el trabajo de valores y metas se le pide al paciente que explore cómo sus intentos pasados de controlar sus síntomas pueden haber interferido en el cumplimiento de sus metas (Pankey y Hayes, 2003).

En línea a lo anterior expuesto, el *objetivo* del presente estudio consiste en indagar en los valores y acciones de personas con diagnóstico de esquizofrenia.

Este estudio es de carácter exploratorio ya que el abordaje de los valores en pacientes con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o sintomatología psicótica es un tema poco investigado, y en torno al cual apenas existen otras referencias con la metodología actual. Puede así que el estudio de los valores en los distintos trastornos psicóticos en diferentes estadios nos ayude a comprender mejor esta alteración y nos permita abrir nuevas líneas de intervención en este campo.

Este estudio forma parte de un proyecto más amplio sobre la rehabilitación en el área de ocio y tiempo libre en pacientes diagnosticados con trastornos del espectro esquizofrénico.

2. Método.

2.1. Participantes.

En el estudio han participado 2 grupos (un grupo clínico conformado por pacientes de la Unidad de Día del Hospital de la Inmaculada en Huércal-Overa y pacientes de Asociación El Timón, y otro grupo no clínico formado por personas sin patología).

El grupo clínico está compuesto por personas con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, seleccionando la muestra de pacientes el equipo de psicólogos y/o psiquiatras de los dispositivos.

La muestra de personas sin psicopatología fue seleccionada de forma intencional en función de las características del grupo de pacientes, dando prioridad a la proporción de hombres y mujeres, el nivel de estudios y la edad, resultando difícil igualar otras características como la situación laboral.

El grupo clínico inicial consta de 17 participantes (13 hombres y 4 mujeres) y el grupo no clínico consta de 13 participantes (9 hombres y 4 mujeres). La muestra inicial de personas con diagnóstico de esquizofrenia se reduce a 13 participantes (9 hombres y 4 mujeres) en los instrumentos que requiere calificación numérica.

2.2. Medidas e instrumentos.

- *Formulario Narrativo de Valores* (Hayes et al., 1999). Se trata de un instrumento para describir brevemente los principales valores en cada área: 1) relaciones íntimas/pareja/matrimonio (2) relaciones familiares (3) amigos y relaciones sociales (4) empleo y carrera (5) desarrollo personal/educación (6) ocio (7) espiritualidad (8) ciudadanía (9) salud/bienestar físico.

En este estudio este cuestionario se rellenó en forma de entrevista, siendo el terapeuta el que ayuda a acotar la dirección valiosa. (Ver Anexo 1).

- *Cuestionario de Valores* (Wilson y Luciano, 2002). Se trata de un formulario con dos etapas, en el que, en primer lugar, se ha de valorar la importancia en una escala de 1 a 10 de cada una de las áreas valoradas, y, en segundo lugar, estimar una puntuación de 1 a 10 que refleje cuánto de consistente ha sido la persona viviendo en dirección a sus valores. (Ver Anexo 2)

- *Formulario de estimación de valores* (Hayes et al., 1999). Se trata de un formulario donde el participante tiene que dar una puntuación de 1-10 el grado de importancia y satisfacción en el último mes en cada área de valores. Finalmente tiene que poner en orden de importancia las diferentes áreas de valores.
En este estudio sólo se utilizó la parte relativa al orden, pues ya se toman anteriormente otras medidas relacionadas con la importancia. (Ver anexo 3).
- *Formulario de metas, acciones y barreras* (Hayes et al., 1999). Se trata de un registro donde el paciente, con ayuda del terapeuta, va señalando los objetivos y acciones que la persona puede extraer de las direcciones valiosas que ha señalado para su vida, así como las barreras que le impiden dirigirse a ellas. (Ver anexo 4).

Para una mayor comodidad a la hora de aplicar los cuestionarios, se diseñó una versión reducida que integraba los cuatro formularios anteriormente descritos. (Ver anexo 5).

2.3. Diseño.

Se trata de un diseño de corte descriptivo-exploratorio.

Las medidas sobre orden de los valores, importancia de áreas valiosas y consistencia con áreas valiosas fueron tomadas una sola vez, junto con los datos relativos a edad, sexo, estado civil, modo de convivencia, nivel de estudios y situación laboral.

Las variables dependientes son el orden asignado a cada área, la puntuación en discrepancia, el total de áreas consistentes y discrepantes, y el porcentaje de áreas consistentes.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos cualitativos (Narraciones valiosas, metas, acciones y barreras) así como un análisis estadístico no paramétrico para estudiar las diferencias entre grupos.

2.4.Procedimiento.

En primer lugar, el terapeuta explica al participante que se trata de un estudio acerca de los valores, haciendo hincapié en el significado de estos y su diferenciación con respecto a las metas y las acciones. A continuación, se expone brevemente en qué consiste el cuestionario y las partes que lo forman.

Para la evaluación “formal” de los valores se ha seguido el protocolo planteado en Hayes, Strosahl y Wilson (1999), con las modificaciones necesarias en función de los cuestionarios empleados.

El terapeuta describe el ejercicio de narración de los valores del Formulario de Narrativa de Valores.

- 1) Terapeuta y participante discuten los valores en cada dominio y generan una narrativa más simplificada para cada área.
- 2) El participante rellena el Cuestionario de Valores.
- 3) El participante ordena en una escala de 1-9 las áreas presentadas, como en el Formulario de estimación de valores.
- 4) Terapeuta y participante colaboran para analizar las metas, acciones y barreras de cada valor (Cuestionario de metas, acciones y barreras).

Al inicio, se plantean una serie de situaciones para ayudar a los participantes a que se centren en el ejercicio y respondan en función de lo que valoran y no de lo que desean otros. Las situaciones planteadas a los participantes están descritas en Wilson y Luciano (2002).

1. Se le pide al participante que señale qué le gustaría hacer en ciertas facetas de su vida o qué se vería haciendo, día tras día, si sus padres o su pareja, o sus amigos no existieran, incluso sin personas ni policías que pudiesen juzgar lo que él hiciera o dijera.
2. Se le guía para que responda sobre qué le gustaría hacer si algo mágico ocurriera y desapareciera su problema, diferenciando lo que se puede y lo que no se puede cambiar.

3. Se propone que imagine qué le gustaría hacer en un área importante para él, lo que estaría haciendo su persona ideal, lo que él se vería haciendo si fuera esa persona ideal y pudiera observarse desde lejos (*como si mirara con un catalejo*), destacando lo que la persona estaría haciendo en ese momento (en vez de centrarse en lo que estuviera sintiendo o pensando).

4. Se le plantea que se imagine dentro de cinco años y que diga qué se ve haciendo.

3. Resultados.

3.1. Datos sociodemográficos de ambos grupos.

Los resultados serán analizados atendiendo a la división de los dos grupos, el grupo clínico con psicopatología psicótica (n=17), y el grupo no clínico sin psicopatología diagnosticada (n=13).

En el grupo clínico, los participantes se encuentran en un rango de edad entre los 24 y los 63, siendo la media de 38,65 años (s=11,65). Por otra parte, en el grupo no clínico, los participantes oscilan entre los 24 y los 63 años, siendo la media de 40,38 (s=13,46). Las diferencias en la edad no son estadísticamente significativas ($t=-0,378$, $\alpha>0,05$).

Con respecto al sexo de los participantes, el grupo clínico está conformado por 13 hombres (76,5%) y 4 mujeres (23,5%). En el grupo no clínico, el 69,2% son hombres (n=9) y el 30,8% son mujeres (n=4). No existe asociación entre la variable sexo y la variable grupo ($p>0,05$).

En la tabla 1 se recogen los datos sociodemográficos de los grupos y se compara si existen diferencias entre ambos.

En cuanto al nivel de estudios de la muestra, se han dividido los siguientes grupos: sin estudios o estudios primarios no concluidos, estudios primarios, secundaria, bachillerato, estudios universitarios no concluidos, formación profesional y estudios universitarios. En el grupo con psicosis, 3 participantes (17,6%) no terminaron los estudios primarios; 3 participantes (17,6%) pertenecen al grupo de estudios primarios; 3 participantes (17,6%) terminaron los estudios en bachillerato; 5 participantes (29,4%) comenzaron y no concluyeron estudios universitarios; 2 participantes (11,8%) poseen formación profesional y 1 participante (5,9%) posee un título universitario.

En el grupo sin psicosis, 5 participantes (38,5%) poseen estudios primarios, 1 participante finalizó sus estudios en la etapa secundaria (7,7%), 2 participantes llegaron hasta bachillerato, 2 participantes (15,4%) comenzaron pero no concluyeron sus estudios universitarios, 2 personas (15,4%) realizaron formación profesional y, por último, 1 persona posee estudios universitarios (7,7%). No se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre la variable grupo y la variable nivel de estudios ($\phi =0,493$; $\alpha>0,05$).

Atendiendo a la situación laboral de ambos grupos, observamos que el 88,2% del grupo clínico están en situación de desempleo frente al 53,8% de desempleados en el grupo no clínico. En el grupo clínico, dos participantes tienen empleo aunque uno de ellos estaba tramitando la baja. Otro participante del grupo de personas con esquizofrenia está jubilado. Aunque no fueron cuantificados sistemáticamente, algunos de los participantes se dedicaban esporádicamente a realizar trabajos relacionados con la agricultura o el envasado en almacenes en épocas de alta productividad y en compañía de familiares o personas cercanas. En el grupo no clínico, el 30,8% de los participantes esta activo (n=4), el 7,7% (n=1) de baja y otro 7,7% (n=1) jubilado. No se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre la variable situación laboral y la variable grupo ($\phi = 0,350$; $\alpha > 0,05$)

De acuerdo al modo de vida de los participantes, en el grupo A, el 82,4% (n=14) vive con familiares cercanos (padres, tíos,...), el 11,8% (n=2) vive en un piso tutelado u otro dispositivo residencial, y el 5,9% (n=1) vive con su pareja e hijos. En el grupo B, el 46,2% (n=6) vive con la familia, el 7,7% (n=1) vive con su pareja, el 30,8% (n=4) vive con su pareja e hijos, y el 15,4% (n=2) vive con sus hijos. En este caso, existe una asociación estadísticamente significativa entre la variable grupo y la variable modo de convivencia ($\phi = 0,567$; $p < 0,05$)

Con respecto al estado civil, en el grupo clínico, el 58,8% (n=10) de los participantes está soltero; el 17,66% (n=3) está separado o divorciado; el 5,9% (n=1) está casado; y el 17,6% (n=3) restante tiene una relación de pareja. En el grupo no clínico, el 15,4% (n=2) de los participantes está soltero, el 23,1% (n=3) está casado, un 30,8 (n=4) está en pareja y otro 30,8% (n=4) está separado o divorciado. No existe asociación estadísticamente significativa entre la variable estado civil y la variable grupo ($\phi = 0,454$, $p > 0,05$).

Tabla 1. Características sociodemográficas del grupo clínico y no clínico.

Variable	Grupo Clínico	Grupo No Clínico	V de Cramer	Valor de p
Nivel de estudios	Sin estudios n=3	Sin estudios n=0	$\phi = 0,493$	$p = 0,294$
	Primarios n=3	Primarios n=5		
	Secundaria n=0	Secundaria n=1		
	Bachillerato n=3	Bachillerato n=2		
	Universidad	Universidad		

	No finalizada n=5	No finalizada n=2		
	Formación profesional n=2	Formación profesional n=2		
	Universitarios n=1	Universitarios n=1		
Situación	Activo n=1	Activo n=4	$\varphi =0,350$	$p=0,30$
laboral	Desempleado n=14	Desempleado n=7		
	Baja n=1	Baja n=1		
	Jubilado n=1	Jubilado n=1		
Convivencia	Familia n= 14	Familia n=6	$\varphi =0,567$	$p=0,047 *$
	Independiente/En pareja n=0	Independiente/En pareja n=1		
	En pareja con hijos n=1	En pareja con hijos n=4		
	Con hijos n=0	Con hijos n=2		
	Piso tutelado n=2	Piso tutelado n=0		
Estado civil	Soltero n=10	Soltero n=4	$\varphi =0,454$	$p=0,102$
	Casado/En pareja n=4	Casado/En pareja n=9		
	Separado/Divorciado n=3	Separado/Divorciado n=3		
	Viudo n=0	Viudo n=1		

El grupo clínico compuesto por personas con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo tiene una media de 3,88 (S=2,781) ingresos hospitalarios, una media de 15,65 años (S=12,010) de cronicidad, y una edad media de comienzo de 23,11 años (S=7,192).

En este mismo grupo podemos hacer varios subgrupos en función del tiempo de cronicidad o momento de la aparición de la psicopatología: inicio temprano (hasta los 25 años), inicio medio (de los 26 a los 45 años) e inicio tardío (a partir de los 46 años). El 76,5% (n=12) comenzó antes de los 25 años y el 23,5% (n=5) comenzó entre los 27 y los 39 años.

