

Terapia de Aceptación y Compromiso aplicada a la esquizofrenia. Estado actual y direcciones futuras

José Manuel García Montes
Universidad de Almería

Marino Pérez Álvarez
Universidad de Oviedo

RESUMEN

El presente trabajo ofrece una visión crítica y reconstructiva de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) aplicada a la esquizofrenia. Dado que la terapia partía de concepciones psicopatológicas transdiagnósticas, no fue difícil expandir el tratamiento al ámbito de los síntomas psicóticos, existiendo razones conceptuales, clínicas y experimentales que avalaron esta extensión. Se analiza y explica el procedimiento estándar de la terapia, ilustrándolo, cuando es posible, con viñetas con diálogos. Se resumen cada una de las fases y se adapta a las peculiaridades de la población a la que está dirigida este trabajo. Igualmente se hace una revisión de los resultados de la terapia, resaltando las dificultades encontradas y, en general, la pérdida de resultados sólidos en comparación con otras intervenciones menos sofisticadas. La parte final del artículo presenta varias propuestas de futuro, tendentes a mejorar la terapia, que pasarían, en primer lugar, por reformular el propio concepto de esquizofrenia como un desorden del "yo" y, por otro lado, por adaptar ACT a la cultura española partiendo de las concepciones ratio-vitalistas de José Ortega y Gasset.

Palabras clave: Esquizofrenia; fenomenología; terapias contextuales; valores; Ortega y Gasset.

ABSTRACT

This paper provides a critical and reconstructive vision of Acceptation and Commitment Therapy (ACT) applied to psychotic symptoms. Taking into account that the therapy was based on transdiagnostical conceptions, it was not difficult to expand the scope of the treatment to psychotic symptoms; with experimental, conceptual, and clinical reasons that supported