3.2.Datos cualitativos: Narraciones valiosas, objetivos, acciones y barreras.

La categorización de los valores está dada por el propio instrumento de evaluación que clasifica las respuestas en nueve áreas diferentes: relaciones íntimas/pareja, relaciones familiares, relaciones sociales, trabajo, educación y formación, ocio, espiritualidad, ciudadanía, y salud/bienestar físico.

A continuación se exponen las respuestas dadas por los participantes para cada una de las áreas valoradas, en términos de direcciones valiosas a seguir.

En el área de relaciones íntimas/pareja (ver tabla 2), las respuestas del grupo clínico son muy variadas ya que cada persona destaca cualidades importantes que ha de tener una relación desde su perspectiva (confianza, química, sinceridad, respeto, amistad, comprensión...). El adjetivo “estable” como primario en una relación de pareja aparece en un 7 de las 12 narraciones recogidas (58,33%). Del total de personas que conforman el grupo A, 6 de ellas no destacaron ninguna dirección valiosa en esta área.

Tabla 2. Ejemplos de narraciones valiosas citadas por el grupo clínico para el área de Relaciones íntimas/pareja.

Narración de la dirección valiosa en “Relaciones íntimas/pareja” GRUPO CLÍNICO	
Tener una relación basada en el respeto y el cariño	Tener una relación estable en la que se respete la individualidad
Compartir la vida con alguien en una relación duradera y con “química”	Tener una relación en la que la primer el amor, la amistad y la comprensión
Tener una relación estable	Tener una relación en la que prime la estabilidad, la complicidad, la amistad y el apoyo
Tener una relación de pareja basada en el cariño y en el compartir	Tener una relación sincera
Tener una relación formal basada en la confianza	Crear una familia unida
Tener relaciones estables con diferentes parejas	

En el grupo no clínico (ver tabla 3), 11 de 13 personas valoraron las relaciones de pareja como un área relevante en sus vidas. Las definiciones dadas sobre la relación íntima ideal son variadas aunque las más frecuentes aluden a la estabilidad, “llegar a ser uno”, el respeto y la confianza.

Tabla 3. Ejemplos de narraciones valiosas citadas por el grupo no clínico para el área de Relaciones íntimas/pareja.

Narración de la dirección valiosa en “Relaciones íntimas/pareja” GRUPO NO CLÍNICO	
Tener una relación para llegar a ser uno (completarse)	Ser una buena compañera y amante
Tener una relación basada en la comprensión, el respeto y el cariño	Tener una pareja estable
Lograr el equilibrio sentimental y la compenetración	Tener una relación basada en la amistad, lealtad y comprensión
Vivir una vida en común en una misma dirección	Conseguir una relación basada en la libertad, la confianza, el compañerismo, la pasión, la complicidad, la sinceridad
Una relación de confianza y respeto	

En el área de las relaciones familiares (ver tabla 4), las respuestas recogidas del grupo clínico giran en torno a dos conceptos básicos: el equilibrio/estabilidad y la independencia. En este caso, 7 participantes no destacaron ninguna dirección valiosa, aunque en dos ocasiones se debió a una negativa a hablar de temas relacionados con la familia.

Tabla 4. Ejemplos de narraciones valiosas citadas por el grupo clínico para el área de Relaciones familiares.

Narración de la dirección valiosa en “Relaciones familiares” GRUPO CLÍNICO	
Tener una relación de mayor implicación	Tener una relación estable
Tener una familia unida	Tener una relación más cercana y cariñosa
Tener una relación más equilibrada	Tener una relación más independiente
Tener una relación con un buen clima	Tener una familia en la que exista más apoyo

En el grupo no clínico (ver tabla 5), los valores en torno a la familia se centran sobre todo en el papel dentro de la familia, como ser un buen padre o hijo, y en querer ser una figura que brinde apoyo y ayuda para los demás.

Tabla 5. Ejemplos de narraciones valiosas citadas por el grupo no clínico para el área de Relaciones familiares.

Narración de la dirección valiosa en “Relaciones familiares” GRUPO NO CLÍNICO	
Tener una relación de lealtad	Ser una figura presente y cercana emocionalmente
Ser un buen padre-educador con respeto y confianza	Ser un buen hermano
Tener una relación de cariño, respeto y que exista adaptación entre todos (equilibrio)	Ser un buen ejemplo para los hijos
Ser mejor madre	Conseguir una relación basada en la armonía, el compañerismo, el amor, el perdón

Tener relaciones más abiertas y con confianza	Tener una relación de amor, comprensión y ayuda
Mantener la familia unida	

En cuanto a las relaciones sociales (ver tabla 6), en el grupo clínico las respuestas se pueden dividir en tres grupos principalmente: “mantener las relaciones existentes”; “crear nuevas relaciones” y “calidad de las relaciones”.

Tabla 6. Ejemplos de narraciones valiosas citadas por el grupo clínico para el área de Relaciones sociales.

Narración de la dirección valiosa en “Relaciones sociales” GRUPO CLÍNICO	
Mantener buenas relaciones sociales	Tener buenas relaciones basadas en la confianza
Crear buenas amistades	Tener relaciones enriquecedoras
Compartir la vida con buenos amigos	

En el grupo no clínico (ver tabla 7), los valores en el área de relaciones sociales están vinculados a la cualidad de la relación deseada, priorizando que sean relaciones verdaderas y profundas frente a tener muchas y variadas.

Tabla 7. Ejemplos de narraciones valiosas citadas por el grupo no clínico para el área de Relaciones sociales.

Narración de la dirección valiosa en “Relaciones sociales” GRUPO NO CLÍNICO	
Tener relaciones profundas basadas en el respeto y el amor	Sentirse integrante de un círculo de relaciones enriquecedoras
Tener relaciones basadas en la confianza y ser una figura de ayuda para los demás 2	Tener relaciones más tolerantes (abrirse a todo tipo de personas)
Tener amigos de verdad	Tener relaciones de amor, comprensión, lealtad y altruismo

Tener relaciones basadas en la libertad	Conseguir una relación basada en la sinceridad, el compañerismo, la complicidad, la comprensión, la confianza el cariño
-----------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Del total de 16 personas que destacaron el área laboral como importante en sus vidas (ver tabla 8) en el grupo clínico, 6 hicieron hincapié en ser un buen profesional o labrarse una carrera profesional concreta como parte de su crecimiento como persona. Por otra parte, 6 personas pusieron el acento en la estabilidad laboral como eje de su independencia económica. Por último, 4 personas destacaron que la importancia de tener trabajo radica en el hecho de mantenerse activo, útil y está normalizado dentro de la sociedad.

Tabla 8. Ejemplos de narraciones valiosas citadas por el grupo clínico para el área de Trabajo

Narración de la dirección valiosa en “Trabajo” GRUPO CLÍNICO	
Ser un profesional del arte y el dibujo	Ser un buen profesor
Tener un trabajo fijo	Mantener sus tierras
Labrarse una carrera profesional	Mantenerse útil/activo
Conseguir un negocio propio en el que reine el buen ambiente	Ser una buena administrativa
Disfrutar en un trabajo estable	Ser una buena profesional
Ser solvente	Tener un trabajo para la normalización

En el grupo no clínico (ver tabla 9), 6 personas narraron su dirección valiosa en cuanto al trabajo haciendo hincapié en el deseo de que el trabajo no supusiese un esfuerzo y primase el disfrutar de la actividad desempeñada y 3 personas se centraron en un trabajo específico.

Tabla 9. Ejemplos de narraciones valiosas citadas por el grupo no clínico para el área de Trabajo.

Narración de la dirección valiosa en “Trabajo” GRUPO NO CLÍNICO	
Desempeñar un trabajo con niños	Desarrollar una profesión artesanal
Sostener económicamente la familia	Desempeñar un trabajo que permita la independencia (no ser esclavo de él)
Labrarse una carrera profesional	Mantener el trabajo en la oficina
Conseguir que el trabajo no sea trabajo	Desarrollar un trabajo que me haga feliz
Seguir motivado por el trabajo	

En el área de formación (ver tabla 10), 12 de los 17 participantes que conforman el grupo clínico valoraron este ámbito como importante en sus vidas. Del total, 8 personas focalizaron la educación y la formación de cara a estar mejor preparados para encontrar un trabajo, relacionado o no con sus intereses.

Tabla 10. Ejemplos de narraciones valiosas citadas por el grupo clínico para el área de Educación y formación.

Narración de la dirección valiosa en “Educación y formación” GRUPO CLÍNICO	
Mejorar la formación académica	Ser más sabio
Ampliar el conocimiento/Aprender cosas nuevas	Aprender idiomas, sociología, psicología

En el grupo no clínico (ver tabla 11), 3 personas narraron una dirección valiosa en la educación y formación en relación a seguir estudiando por el placer de continuar aprendiendo y como parte de su desarrollo personal, 3 personas describieron su valor en relación a una formación específica y 2 personas pusieron el acento en la formación como vehículo para ser un mejor profesional.

Tabla 11. Ejemplos de narraciones valiosas citadas por el grupo no clínico para el área de Educación y formación.

Narración de la dirección valiosa en “Educación y formación” NO CLÍNICO	
Mejorar la formación académica	Formarse en relación a las aficiones
Mantener viva la curiosidad	Aprender idiomas
Formarse para equilibrar cuerpo y mente	Aprender atención a los mayores
Ser culto y mantenerse en continuo reciclaje	Formarse para seguir siendo un buen trabajador

En esta área (ver tabla 12), 14 personas narraron direcciones valiosas relacionadas con la forma de aprovechar su tiempo libre. De todas las respuestas se puede extraer dos categorías principales: “Realizar actividades nuevas en el tiempo libre” y “Disfrutar-aprovechar mejor el tiempo libre”

Tabla 12. Ejemplos de narraciones valiosas citadas por el grupo clínico para el área de Ocio.

Narración de la dirección valiosa en “Ocio” GRUPO CLÍNICO	
Ampliar el campo de actividades e intereses	Aprovechar mejor el tiempo libre
Realizar/explorar actividades nuevas	Disfrutar de actividades al aire libre
Aprender nuevos deportes	Disfrutar del tiempo libre en compañía
Disfrutar de su propia familia	Tener una vida más activa

En el grupo no clínico (ver tabla 13), los valores giran en torno a “Disfrutar del tiempo libre”, “Tener una vida más activa/actividades diferentes” y “Compartir el ocio con personas importantes”.

Tabla 13. Ejemplos de narraciones valiosas citadas por el grupo no clínico para el área de Ocio.

Narración de la dirección valiosa en “Ocio” GRUPO NO CLÍNICO	
Disfrutar de las aficiones 2	Tener una vida más activa
Explorar actividades nuevas y artísticas	Compartir el tiempo libre con la familia
Realizar actividades nuevas/Disfrutar de un ocio variado	Disfrutar del tiempo libre
Practicar un ocio constructivo	

En el área de espiritualidad (ver tabla 14), 7 participantes del grupo clínico narraron una dirección valiosa en sus vidas. De este grupo, 3 personas relacionaron la espiritualidad con el crecimiento y desarrollo personal; 3 personas describieron valores en torno a la religión cristiana y la figura de Dios; y una de ellas, manifestó que el valor que le da a la espiritualidad radica en su ansia de conocimiento y entender a los demás. De los 11 participantes que no destacaron la espiritualidad como parte importante de sus vidas, 4 no quisieron hablar del tema mostrándose incómodos ante el planteamiento. Los 3 participaron que relacionaron la espiritualidad con la religión y la figura de Dios, habían tenido algún tipo de delirio mesiánico durante sus crisis.

Tabla 14. Ejemplos de narraciones valiosas citadas por el grupo clínico para el área de Espiritualidad.

Narración de la dirección valiosa en “Espiritualidad” GRUPO CLÍNICO	
Conectar más con su lado espiritual	Tener una relación más estrecha con la religión
Conocer a fondo la religión y las historias bíblicas	Estar más en contacto con Dios
Desarrollo y crecimiento personal / Conocerse a sí mismo	Creer como persona / Estar en paz consigo mismo y el mundo
Conocer religiones-otros pensamientos	

filosóficos para ayudar a mejorar las relaciones	
--------------------------------------------------	--

En el grupo no clínico (ver tabla 15), 5 personas relacionaron la espiritualidad con el amor y respeto a la naturaleza, 1 persona aludió a la relación con los demás y otra persona se refirió a la espiritualidad el equilibrio personal y con el universo.

Tabla 15. Ejemplos de narraciones valiosas citadas por el grupo no clínico para el área de Espiritualidad.

Narración de la dirección valiosa en “Espiritualidad” GRUPO NO CLÍNICO	
Desarrollar la capacidad de compartir, valorar y respetar	Desarrollar sensibilidad hacia el entorno basado en el respeto a la naturaleza
Respeto al medio ambiente	Gaia
Comunión con la naturaleza	Estar en paz y armonía con uno mismo y el universo

En el grupo clínico (ver tabla 16), 8 personas valoraron el área de la ciudadanía como relevante en sus vidas. En concreto, 2 participantes describieron su valor con respecto a la ciudadanía en relación a actividades de voluntariado, manifestando haber estado en contacto con estos sistemas de ayuda previamente. Otras 3 personas narraron específicamente qué labor creían importante para ellos en la sociedad (luchar por la crisis y mejorar la vida de los ancianos y enfermos mentales). El resto de participantes no fueron concretos en su narración, creándose ambigüedad entre sí realmente el ayudar a otros era importante para ellos a título personal o como valor cultural en general.

Tabla 16. Ejemplos de narraciones valiosas citadas por el grupo clínico para el área de Ciudadanía.

Narración de la dirección valiosa en “Ciudadanía” GRUPO CLÍNICO	
Luchar por mejorar la crisis mundial y retomar el ideal del comunismo	Ayudar a los demás
Ayudar a los demás a través del voluntariado	Mejorar la vida de los ancianos
Mejorar la vida de los enfermos mentales	

En el grupo no clínico (ver tabla 17), los valores narrados se centran en “Ayudar a los demás (gente necesitada)” y “Fomentar el civismo/respeto interpersonal”.

Tabla 17. Ejemplos de narraciones valiosas citadas por el grupo no clínico para el área de Ciudadanía.

Narración de la dirección valiosa en “Ciudadanía” GRUPO NO CLÍNICO	
Fomentar el respeto interpersonal	Ayudar a los demás
Ayudar a los demás mediante el voluntariado	

En el área relacionada con la salud (ver tabla 18), 14 personas del grupo clínico la destacaron como valiosa en sus vidas. Las respuestas se agrupan fundamentalmente en dos polos: “Mantener la salud actual” y “Mejorar la salud actual”. Sólo dos personas hablaron de la salud en términos de su enfermedad mental, mientras que el resto se focalizaron en hábitos de vida saludable.

Tabla 18. Ejemplos de narraciones valiosas citadas por el grupo clínico para el área de Salud/Bienestar físico.

Narración de la dirección valiosa en “Salud/Bienestar físico” GRUPO CLÍNICO	
Cuidar la salud mental	Disfrutar de una vida mejor/más sana
Mantener una buena salud	Mejorar la salud y el estilo de vida

En el área de salud (ver tabla 19), el grupo no clínico describió sus valores en torno a “Mantener una buena salud”, “Mejorar la salud” y “Fomentar el equilibrio cuerpo-mente”.

Tabla 19. Ejemplos de narraciones valiosas citadas por el grupo no clínico para el área de Salud/Bienestar físico.

Narración de la dirección valiosa en “Salud/Bienestar físico” GRUPO NO CLÍNICO	
Mantener una buena salud	Tener una vida equilibrada
Armonía entre cuerpo y mente 2	Mejorar la salud y el estilo de vida
No tener adicciones	Estar sano y en forma

En cuanto a la narración de objetivos, acciones y barreras, los resultados se expondrán a continuación en forma de tablas categorizadas por áreas valoradas. Los objetivos no tienen porqué corresponderse con las respectivas acciones y barreras planteadas por los participantes. En algunos casos, los pacientes podían establecer objetivos y/o acciones pero no hablar de las barreras y viceversa.

Tabla 20. Ejemplos de objetivos/acciones/barreras citadas por el grupo clínico para el área de Relaciones íntimas/pareja.

“Relaciones íntimas/pareja” GRUPO CLÍNICO		
Objetivos	Acciones	Barreras
Encontrar pareja	Salir más “Dejarse ver” Participar en actividades con personas afines Ligar-flirtear	No querer romper la tranquilidad Timidez No tener dinero para realizar actividades Mala relación familiar Pensar que se va a hacer

		<p>daño a la otra persona o meterla en problemas por estar con un discapacitado</p> <p>Infravalorarse</p> <p>La gente conoce que tiene una enfermedad mental</p> <p>Relaciones pasadas que acabaron mal</p>
Aumentar las relaciones sociales	<p>Quedar con amigos</p> <p>Ampliar el círculo con amigos comunes</p>	Pereza
Encontrar otra pareja con las cualidades buscadas	Conocer otro tipo de personas	No llega la persona adecuada
Mejorar la relación	<p>Hablar abiertamente con la pareja de lo que se desea</p> <p>Conversar</p> <p>Hacer regalos</p>	<p>Pasividad</p> <p>Estar acostumbrado a una forma de hacer las cosas</p>
Mejorar la comunicación con mujeres	<p>Cursos de habilidades sociales</p> <p>Poner en práctica lo aprendido</p>	Miedo a que se aprovechen de él
Conseguir algo que poder ofrecer	Conseguir trabajo e independencia económica	No hacer actividades por falta de dinero

Tabla 21. Ejemplos de objetivos/acciones/barreras citadas por el grupo no clínico para el área de Relaciones íntimas/pareja.

“Relaciones íntimas/pareja” GRUPO NO CLÍNICO		
Objetivos	Acciones	Barreras
Conocer gente	Realizar nuevas actividades	Falta de tiempo, baja autoestima, pereza
Encontrar pareja	Conocer gente nueva Ampliar círculo de amistades Moverse por entornos más constructivos Tener una actitud más abierta	Timidez Falta de tiempo Desgana Malas experiencias pasadas
Mejorar la relación	Trabajo diario Pasar más tiempo en pareja Fomentar actividad juntos	Egoísmo
Ser la pareja “perfecta”	Conocer mejor al otro Mayor comunicación	Miedo a no estar a la altura
Asegurar que es la pareja actual (la que puede dar la relación deseada)	Moverse en otros ambientes	Los hijos y la familia

Tabla 22. Ejemplos de objetivos/acciones/barreras citadas por el grupo clínico para el área de Relaciones familiares.

“Relaciones familiares” GRUPO CLÍNICO		
Objetivos	Acciones	Barreras
Ayudar a la familia	Proponer actividades a la madre Aconsejar a los hermanos	Se puede ayudar pero hasta un punto
Conseguir respeto	No esconderse	Los secretos que existen
Mejorar la relación	Complacer más a la madre Compartir intimidades con los hermanos	Poca motivación (en el sentido, de fuerza)
Sentirse como un adulto dentro de la familia	Conocer los entresijos de la familia Pedir información sobre cuestiones económicas Llegar a acuerdos para evitar discusiones (p.e. por el tabaco)	La familia lo trata como un niño, poca independencia
Verse toda la familia con más frecuencia	Organizar el tiempo y planear actividades que puedan participar todos	Los hermanos tienen su vida propia El propio comportamiento hace que los demás eviten esas situaciones
Estrechar las relaciones	Más visitas a hijos y nietos	Falta de tiempo

Tabla 23. Ejemplos de objetivos/acciones/barreras citadas por el grupo no clínico para el área de Relaciones familiares.

“Relaciones familiares” GRUPO NO CLÍNICO		
Objetivos	Acciones	Barreras
Evitar que haya rupturas	Dedicar más tiempo a conversar y mantener las relaciones	Falta de tiempo
Ganar la confianza de la familia	Fomentar el diálogo	Pudor Autoexigencia
Ser mejor hija	No dar problemas Ser más prudente al hablar	Miedo a herir a otros
Ser un buen padre	Actuar como quieres que tus hijos actúen Fomentar la comunicación Compartir actividad juntos	Demasiadas imperfecciones para sentirse un buen modelo a seguir
Ser respetada	Tener más carácter Mostrar la opinión	La forma de ser
Ser más comprensiva y menos analítica	Ser paciente Escuchar	Falta de tiempo
Ser más cariñoso	Hablar más y compartir sentimientos	Falta de costumbre

Tabla 24. Ejemplos de objetivos/acciones/barreras citadas por el grupo clínico para el área de Relaciones sociales.

“Relaciones sociales” GRUPO CLÍNICO		
Objetivos	Acciones	Barreras
Retomar antiguas relaciones	Llamar a amigos Frecuentar lugares comunes Salir a tomar algo Pedir a familiares que le ayuden a desplazarse y a viajar	Todo está mal (los demás ámbitos no están bien y son barreras para avanzar en éste) Problemas para desplazarse y conducir Los hábitos de antiguas amistades pueden tentarle Miedo a caer en el alcohol Vergüenza por lo que la gente pueda pensar Miedo al rechazo porque lo amigos ya tiene su vida hecha
Conocer nuevas personas	Salir más Iniciar conversaciones Participar en actividades nuevas Salir cuando acuden personas diferentes al grupo para ampliar el	Timidez Falta de dinero para hacer cosas de ocio

	círculo	
Salir del entorno hospitalario	Buscar clubs de ocio o de actividades no relacionadas con el hospital	Sobreprotección Mala relación con la madre
Ser más sociable	Entrenar habilidades sociales	No relacionarse con personas distintas

Tabla 25. Ejemplos de objetivos/acciones/barreras citadas por el grupo no clínico para el área de Relaciones sociales.

“Relaciones sociales” GRUPO NO CLÍNICO		
Objetivos	Acciones	Barreras
Encontrar personas comprensivas, leales, altruistas	Empezar a comportarme así yo primero	La forma de ser
Mantenerse al tanto de la vida de los amigos	Llamar con más frecuencia Fomentar comunicación	Flojera Falta de tiempo
Relacionarse más	Asistir a actos y actividades de interés	Falta de iniciativa No pertenecer a ningún club o asociación Trabajar desde casa sin opción a relacionarse con otros Introversión Sentimiento de

		superioridad
Ser mejor amigo	Estar más disponible Ser más atento	Falta de tiempo

Tabla 26. Ejemplos de objetivos/acciones/barreras citadas por el grupo clínico para el área de Trabajo.

“Trabajo” GRUPO CLÍNICO		
Objetivos	Acciones	Barreras
Encontrar empleo	Enviar currículos Preguntar a conocidos-amigos Mejorar la formación	Falta de experiencia laboral Falta de estabilidad Situación general de crisis No hay trabajo para personas con enfermedad mental
Estabilizarse	Continuar tratamiento	Esperar el momento adecuado (estabilidad)
Obtener una formación académica oficial	Matricularse en escuela oficial Acudir a cursos	La enfermedad mental
Elegir ámbitos de trabajo relacionados con los gustos y si no es posible otros que no gusten tanto	Ir a la oficina de empleo Buscar información sobre cursos/oposiciones	Falta de contactos
Terminar los estudios	Estabilizar otros contextos de su vida	Los efectos secundarios de la enfermedad mental

	Retomar la formación en su ciudad	(concentración, vista,...)
Retomar las cosechas	Contratar o pedir ayuda para trabajar la tierra	La edad y la salud

Tabla 27. Ejemplos de objetivos/acciones/barreras citadas por el grupo no clínico para el área de Trabajo.

“Trabajo” GRUPO NO CLÍNICO		
Objetivos	Acciones	Barreras
Conseguir no depender del trabajo	Buscar otras opciones de ingresos (juegos de azar)	Ser realista
Aprender a desarrollar el trabajo	Dar los primeros pasos (local, material,...)	Tener una situación laboral estable y miedo a abandonarla
Dominio de capacidad	Ser constante	
Encontrar un trabajo motivante	Establecer relaciones con personas que puedan ayudar Llamar a contactos	Los demás
Lograr la estabilidad laboral	Formarse	Falta de hábito de estudio

Tabla 28. Ejemplos de objetivos/acciones/barreras citadas por el grupo clínico para el área de Educación y formación.

“Educación y formación” GRUPO CLÍNICO		
Objetivos	Acciones	Barreras
Obtener el graduado escolar	Matricularse en la escuela para adultos	Falta de tiempo
Aprender cosas nuevas que requieran más esfuerzo intelectual que manual	Acudir a talleres de escritura, lectura,... Ver documentales	Vergüenza por no saber hacer cosas que debería saber a su edad Cansancio Problemas de memoria y concentración
Terminar la formación	Buscar opciones en su ciudad	Poca motivación (en el sentido, de fuerza)
Aprender cosas nuevas sobre mecánica, electricidad, para poder conseguir un trabajo mejor	Matricularse en cursos o escuelas	Cree que aunque tenga formación nadie le contratará

Tabla 29. Ejemplos de objetivos/acciones/barreras citadas por el grupo no clínico para el área de Educación y formación.

“Educación y formación” GRUPO NO CLÍNICO		
Objetivos	Acciones	Barreras
Emprender una educación formal	Información sobre cursos, plazos, requisitos...	Miedo, cobardía a que no sirva realmente para ejercer una profesión

Rellenar lagunas sobre muchos temas	Elegir un tema en el que centrarse	Falta de tiempo Falta de orientación
Promover el equilibrio entre cuerpo y mente	Realizar cursos	Falta de tiempo
Ampliar la formación	Realizar cursos	Edad

Tabla 30. Ejemplos de objetivos/acciones/barreras citadas por el grupo clínico para el área de Ocio.

“Ocio” GRUPO CLÍNICO		
Objetivos	Acciones	Barreras
Realizar más actividades	<p>Programar un horario de descanso y tiempo libre</p> <p>Buscar actividades en el entorno</p> <p>Pintar, pasear, leer</p>	<p>Miedo a cómo reaccionaría en otro contexto</p> <p>Miedo a conducir (necesario para ir a otros lugares)</p> <p>Falta de tiempo</p> <p>No es el momento adecuado para disfrutar del ocio</p> <p>Efectos secundarios de la medicación (visión borrosa)</p> <p>Los nervios, la cabeza</p>
Realizar actividades al aire libre	<p>Contactar con personas que practiquen deportes (amigos, asociaciones)</p>	<p>Poca motivación (en el sentido de energía)</p> <p>Falta de dinero</p>

Escribir un libro	Aprender gramática y ortografía	La edad, vergüenza, torpeza
-------------------	---------------------------------	-----------------------------

Tabla 31. Ejemplos de objetivos/acciones/barreras citadas por el grupo no clínico para el área de Ocio.

“Ocio” GRUPO NO CLÍNICO		
Objetivos	Acciones	Barreras
Salir más	Organizar actividades acordes a mis posibilidades	Economía pobre Obligaciones familiares Falta de iniciativa
Pasar más tiempo en familia	Organizar actividades para todos Dedicar un día a la semana para la familia	Conflicto de intereses
Realizar actividades deportivas y ocio cultural	Viajar Buscar opciones por internet	Falta de tiempo No tener amigos interesados Pocas posibilidades económicas

Tabla 32. Ejemplos de objetivos/acciones/barreras citadas por el grupo clínico para el área de Espiritualidad.

“Espiritualidad” GRUPO CLÍNICO		
Objetivos	Acciones	Barreras
Leer más libros sobre religión, sobre la Tierra, sobre la enfermedad mental	Buscar lecturas fáciles de comprender	Miedo a ser tomado por loco o por blasfemo

Tabla 33. Ejemplos de objetivos/acciones/barreras citadas por el grupo no clínico para el área de Espiritualidad.

“Espiritualidad” GRUPO NO CLÍNICO		
Objetivos	Acciones	Barreras
Vivir en consonancia a las creencias de respeto al medio ambiente	Usar menos el coche Cuidar el campo en los ratos de ocio	Comodidad y falta de tiempo
Aceptación de yo	Trabajo de introspección	Demasiadas imperfecciones
Practicar meditación	Fijar una hora al día para meditar	Falta de voluntad Falta de tiempo Cansancio

Tabla 34. Ejemplos de objetivos/acciones/barreras citadas por el grupo clínico para el área de Ciudadanía.

“Ciudadanía” GRUPO CLÍNICO		
Objetivos	Acciones	Barreras
Luchar por la igualdad de recursos y derechos	Acercarse al entorno político Entrenar habilidades sociales y desarrollar el carisma	La enfermedad mental
Ayudar a los necesitados	Participar en una ONG	Dificultad al entrar en la organización Falta de contactos
Ayudar a ancianos	Realizar voluntariado Acudir a casas, residencias	Falta de tiempo y conocimiento

Tabla 35. Ejemplos de objetivos/acciones/barreras citadas por el grupo no clínico para el área de Ciudadanía.

“Ciudadanía” GRUPO NO CLÍNICO		
Objetivos	Acciones	Barreras
Elegir un área de actuación	Integrar acciones en la vida diaria	Falta de tiempo

Tabla 36. Ejemplos de objetivos/acciones/barreras citadas por el grupo clínico para el área de Salud/Bienestar físico.

“Salud/Bienestar físico” GRUPO CLÍNICO		
Objetivos	Acciones	Barreras
Mantener/Iniciar buenos hábitos	Comer más sano Hacer deporte, caminar Dejar de fumar Dieta equilibrada Abandonar excitantes No tomar alcohol Control de la medicación	Comodidad Falta de voluntad Malestar que le produce no tomar café, coca-cola

Tabla 37. Ejemplos de objetivos/acciones/barreras citadas por el grupo no clínico para el área de Salud/Bienestar físico.

“Salud/Bienestar físico” GRUPO NO CLÍNICO		
Objetivos	Acciones	Barreras
Sentirse bien y sana	Ser constante en ejercicio, dieta	Abandono al no ver resultados
Mejorar hábitos	Hacer ejercicio	Pereza

	Dejar de fumar	Falta de voluntad
	Contención en las comidas	Gula
	Descansar lo necesario	Falta de tiempo

3.3.Datos cuantitativos.

En el grupo Clínico sólo 13 participantes de los 18 participantes completaron la parte de la evaluación relativa a asignar un valor a cada área en orden de 1 a 9 y completar el Cuestionario de Valores. Las personas que no completaron esta fase manifestaban confusión a la hora de expresarse mediante números, a pesar de las ayudas recibidas. El grupo No Clínico es el mismo a lo largo de todo el estudio.

En el grupo clínico (n=13), los participantes se encuentran en un rango de edad entre los 24 y los 52 años, siendo media de 34,69 ($S^2=8,817$). En el grupo no clínico (n=13), los participantes oscilan entre los 24 y los 63 años, siendo la media de 40,38 años ($S^2=13,46$), no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($t=-1,27$, $\alpha>0,05$). El sexo queda igualado entre los dos grupos, n=4 para las mujeres y n=9 para los hombres.

Los datos sociodemográficos del grupo Clínico con la reducción a 13 participantes se resumen en la tabla 38.

Tabla 38. Características sociodemográficas del grupo clínico y no clínico.

Variable	Grupo Clínico	Grupo No Clínico	V de Cramer	Valor de p
Nivel de estudios	Sin estudios n=3	Sin estudios n=0	$\phi =0,493$	$p=0,294$
	Primarios n=3	Primarios n=5		
	Secundaria n=0	Secundaria n=1		
	Bachillerato n=3	Bachillerato n=2		
	Universidad	Universidad		
	No finalizada n=5	No finalizada n=2		
	Formación profesional n=2	Formación profesional n=2		
	Universitarios n=1	Universitarios n=1		

Situación laboral	Activo n=1	Activo n=4	$\phi =0,350$	$p=0,30$
	Desempleado n=14	Desempleado n=7		
	Baja n=1	Baja n=1		
	Jubilado n=1	Jubilado n=1		
Convivencia	Familia n= 14	Familia n=6	$\phi =0,567$	$p=0,047 *$
	Independiente/En pareja n=0	Independiente/En pareja n=1		
	En pareja con hijos n=1	En pareja con hijos n=4		
	Con hijos n=0	Con hijos n=2		
	Piso tutelado n=2	Piso tutelado n=0		
Estado civil	Soltero n=10	Soltero n=4	$\phi =0,454$	$p=0,102$
	Casado/En pareja n=4	Casado/En pareja n=9		
	Separado/Divorciado n=3	Separado/Divorciado n=3		
	Viudo n=0	Viudo n=1		

Orden de los valores en el grupo clínico.

Dada la escasez de la muestra, vamos a analizar las áreas valoradas en función del total de personas que le otorgan las tres primeras posiciones en la escala. De este modo, podemos decir que las relaciones familiares aparecen en 8 ocasiones en los primeros puestos de la escala, siendo en 4 ocasiones en el puesto número uno. Igualmente, las relaciones sociales ocupan en 8 ocasiones los tres primeros puestos en el orden de importancia, apareciendo 2 veces en primer lugar. Seguidamente, las relaciones de pareja y el trabajo son nombradas por 7 personas en los tres primeros puestos, ocupando en 2 ocasiones el primer puesto (ver tabla 39).

Tabla 39. Votos en la primera, segunda y tercera posición de las áreas vitales en el grupo clínico.

Área valorada	N Primer lugar	N Segundo lugar	N Tercer lugar
Relaciones de pareja	2 (15,4%)	1 (7,7%)	4 (30,8)
Relaciones familiares	4 (30,8%)	3 (23,1%)	1 (7,7%)
Relaciones sociales	2 (15,4%)	3 (23,1%)	3 (23,1%)

Trabajo	2 (15,4%)	4 (30,8%)	1 (7,7%)
Educación y formación	-	-	3 (23,1%)
Ocio	1 (7,7%)	-	-
Espiritualidad	-	-	1 (7,7%)
Ciudadanía	-	-	-
Salud	2 (15,4%)	2 (15,4%)	-

Las posiciones intermedias son ocupadas por la salud y la educación/formación con un total de 7 personas que la ubican en la zona media, y, de forma igualada, el ocio siendo votados en 6 ocasiones en estas posiciones (ver tabla 40).

Tabla 40. Votos en la cuarta, quinta y sexta posición de las áreas vitales en el grupo clínico.

Área valorada	N Cuarto lugar	N Quinto lugar	N Sexto lugar
Relaciones de pareja	2 (15,4)	2 (15,4)	-
Relaciones familiares	2 (15,4%)	1 (7,7%)	-
Relaciones sociales	1 (7,7%)	-	3 (23,1%)
Trabajo	3 (23,1%)	2 (15,4%)	-
Educación y formación	2 (15,4%)	3 (23,1%)	1 (7,7%)
Ocio	-	3 (23,1%)	3 (23,1%)
Espiritualidad	1 (7,7%)	2 (15,4%)	-
Ciudadanía	-	-	1 (7,7%)
Salud	2 (15,4%)	1 (7,7%)	5 (38,5%)

La ciudadanía aparece en última posición en la escala de valores, siendo valorada en los tres últimos puestos por un total de 12 personas, ocupando el último lugar en 4 ocasiones. A continuación, se encuentra la espiritualidad, valorada por 9 personas en el último (n=6) y penúltimo lugar (n=3); por lo que hay más personas que colocan este área en la novena posición frente a la ciudadanía (ver tabla 41).

Tabla 41. Votos en la novena, octava y séptima posición de las áreas vitales en el grupo clínico.

Área valorada	N Noveno lugar	N Octavo lugar	N Séptimo lugar
Relaciones de pareja	1 (7,7%)	1 (7,7%)	-
Relaciones familiares	1 (7,7%)	-	1 (7,7%)
Relaciones sociales	-	-	1 (7,7%)
Trabajo	-	-	1 (7,7%)
Educación y formación	1 (7,7%)	3 (23,1%)	-
Ocio	-	1 (7,7%)	5 (38,5)
Espiritualidad	6 (46,2%)	3 (23,1%)	-
Ciudadanía	4 (30,8%)	4 (30,8%)	4 (30,8%)
Salud	-	1 (7,7%)	-

Orden de los valores en el grupo no clínico.

Las relaciones familiares aparecen en 11 ocasiones en los primeros puestos de la escala, siendo en 10 ocasiones en el puesto número uno. Igualmente, las relaciones de pareja ocupan en 11 ocasiones los tres primeros puestos en el orden de importancia, apareciendo 2 veces en primer lugar. Seguidamente, las relaciones sociales son nombradas por 5 personas en los tres primeros puestos, sin ocupar en ningún caso el primer puesto (ver tabla 42).

Tabla 42. Votos en la primera, segunda y tercera posición de las áreas vitales en el grupo no clínico.

Área valorada	N Primer lugar	N Segundo lugar	N Tercer lugar
Relaciones de pareja	2 (15,4%)	5 (38,4%)	4 (30,8)
Relaciones familiares	10 (76,9%)	1 (7,7%)	-
Relaciones sociales	-	3 (23,1%)	2 (15,4%)
Trabajo	1 (7,7%)	2 (15,4%)	1 (7,7%)
Educación y formación	-	-	1 (7,7%)
Ocio	-	2 (15,4%)	2 (15,4%)
Espiritualidad	-	-	1 (7,7%)
Ciudadanía	-	-	-
Salud	-	-	1 (7,7%)

Las posiciones intermedias son ocupadas por la salud con un total de 8 personas que la ubican en la zona media, la educación y la formación con 7 votos y el trabajo y el ocio con 6 votos (ver tabla 43)

Tabla 43. Votos en la cuarta, quinta y sexta posición de las áreas vitales en el grupo no clínico.

Área valorada	N Cuarto lugar	N Quinto lugar	N Sexto lugar
Relaciones de pareja	-	-	1 (7,7%)
Relaciones familiares	1 (7,7%)	-	1 (7,7%)
Relaciones sociales	2 (15,4%)	2 (15,4%)	-
Trabajo	4 (30,8)	1 (7,7%)	1 (7,7%)
Educación y formación	2 (15,4%)	3 (23,1%)	2 (15,4%)

formación			
Ocio	-	4 (30,8%)	2 (15,4%)
Espiritualidad	3 (23,1%)	1 (7,7%)	1 (7,7%)
Ciudadanía	-	-	1 (7,7%)
Salud	1 (7,7%)	3 (23,1%)	4 (30,8%)

La ciudadanía aparece en última posición en la escala de valores, siendo valorada en los tres últimos puestos por un total de 12 personas, ocupando el último lugar en 9 ocasiones. A continuación, se encuentra la espiritualidad, valorada por 6 personas en los últimos puestos (ver tabla 44)

Tabla 44. Votos en la novena, octava y séptima posición de las áreas vitales en el grupo no clínico.

Área valorada	N Noveno lugar	N Octavo lugar	N Séptimo lugar
Relaciones de pareja	1 (7,7%)	-	-
Relaciones familiares	1 (7,7%)	-	1 (7,7%)
Relaciones sociales	1 (7,7%)	1 (7,7%)	2 (15,4%)
Trabajo	-	1 (7,7%)	1 (7,7%)
Educación y formación	1 (7,7%)	3 (23,1%)	3 (23,1%)
Ocio	-	-	3 (23,1%)
Espiritualidad	1 (7,7%)	3 (23,1%)	2 (15,4%)
Ciudadanía	9 (69,2%)	3 (23,1%)	-
Salud	-	2 (15,4%)	2 (15,4%)

Por último, se presenta una tabla comparativa entre las primeras posiciones otorgadas por el grupo clínico frente al no clínico (ver tabla 45), en la que podemos observar que las diferencias más grandes se encuentran en el área de la pareja.

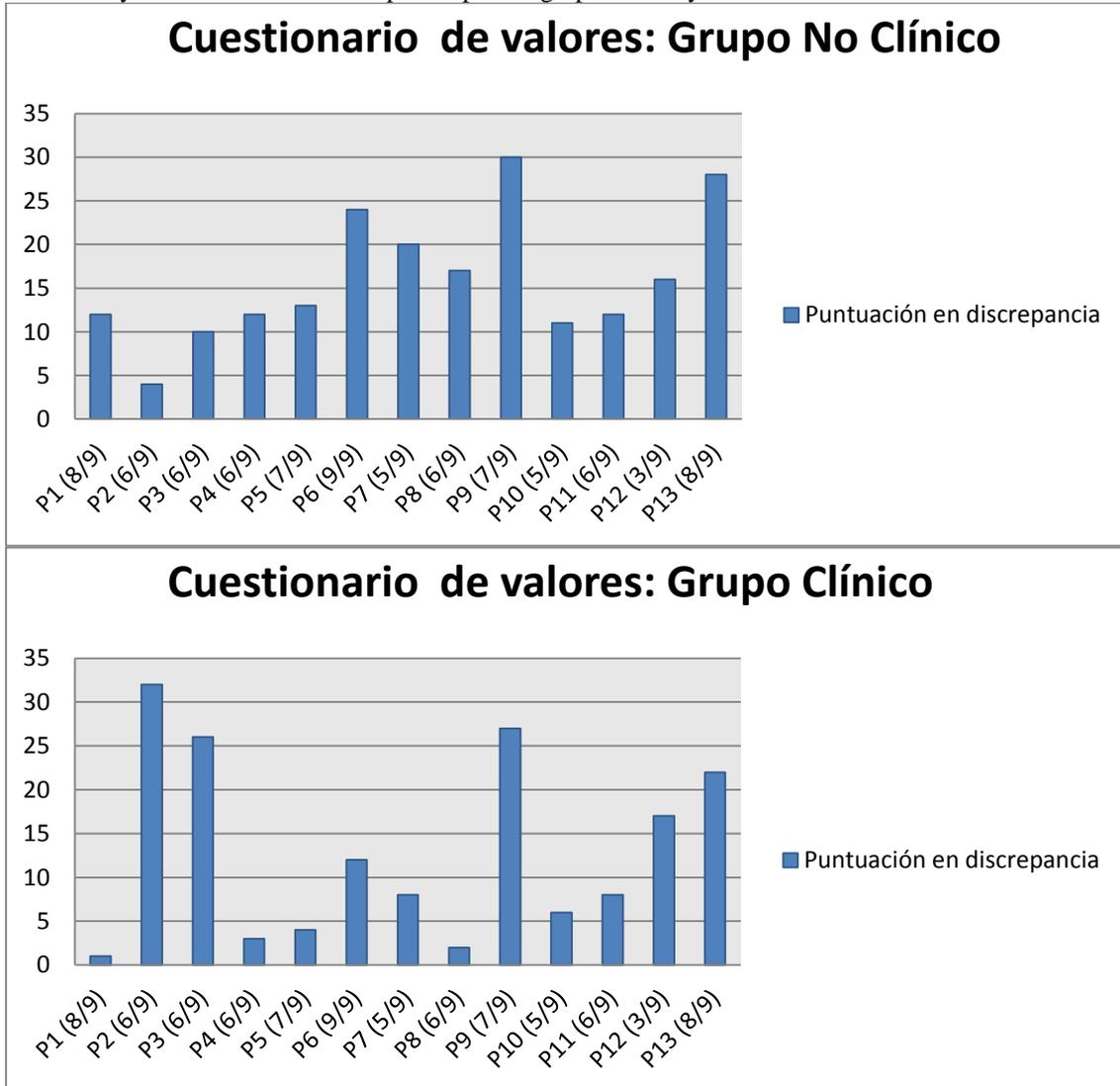
Tabla 45. Comparación de las valoraciones realizadas en las tres primeras del grupo clínico y no clínico.

Área valorada	Tres primeras posiciones GC	Tres primeras posiciones GNC
Relaciones de pareja	7 (53,8%)	11 (84,6%)
Relaciones familiares	8 (61,5%)	11 (86,6%)
Relaciones sociales	8 (61,5%)	5 (38,4%)
Trabajo	3 (23,1%)	4 (30,8%)
Educación y formación	3 (23,1%)	1 (7,7%)
Ocio	1 (7,7%)	4 (30,8%)
Espiritualidad	1 (7,7%)	1 (7,7%)
Ciudadanía		
Salud	4 (30,8%)	1 (7,7%)

Diferencias entre el grupo clínico y no clínico en el cuestionario de valores.

En primer lugar, analizaremos las puntuaciones obtenidas en discrepancia (al restar la consistencia de la importancia otorgada a cada valor) por los dos grupos (Ver gráfico 1 y 2).

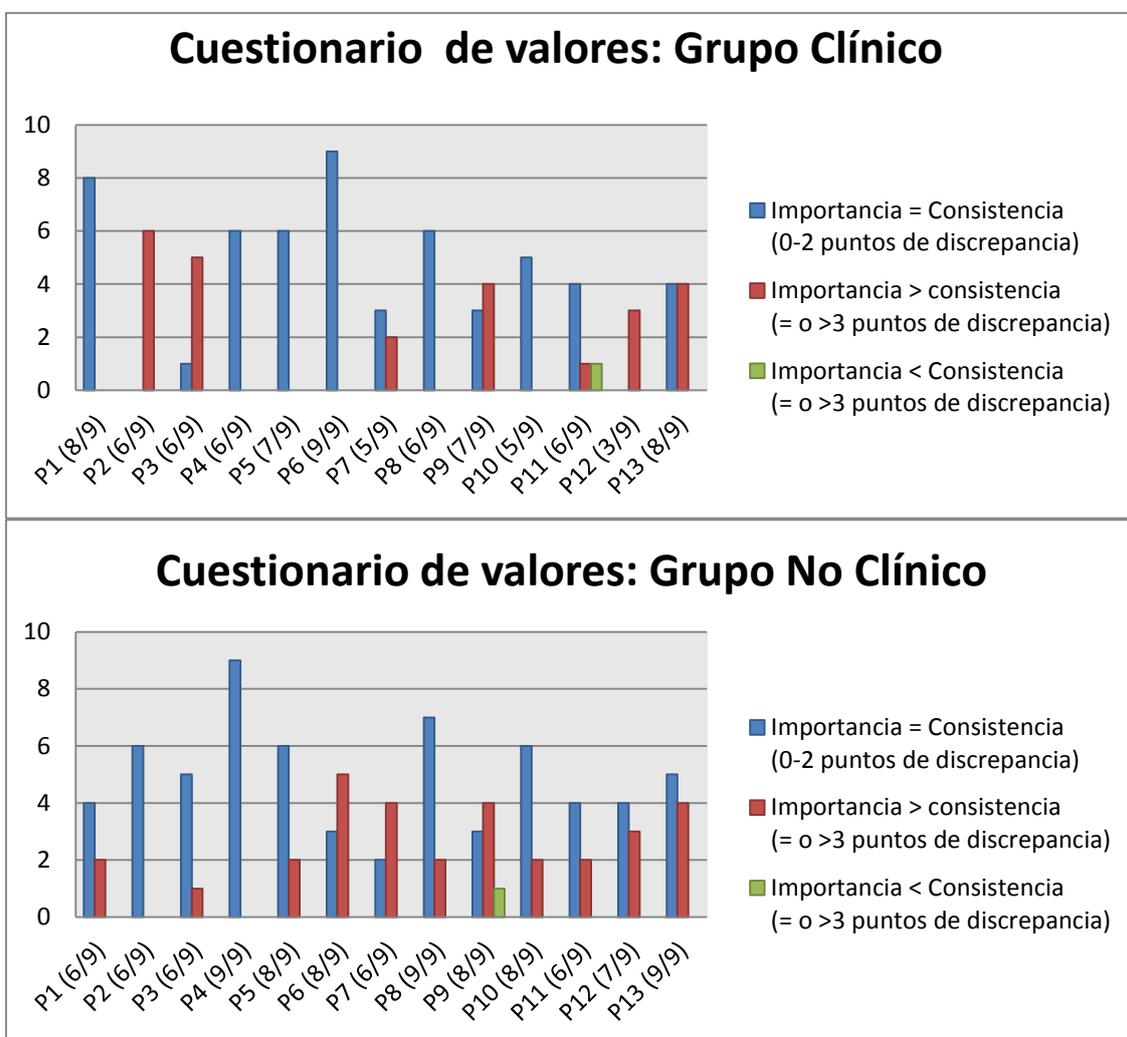
Gráficos 1 y 2. Puntuación en discrepancia para el grupo clínico y no clínico.



El grupo clínico tiene una media de 12,92 ($S^2=10,68$) en puntuación de discrepancia frente a la media de 16,06 ($S^2=7,54$) puntos de discrepancia en el grupo no clínico, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($Z=-1,182$; $p>0,05$).

A continuación se muestra un gráfico de barras para cada uno de los grupos (ver gráficos 3 y 4). En el eje horizontal aparecen los 13 pacientes con el total de áreas valoradas con respecto a las nueve áreas totales a valorar. En el vertical aparece el número de áreas valoradas en las que no existe discrepancia (barra azul), en las que existe discrepancia siendo la importancia mayor que la consistencia (barra roja), y en las que existe discrepancia siendo la importancia menor que la consistencia (barra verde). Para considerar que existe discrepancia, en cualquiera que sea el sentido de la misma, debe haber al menos 3 puntos de diferencia entre la importancia y la consistencia.

Gráficos 3 y 4. Comparación del total de áreas valiosas consistentes y discrepantes para ambos grupos.



En las siguientes comparaciones entre medias, no se han cumplido los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianzas por lo que se recurre a pruebas no paramétricas (Ver tabla 46).

En cuanto al total de áreas valoradas por cada grupo (recordemos que son nueve áreas en total pero no todas las personas han de considerarlas importantes en sus vidas), no hay diferencias estadísticamente significativas ($Z=-1,785$; $\alpha>0,05$).

En cuanto al número de áreas sin discrepancia (con un margen de dos puntos de diferencia entre importancia y consistencia) tampoco se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($Z=-0,597$, $\alpha>0,05$) entre el grupo clínico y el no clínico, al igual que ocurre con el número de áreas con discrepancia con más importancia que consistencia ($Z=-0,815$, $\alpha>0,05$) y con el número de áreas con discrepancia con menos importancia que consistencia ($Z=0$, $\alpha=0,05$).

Para complementar el análisis también se ha acudido al estadístico Z de Kolmogorov-Smirnov, comprobando que los datos apuntan en la misma dirección. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas ni para el total de áreas valoradas ($Z=0,784$, $\alpha>0,05$), ni para el total de áreas en las que no existe discrepancia ($Z=0,588$, $\alpha>0,05$), ni para el total de áreas en las que existe discrepancia con más peso en la importancia ($Z=0,784$, $\alpha>0,05$) ni para el total de áreas en las que existe discrepancia con más peso en la consistencia ($Z=0$, $\alpha=1$).

Tabla 46. Comparación entre medias sobre puntuaciones en el Cuestionario de Valores.

	U Mann-Whitney	Significación	Kolmogorov-Smirnov	Significación
Total de áreas valoradas	U=51	p=0,091	Z=0,784	p=0,570
Total de áreas sin discrepancia	U=73	p=0,579	Z=0,588	p=0,879
Total de áreas con discrepancia (más importancia)	U=69	p=0,448	Z=0,784	p=0,570
Total de áreas con discrepancia (menos importancia)	U=84,5	p=1	Z=0	p=1

discrepancia (más consistencia)				
Porcentaje de áreas consistentes	U=84	p=0,979	Z=0,784	p=0,570

En la tabla 47 se compara el total de áreas valoradas como consistentes teniendo en cuenta el total de áreas valoradas, expresados los datos en porcentajes.

Tabla 47. Porcentaje de consistencia en la actuación en valores de cada participante.

Grupo Clínico		%	Grupo No Clínico		%
P1		100%	P1		66,67%
P2		0%	P2		100%
P3		16,66%	P3		83,33%
P4		100%	P4		100%
P5		85,1%	P5		75%
P6		100%	P6		37,5%
P7		60%	P7		33,33%
P8		100%	P8		77,77%
P9		42,85%	P9		60%
P10		100%	P10		75%
P11		66,66%	P11		66,66%
P12		0%	P12		57,14%
P13		50%	P13		55,55%
Media	Grupo	63,17% (S=38,74)	Media	Grupo No	68,30% (S=20,30)
Clínico			Clínico		

Las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($Z=-0,026$, $\alpha>0,05$) por lo que podemos asumir que no existen diferencias entre el total de áreas valoradas como consistentes por el grupo con psicopatología frente al grupo sin psicopatología en relación al número total de áreas valorado por cada grupo.

4. Discusión.

El presente estudio tuvo como objetivo conocer, a un nivel exploratorio, los principales valores de personas con el diagnóstico con esquizofrenia. Generalmente, los valores han sido un ámbito infravalorado en la esquizofrenia, existiendo una marcada tendencia a analizar los síntomas, particularmente los “síntomas positivos”. Tener en cuenta los valores puede ser un factor fundamental no sólo de cara a entender mejor la experiencia psicótica, sino precisamente a luchar contra aspectos más deficitarios en la psicosis como son los “síntomas negativos”.

Podemos valorar la relevancia práctica del estudio de los valores desde una perspectiva individual (en terapias individuales, como ACT) y desde una perspectiva grupal (programas psicosociales, intervenciones familiares).

A nivel individual

La evaluación de los valores a nivel individual ofrece una visión sencilla de las direcciones vitales importantes para los pacientes de modo que se puedan abrir otros caminos en el trabajo terapéutico con ellos más allá de lo que cada clínico entienda por recuperación.

La clarificación de valores brinda al paciente un replanteamiento sobre lo que es importante en su vida, qué está haciendo en dirección a ello y qué barreras se interponen en el camino de conseguir sus metas. Desde esta posición, el clínico se muestra como un guía que conduce al paciente por su historia personal para recuperar aquello que es valioso y analizar qué acciones pueden ayudar a retomarlo.

La evaluación de valores concreta de algún modo toda la información que se conoce del paciente sobre su vida ya que se tocan prácticamente todas las áreas que suelen ser importantes en la vida de cualquier persona. El paciente relata cómo es su vida familiar, sentimental y social, si son satisfactorias, qué cualidades busca en las relaciones interpersonales, cómo le gustaría ser como padre, hijo o esposo.... o comentan las aspiraciones laborales y educativas, qué profesión desearía desempeñar, qué busca en el trabajo ideal, o si desea continuar aprendiendo.

El formato semi-estructurado facilita que se pueda saltar de un área a otra, en función de lo que el paciente tenga que contar y teniendo en cuenta que a veces los valores están estrechamente relacionados entre sí. Si bien es cierto que el trabajo en clarificación de valores con esta población, en especial desde la Terapia de Aceptación y Compromiso, requiere algunos pequeños matices. En línea con las apreciaciones de Pankey y Hayes (2003), los pacientes necesitan un lenguaje más claro y conciso, y el uso de metáforas ha de hacerse con la precaución de que exista una buena comprensión. Algunos pacientes “saltan” con mucha facilidad de un tema a otro, conectan el discurso con contenidos psicóticos o manifiestan incomodidad ante ciertos temas, siendo importante que el terapeuta tenga experiencia con esta población y habilidades para dirigir la entrevista.

La evaluación y el trabajo en valores permite que la recuperación se mida no sólo en términos de “ausencia de” sino en positivo, midiendo qué logros se están consiguiendo en relación a lo que se quiere para la vida.

Con respecto al trabajo en valores dentro de la Terapia de Aceptación y Compromiso, los ensayos aleatorizados y los estudios de caso avalan que la clarificación de valores y el compromiso con acciones valiosas son aspectos clave en el éxito de la aplicación de ACT con población con síntomas psicóticos tanto si se trata de sintomatología negativa como positiva (García Montes, Luciano, Hernández y Zaldívar, 2004; García Montes y Pérez-Álvarez, 2005, Bach y Hayes, 2002)

Paulatinamente, se comienzan a desprender hipótesis acerca del papel que cumplen las alucinaciones y los delirios. De este modo, se sugiere que las alucinaciones serían un objeto de la evitación, mientras que los delirios serían una estrategia de evitación de alguna otra cuestión mediante la que el sujeto escapa de estimulación aversiva a la vez que construye una realidad que suplanta o justifica la situación en la que se halla, aunque esta estrategia es efectiva sólo parcialmente (García Montes, Luciano, Hernández y Zaldívar, 2004; García Montes y Pérez-Álvarez, 2005).

La problemática delirante requeriría no solamente trabajar sobre la evitación; sino, al mismo tiempo, promover en el cliente aquellas conductas que le encaminarían a mostrar una mayor competencia y, por consiguiente, a valorarse más a sí mismo (García Montes, Pérez Álvarez, y Cangas Díaz, 2006).

Perspectiva basada en la persona y no en el síntoma

Cuando nos acercamos a la persona con esquizofrenia para hablar de sus valores estamos de alguna forma normalizando su experiencia. El centro del proceso terapéutico va a ser el trabajo en valores, en combinación con otros objetivos, por lo que la atención se aleja de los síntomas y recae en la persona como una entidad integrada que no se define por si tiene delirios o muestra apatía, sino por sus acciones en un contexto de valor.

Este acercamiento a la psicosis como posibilidad humana (Dörr, 2005), ahonda en la concepción de los trastornos mentales como un continuo entre lo que denominamos normalidad y anormalidad. Ignorar el sistema de valores de las personas con esquizofrenia contribuye a ver a estas personas sólo desde sus experiencias y creencias psicóticas, generando un efecto estigmatizante para ellos y favoreciendo que sus acciones se juzguen como incomprensibles y sin significado (Stanghellini y Ballerini, 2006).

A nivel grupal

Desde un enfoque psicosocial en el que se promueven terapias grupales, la intervención en familias o la psicoeducación, alejándose del aspecto médico, se considera que emprender acciones en dirección a metas es elemento clave para la recuperación (Lieberman, 1989; Andresen, 2003.) Aunque en cierto modo se continúe atendiendo a los síntomas, el acento se pone en la actividad y en el papel enérgico del paciente en su recuperación, mediante el establecimiento de metas y la ejecución de actividades diarias hacia ellas.

La Terapia Psicológica Integrada (Roder, Brenner, Kienzle y Fuentes, 2007) incorpora componentes como la psicoeducación y la intervención familiar, a los módulos conductuales y cognitivos que la conforman, y se amplía a través de una serie de programas de rehabilitación en las áreas residencial, vocacional y/o de ocio. Estos objetivos de reinserción en la sociedad están enfocados, en especial, para pacientes con una larga trayectoria en los servicios hospitalarios y de la comunidad (Vallina, Lemos, García, Otero, Alonso, Gutiérrez, 1998). La eficacia de esta terapia aparece en el estudio de Vallina y Lemos (2001) en el que se realiza una revisión de la eficacia de los principales

tratamientos psicológicos (entrenamiento de habilidades sociales, terapia cognitivo-conductual y paquetes multimodales) en la esquizofrenia.

Los programas enfocados al ocio y al tiempo libre hacen hincapié en la necesidad de estar ocupado todo el tiempo posible con ánimo de evitar caer en otras tareas poco productivas, centrarse en los síntomas, etc. Aunque no se puede negar la necesidad de que los pacientes tengan una rutina que les ayude a estabilizarse en su vida diaria, este énfasis en la estabilidad para comenzar a funcionar puede ser peligroso.

Como se ha visto anteriormente, el problema puede estar más en la relación con síntoma que el propio síntoma en sí. Desde ACT, en terapia individual con pacientes con psicosis el propósito de terapias es que comprendan que el problema no está en los síntomas sino en la forma de atender a estos pensamientos, sensaciones, etc.

Si se promueve que hay que lograr una estabilidad, y la estabilidad se entiende como una ausencia total de síntomas, es probable que nuestro programa de rehabilitación ya sea en el área social, laboral o recreativo fracase. En el momento que los pacientes experimentan síntomas aparecen otras ideas relacionadas como “si siento esto no puedo hacer X” que representan las relaciones entre conducta-conducta que han fortalecido a lo largo de su historia.

Por un parte, es importante el papel que cumple la psicoeducación para fomentar que los pacientes sigan el tratamiento, lleven una vida sana y no se involucren en actividades que pueden ser contraproducentes. Pero si el mensaje que se transmite es que se requiere una estabilidad y una rutina diaria de actividades (entre las que figuran las relacionadas con el ocio) para mantener a raya los síntomas, se estará fomentando el control sobre los eventos privados como motor de la recuperación.

Desde el trabajo con grupos, la evaluación de valores podría resultar una herramienta útil previa al diseño programas de rehabilitación.

En primer lugar, el análisis de valores podría servir para diseñar las actividades en base a la información que proveen los futuros usuarios y podrían trascender más allá de tareas puntuales (por ejemplo, pintar como actividad general para todo el grupo frente a pintar como una elección que hago dentro de mi ideal de ocio; practicar mecanografía con textos neutros frente a escribir textos relacionados con temas de interés sobre los que quiero ampliar mi formación). No se trata de incrementar el

número de actividad o el tiempo de dedicación, sino que las actividades sean relevantes para las necesidades y valores de las personas, en línea con el planteamiento de la Activación Conductual (Pérez Álvarez, 2007). De este modo, las personas podrían conectar más con la programación propuesta pues no se trata de elegir qué hacer entre un catálogo de actividades estándar, sino realizar una actividad que es valiosa y puede tener un puente con la vida fuera del entorno comunitario.

Por añadido, se hace más evidente que las acciones están encaminadas a revivir áreas valiosas, lo que se está haciendo está puesto al servicio de lo que se quiere para la vida, no una vida sin síntomas y con la mente ocupada, sino una vida ocupada por acciones valiosas. Los pacientes acuden a los servicios no siempre de forma regular y una vez acuden no siempre participan y se integran en el grupo. Aquí hablaríamos de la falta de motivación, la apatía, el aplanamiento y embotamiento que caracteriza a la esquizofrenia, etc. cuando quizás lo que existe es una falta de conexión, de significado que todo aquello pueda tener para la vida de la persona.

Por otra parte, los participantes de los grupos/talleres/actividades serían agrupados por sus intereses más que por una cuestión de diagnóstico favoreciendo que se sientan más como personas que comparten aficiones que como esquizofrénicos que comparten actividades.

En relación a los resultados obtenidos, a continuación se comentan las conclusiones extraídas comparando los dos grupos tanto con los datos cualitativos como cuantitativos.

Sobre las narraciones de direcciones valiosas

En primer lugar, en el área de las relaciones íntimas y de pareja, los dos grupos (clínico con diagnóstico de esquizofrenia y no clínico) proporcionan respuestas muy variadas entre las que se encuentran más paralelismos que diferencias. En general, las personas buscan relaciones basadas en el cariño, el compartir, la comprensión, y el respeto, buscando que esas relaciones sean estables y cercanas.

En el área de las relaciones familiares, sí podemos encontrar diferencias provocadas en parte al modo de vida de los participantes que integran ambos grupos. Mientras que el grupo clínico vive en familia (padres, tíos,...), el grupo no clínico vive con la pareja y/o hijos. Por tanto, mientras que para el grupo clínico los valores giran en torno a tener una relación estable, con apoyo e independiente con su familia, en especial, con sus padres; para el grupo no clínico es más importante su papel activo dentro de la familia como padre, hijo o hermano. Para la muestra de personas con esquizofrenia, lo importante sería tener una relación mejor con su familia puesto que vive con ella y tener un rol más activo e independiente, ya que la sobreprotección por parte de la familia suele ser un foco de tensiones y disputas.

En el área de relaciones sociales, las diferencias básicas que encontramos pueden estar en relación con la prioridad que se le dan a los valores. Podríamos entender que en el grupo no clínico, personas que por lo general están en una relación sentimental o han formado una familia, podrían estar menos interesadas en abrir su círculo de amistades y por tanto, sus valores se centran en mantener o poseer pocas pero profundas amistades. Por el contrario, el grupo con psicosis valora más la amistad en relación a tener más amigos o recuperar el contacto con algunos de ellos.

En el área laboral, el grupo no clínico destaca para las numerosas referencias que se hacen a tener un trabajo que prioritariamente les haga feliz o que no parezca un trabajo como tal. En el grupo no clínico, lo más relevante el trabajo suele definirse como necesario para vivir por dos motivos básicos, primero, ser la vía para la independencia económica sobre la que gira, para muchos participantes, la vida social, amorosa y el ocio, y, segundo, por estar normalizado dentro de la sociedad.

El área de la espiritualidad es un tema controvertido en muchas ocasiones para las personas con psicosis. Aunque son tantas las personas del grupo no clínico que no destacaron la espiritualidad como área importante en sus vidas como las del grupo clínico, algunas del grupo con psicosis se negaron abiertamente a hablar del tema o se mostraron incómodos al decir que la espiritualidad no era un valor para ellos. Este hecho podría explicarse por algún tipo de contenido religioso en los delirios o alucinaciones que experimenta la persona y la evitación que hace del mismo. En el grupo no clínico hay que destacar que nadie pone en relación la espiritualidad con la

religión o Dios, pudiendo estar influenciado por algunas variables como la zona dónde viven los participantes (un entorno más rural en el grupo clínico) o los valores a nivel familiar.

En el área de educación y formación, ocio, ciudadanía y salud, los dos grupos informan ideas muy similares sobre las que no es preciso destacar nada más.

Sobre las acciones, metas y barreras

En cuanto a los resultados transcritos anteriormente sobre las acciones, metas y barreras, existen también más paralelismos que diferencias entre ambos grupos.

Con respecto a las acciones y metas no hay ninguna distinción destacable, pues los participantes de ambos grupos tendían a dar respuestas muy comunes socialmente. Quizás a nivel de dificultad, el grupo clínico necesitaba más ayudas para desgranar la dirección valiosa en objetivos y las metas, a su vez, desmenuzarlas en acciones más concretas. Cabe señalar en este punto, que a menudo era necesario descansar unos momentos y volver a retomar el ejercicio para no perder de vista el tema que se estaba tratando.

Como apreciación, en el grupo clínico algunas respuestas tenían una clara procedencia del entorno donde se encontraban inmersos pues como ejemplos de acciones dirigidas a metas describían realizar cursos de habilidades sociales o conseguir la estabilidad.

Centrándonos en las barreras, podemos decir que se agrupan en tres tipos “Barreras relacionadas con características personales”, “Barreras relacionadas con los demás” y “Barreras relacionadas con la situación”.

En el grupo clínico y no clínico, *las barreras personales* giran en torno a la poca autoestima, la pereza, el egoísmo, el miedo, la falta de motivación, el pudor, la autoexigencia, la edad, etc. Como diferencia, señalar que en el grupo clínico aparece la “enfermedad mental” como barrera, aunque casi exclusivamente, en el área del trabajo.

Este hecho puede explicarse atendiendo a varios factores: primero, el estigma, perjudicando la etiqueta de enfermo mental en el acceso al trabajo; segundo, el rol de enfermo, siendo la propia persona la que concibe que no puede desempeñar un trabajo debido a su trastorno mental independientemente de las experiencias laborales que haya

tenido; y, tercero, la paga asociada a la minusvalía, que cumple la función económica del empleo.

En la misma línea, algunos participantes del grupo clínico hicieron mención a la falta de estabilidad, refiriendo que una vez se estabilizasen en los demás contextos podrían trabajar en dirección a aquello que fuese importante (por ejemplo, una vez estabilizada la salud, se podría dedicar al ocio). El concepto de falta de estabilidad cumple la misma función que el de enfermedad mental como barrera, situándolos en una relación de oposición con el bienestar-la salud-actuar en dirección a valores.

Como dato al respecto, los participantes que hablaban de la enfermedad mental como barrera pertenecían todos a la Asociación el Timón, mientras que los pacientes que hablaban en términos de estabilidad pertenecían al Hospital de Día de Huércal-Overa. Este dato, en principio anecdótico, podría estar reflejando diferentes roles que asume el paciente en función del dispositivo dónde se encuentre y de dónde pongan el énfasis los psicólogos-psiquiatras que tratan con ellos.

Cabe destacar como en algunos casos la enfermedad mental no actuaba como barrera sino como una especie de “bendición”, en línea con los conceptos de *antagonomía* e *idionomía* que proponía Stanghellini y Ballerini (2006), que aporta fuerza para afrontar la vida diaria, permite ver la vida desde otra perspectiva “más bella”, o supone una vía de acercamiento a los demás o conexión con el universo.

Las *barreras relacionadas con los otros*, son aquellas en las que se explica que el problema reside en las personas cercanas de su entorno, por ejemplo, la personalidad o gustos de los demás, la sobreprotección de la familia, las exigencias de los otros, etc.

En cuanto a lo que hemos denominado, *barreras relacionadas con la situación*, nos referimos a dificultades que provienen del contexto en el que viven o de la situación que se está atravesando (por ejemplo, estar en tratamiento psiquiátrico-psicológico). Algunos ejemplos de estas barreras son: la distancia física (para visitar a amigos, familiares), la falta de tiempo, los efectos secundarios de la medicación, la falta de ingresos económicos. En el grupo clínico en especial, las barreras se mezclan entre sí formando un entramado en que el unas barreras son causas de otras, o unas barreras afectan a diferentes metas valiosas. Los problemas en las relaciones familiares a menudo provienen de una sensación de sobreprotección, trato infantil, pasividad ante la situación por parte del paciente,..., que se ven fortalecidos por la pobre situación

económica y laboral de la persona con psicosis. A su vez, esta falta de ingresos, repercute en la posibilidad de realizar actividades de ocio o actividades con otras personas, ya sea en calidad de amigo o de pareja.

Sobre el orden de los valores

Las diferencias en el sistema de valores del grupo clínico y el grupo no clínico son mínimas a simple vista. Para el grupo clínico el orden de prioridad de las áreas presentadas sería: 1. Relaciones familiares, 2. Relaciones sociales, 3. Relaciones de pareja, 4. Trabajo, 5. Salud, 6. Educación y formación, 7. Ocio, 8. Espiritualidad y 9. Ciudadanía. Para el grupo no clínico el orden de prioridad de las áreas presentadas serían: 1. Relaciones familiares, 2. Relaciones de pareja, 3. Relaciones sociales, 4. Trabajo, 5. Ocio, 6. Salud, 7. Educación y formación, 8. Espiritualidad y 9. Ciudadanía.

Como se comentó anteriormente, el modo de convivencia de los participantes puede influir no sólo en el contenido de la narración valiosa sino en el orden en el que sitúan las áreas a valorar. De este modo, el grupo no clínico que vive en general con su pareja y/o hijos, podría dar prioridad a las relaciones de pareja (en segundo puesto) frente a las relaciones sociales (en segundo puesto para el grupo clínico). También se podría entender que el grupo clínico, que tiene trabajo por lo general, valore más el tiempo libre.

Importancia y esfuerzo de los valores

A través del cuestionario de valores, los participantes han respondido acerca de cuánta importancia le otorgan a cada área valorada y cuántos esfuerzos han dedicado (o cuánto de consistentes han sido) a ese área en la última semana. De estos dos valores se obtiene el índice de discrepancia que puede interpretarse en tres sentidos descritos a continuación.

Aunque los dos grupos no difieren con significancia estadística en la media del número áreas valoradas, áreas sin discrepancia y áreas con discrepancia, podemos comentar algunas ideas sobre los posibles patrones que están a la base.

Cuando la discrepancia es alta, siendo la importancia mayor que la consistencia, asumimos que la persona ha de estar experimentado malestar ya que no está dedicándose a lo que es importante para ella.

Cuando la consistencia es alta, dedicándose esfuerzos en función de la importancia otorgada, podemos asumir que la persona está en el camino adecuado

aunque se debería indagar si las respuestas no están influenciadas por el deseo de ofrecer una imagen “saludable” ante el otro. En el caso del grupo clínico, la alta consistencia se podría dar en tanto que las personas están en un contexto de recuperación (en un hospital de día y en una asociación).

Cuando la discrepancia reflejada sitúa la consistencia mayor que la importancia, estamos ante un patrón en el que la persona estaría haciendo esfuerzos en dirección a áreas poco valoradas por lo que deberíamos indagar en los motivos. En el caso del grupo clínico, este patrón podría explicarse también en relación al contexto, ya que los pacientes pueden estar realizando acciones que, a pesar de no ser valiosas a nivel personal, han de dedicarle sus esfuerzos en pos de otros resultados beneficiosos (p.e. tomar la medicación no porque la salud sea importante sino porque otros me dicen que he de cuidar mi salud para poder estar bien y no ser ingresado de nuevo).

En resumen, podríamos concluir, por un lado, que en el tema de los valores no existen tantas diferencias entre el grupo clínico y no clínico, si exceptuamos algunas áreas concretas (como son la familia o el trabajo) donde por algunas características de la alteración muestran aspectos diferenciados. De este modo, este primer estudio ahondaría en la idea de centrar la intervención en la psicosis en la persona y en explorar las direcciones valiosas de estas personas así como las barreras. En este sentido, parecen prometedores los trabajos que existen sobre ACT aplicados al ámbito de la psicosis (García Montes, Pérez Álvarez, y Cangas Díaz, 2006).

Este enfoque de intervención podría encajar también en otros programas más tradicionales, como puede ser la terapia psicofamiliar o los tratamientos de ocio y tiempo libre, como el programa WAF dentro de la Terapia Psicológica Integrada.

Creemos, por último, que el tema de los valores puede aunar una investigación común proveniente de diferentes tradiciones, como es la fenomenología y el conductismo adscritos a un modelo contextual que entiende los problemas psicológicos en el contexto biográfico de la persona y sus circunstancias, aportando bases más sólidas contra el “imperialismo” actual que supone el modelo médico en tanto en Psicología como el Psiquiatría (Pérez Álvarez y González Pardo, 2007).

Limitaciones, aportaciones y futuros estudios

En primer lugar hay que mencionar las numerosas limitaciones con las que presenta este estudio. Los datos han de ser tomados con cautela debido, principalmente, a las características de la muestra. Las muestras no han sido elegidas aleatoriamente y el tamaño muestral es muy pequeño. Teniendo en cuenta esto y la menor potencia que poseen los estadísticos no paramétricos utilizados, hemos de mirar los resultados como lo que son, posibles tendencias que podrían constatararse si se emplea una muestra mayor y otra serie de precauciones metodológicas.

Otra limitación es la corta experiencia del terapeuta en el contexto sanitario y comunitario con personas con esquizofrenia, así como su poco bagaje aplicado con la Terapia de Aceptación y Compromiso. En este sentido, el procedimiento para clarificar valores y guiar el camino para que los participantes narren sus verdaderos valores y no lo que quieren otros así como para especificar los objetivos, acciones y barreras, ha podido no ser del todo correcto y, por consiguiente, haber desvirtuado los datos.

El presente estudio, al margen de sus limitaciones, ofrece una visión inicial y exploratoria de los valores en personas con esquizofrenia en comparación con personas que no padecen ningún trastorno psicopatológico. La principal aportación que nos entrega este estudio inicial es que sienta las bases para estudios futuros en este campo de investigación que aún está en crecimiento. La información que se ha recogido es bastante rica, conjugando datos de carácter cualitativo y cuantitativo. La aproximación a los valores en términos de narraciones, conociendo el fenómeno tal cual es, y buscando relaciones en el contexto, pone en concordancia posturas como la fenomenología y el conductismo. En base a los resultados obtenidos, podemos orientar nuevas líneas de investigación que indaguen más sobre el fenómeno de los valores en esquizofrenia.

Sería interesante repetir el estudio en una muestra más amplia de distintos servicios (unidad de día, unidad de rehabilitación, asociaciones, club sociales) para identificar diferencias en los grupos y estudiar en base a qué se producen estas diferencias. Además de los factores personales, se podría indagar en qué tienen esos dispositivos en su forma de trabajar, de plantear actividades o de concebir la recuperación, que pueda estar incidiendo en las diferencias de los pacientes.

También se podría continuar, en relación a la aplicación práctica, con un estudio que dilucide si es realmente útil y cómo se podrían utilizar los valores individuales a nivel de grupo en servicios hospitalarios y comunitarios para extender los beneficios de los programas que se llevan a cabo e incrementar la baja adherencia. En este sentido, sería importante realizar un estudio previo que evalúe la satisfacción y opinión de los pacientes con respecto a los dispositivos, similar al trabajo de Cuevas, Dorado, Hervás, Laviana, Martínez, Navarrón, Perona y Ramos (2003).

El objetivo último sería el diseño de un programa de rehabilitación del área recreativa y de tiempo libre de personas con esquizofrenia en distintos dispositivos relacionados con la salud mental.

5. Referencias.

- Andresen, R., Oades, L. y Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirical validated state model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586-594.
- Anthony W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 12-23.
- Bach, P. y Hayes, S.C. (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.
- Blankenburg, W. (2001). First steps toward a psychopathology of 'common sense'. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 8 (4), 303-315.
- Castro Solano, A. y Martín, A.N. (2006). La evaluación de los valores humanos con el Portrait Values Questionnaire de Schwartz. *Interdisciplinaria*, 23-2, 155-174.
- Cuevas, C., Dorado, R., Hervás de la Torre, A., Laviana, M., Martínez, M.J., Navarrón, R., Perona, S., y Ramos, J.M. (2003). Evaluación de una unidad de rehabilitación de salud mental realizada por pacientes con trastorno esquizofrénico. *Apuntes de Psicología*, 21 (1), 8.
- Dörr, O. (2002). El papel de la fenomenología en la terapéutica psiquiátrica con especial referencia a la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 40 (4), 297-306.
- Dörr, O. (2005). Aproximación al tema del delirio como una posibilidad humana. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 32 (3), 135-142.
- Fitzpatrick, C. (2002). A new word in serious mental illness: Recovery. *Behavioral Healthcare Tomorrow*, 11 (4), 1-6.
- Garcés Ferrer, J. *Valores humanos. Principales concepciones teóricas*. Valencia: Nau llibres, 1988.
- García Montes, J. M., Luciano, M.C., Hernández, M. y Zalvivar, F. (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. M. y Pérez Álvarez, M. (2003). La reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (1), 107-122.
- García Montes, J. M. y Pérez Álvarez, M.(2005). Fundamentación experimental y primeras 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. M. y Pérez Álvarez, M. (2010). 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*, 3 (1).
- García Montes, J.M., Pérez Álvarez, M., y Cangas Díaz, A.J. (2006). Aproximación al abordaje clínico de los síntomas psicóticos desde la Aceptación. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), 293-307.
- Gaudiano, B.A. y Hayes, S.C. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 415-437.
- González Pardo y Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Madrid. Alianza Editorial.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D., y Roche, B. (Eds.) (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Plenum Press.
- Hayes, S.C., Gifford, E.V., y Hayes, J. (1998). Moral behavior and the development of verbal regulation. *The behavior analyst*, 21, 253-279.
- Hayes, S.C., Follette, V.M., y Linehan, M.M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., y Strosahl, K.D. (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Nueva York: Springer.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford.

- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follete, V.M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnoses and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Inglehart, R. (1977). *The silent revolution: Changing values and political styles among western publics*. Princeton: Princeton University Press.
- Liberman, R. P. (Ed.). (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca.
- Luciano, C., Gómez, I., y Valdivia, S., (2002). Consideraciones acerca del desarrollo de la personalidad desde un marco funcional-contextual. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2 (2), 173-197.
- Lysaker, P.H. y Lysaker, J.T. (2010). Schizophrenia and alterations in self-experience: A comparison of 6 perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 331-340.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. NY: Harper and Row Publishers.
- Pérez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S, y Luciano, C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6 (1), 1-20.
- 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. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28 (2).
- Pérez Álvarez, M. (2008). Desenredamiento auto-reflexivo y activación conductual: claves para la terapia. *Prolepsis*, 0, 17-43.
- Pérez Álvarez, M. y Fernández Hermida, J.R. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13(3), 623-629.
- Pérez Álvarez, M. y García Montes, J. M.(2003). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (1), 107-122.
- Pérez Álvarez, M. y García Montes, J. M.(2006). Entendimiento filosófico de la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), 11-29.
- Pérez Álvarez, M. y Sass, L.A. (2008). Phenomenology , behaviorism, and the nature of mental disorders: Voices From Spain. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 15 (3), 195-198.

- Pérez Álvarez, M. y Sass, L.A. (2009). Phenomenology and behaviorism: a mutual readjustment. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 15 (3), 199-210.
- Perona, S., & Cuevas, C. (1996). Intervenciones cognitivo-conductuales sobre las alucinaciones auditivas en sujetos psicóticos: Una revisión. *Psicologemas*, 10, 225-256.
- Perona, S. y Cuevas, C. (2002). Aplicación de la terapia cognitivo-conductual sobre las ideas delirantes y las alucinaciones auditivas en un sujeto con el diagnóstico de esquizofrenia. *Psicothema*, 14, 26-33.
- Quiroga, E., y Fuentes, J. (2005). La relevancia de un planteamiento cultural de los trastornos de la personalidad. *Psicothema*, 17 (3), 422-429.
- Roder, V., Brenner, H. D., Hodel, B. y Fuentes, I. (2007). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Granada: Alborán.
- Sass, L. (2001). Self and world in schizophrenia: Three classic approaches. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8 (4), 251-270.
- Sass, L. (2003). 'Negative symptoms', schizophrenia, and the self. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3 (2), 153-180
- Sass, L. y Parnas, J. (2001). Phenomenology of self-disturbances in schizophrenia: some research findings and directions. *International Journal Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 8 (4), 347.
- Sass, L. y Parnas, J. (2003). Schizophrenia, Consciousness, and the Self. *Schizophrenian Bulletin*, 29 (3), 427-444.
- Stanghellini, J. (2001). Psychopathology of common sense. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 8 (2-3), 201-211.
- Stanghellini, J., y Ballerini, M. (2006). Values in persons with Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (1), 131-141.
- Schwartz, S.H. (1992) Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical test in 20 countries. En M. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 1-65). NY: Academic Press.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. Nueva York: Free Press.
- Ros, M. y Schwartz, S.H. (1995). Jerarquía de valores en países de la Europa occidental: una comparación transcultural. *Revista de estudios sociológicos*, 69, 69-88.

- Valdivia, S., y Luciano, C. (2006). Una visión de la alteración de las propiedades reforzantes de los eventos en humanos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6 (3), 425-444.
- Vallina, O., Lemos, S., García, A., Otero, A., Alonso, M., y Gutiérrez, A.M. (1998) Tratamiento psicológico integrado de pacientes esquizofrénicos. *Psicothema*, 10 (2), 459-474.
- Wiggins, O. P., Schwartz, M. A., Naudin, J. (2001). Husserlian comments on Blankenburg's psychopathology of common sense. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 8 (4), 327.
- Wiggins, O. P., Schwartz, M. A., y Spitzer, M. (2005). Rebuilding reality: A phenomenology of aspects of chronic schizophrenia. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 4, 91-115.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Wilson, K.G. y Murrell, A.R. (2004). Values work in Acceptance and Commitment Therapy: Setting a course for behavioral treatment. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 120–151). New York: Guilford Press.
- Wilson, K.G., Sandoz, E.K., y Kitchens, J. (2010) The valued living questionnaire: defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, 60, 249-272.

6. Anexos.

Anexo 1. Formulario Narrativo de Valores (Hayes et al., 1999, p. 226)

Generar una narración valiosa breve en cada área sobre la base de la discusión del trabajo llevado a cabo por el cliente respecto a lo que valora. Si algún área no es aplicable en un cliente, simplemente se deja en blanco. Después de haber narrado las direcciones valiosas, volver sobre ellas a fin de perfilarlas con el paciente. Continuar este proceso, al tiempo que se cuida que el cliente no ofrezca respuestas del tipo pliance hasta que terapeuta y cliente lleguen a una frase breve con la que el cliente esté de acuerdo en que resume sus valores para un área dada.

Áreas	Narración de la dirección valiosa
1. Relaciones de pareja/íntimas	
2. Relaciones familiares	
3. Relaciones sociales	
4. Trabajo	
5. Educación/ formación	
6. Ocio	
7. Espiritualidad	
8. Ciudadanía	
9. Cuidado físico	

Anexo 2. Formulario de Estimación de Valores (Hayes et al., 1999, p. 226)

Lea las narraciones de los valores generadas por su terapeuta y usted. Luego estime la importancia que cada área tiene para usted en una escala de 1 (muy importante) a 10 (poco importante). Estime también el grado de satisfacción con que ha vivido en cada una de las áreas durante el pasado mes, en una escala de 1 (mucha satisfacción) a 10 (poca satisfacción). Finalmente, ponga en orden las áreas valiosas de acuerdo con la importancia que tienen para usted, indicando con un 1 la dirección que más importancia tenga para usted, o sea, la primera, luego la segunda, y así sucesivamente.

Áreas	Narración de la dirección valiosa	Importancia 1-10	Satisfacción 1-10	Orden
1. Relaciones de pareja/íntimas				
2. Relaciones familiares				
3. Relaciones sociales				
4. Trabajo				
5. Educación/ formación				
6. Ocio				
7. Espiritualidad				
8. Ciudadanía				
9. Cuidado físico				

Anexo 3. Cuestionario de Valores (Wilson et al., 2002)

IMPORTANCIA

A continuación se presentan varias áreas o ámbitos de la vida que son importantes para algunas personas. En este punto, nuestro interés es conocer tu calidad de vida en cada una de estas áreas. Uno de los aspectos que se refieren a la calidad de vida es la importancia que uno le da a las diferentes áreas de la vida.

Marca la importancia de cada área en una escala del 1 al 10 rodeando con un círculo. *1* significa que esa área no es nada importante para ti y *10* significa que ese ámbito de tu vida es muy importante. Conviene que sepas que estas áreas no son importantes para todo el mundo y además que el valor que cada persona da a estas áreas es algo muy personal. Lo importante es que lo valores en función de la importancia que para ti personalmente tenga cada una de ellas.

Áreas	Nada importante										Extremadamente importante
10. Familia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
11. Esposo/a, pareja, relaciones íntimas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
12. Cuidado de los hijos/as	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
13. Amigos, vida social	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
14. Trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
15. Educación/ formación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
16. Ocio / diversión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
17. Espiritualidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
18. Ciudadanía	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
19. Cuidado físico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

CONSISTENCIA

Ahora nos gustaría que estimaras el grado en el que has sido consistente con cada uno de tus valores. No te estamos preguntando sobre cómo te gustaría idealmente haberte comportado en cada área. Ni tampoco te estamos preguntando lo que otros piensan de vos. Todos lo hacen mejor en unas áreas que en otras. Queremos saber cómo crees que lo has estado haciendo durante la semana pasada. Marca usando una escala de 1 a 10, rodeando con un círculo, donde *1* significa que tus acciones han sido completamente inconsistentes con tus valores y *10* significa que tus acciones han sido completamente consistentes con tus valores.

Áreas	Nada importante										Extremadamente importante
1. Familia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2. Esposo/a, pareja, relaciones íntimas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3. Cuidado de los hijos/as	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4. Amigos, vida social	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5. Trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6. Educación/ formación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7. Ocio / diversión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
8. Espiritualidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
9. Ciudadanía	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10. Cuidado físico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Anexo 4. Formulario de metas, acciones y barreras (Hayes et al., 1999, p. 227).

Dado el listado de direcciones valiosas, ahora se trata de trabajar con el cliente para generar objetivos (eventos realistas) y acciones (pasos concretos que el cliente puede dar) que manifiesten dichos valores. Luego, preguntando y por ejercicios, se identifican los eventos psicológicos que se interponen entre el cliente y su movimiento en dirección a su valores. Si el cliente presenta eventos o hechos públicos como barreras, se reformulan en términos de objetivos y se sitúan en recorridos valiosos (las áreas pueden variar de las planteadas originalmente). Entonces volver sobre las

Áreas	Dirección valiosa	Objetivos	Acciones	Barreras
1. Relaciones de pareja/íntimas				
2. Relaciones familiares				
3. Relaciones sociales				
4. Trabajo				
5. Educación/ formación				
6. Ocio				
7. Espiritualidad				
8. Ciudadanía				
9. Cuidado físico				

Anexo 5. Cuestionario único que integra los formularios anteriores.

Área	Narración de la dirección valiosa	Importancia 1-10	Consistencia 1-10	Orden	Metas	Acciones	Barreras
Relaciones íntimas/pareja							
Relaciones familiares							
Relaciones sociales							
Trabajo							
Educación y formación							
Ocio							
Espiritualidad							
Ciudadanía							
Salud/bienestar físico							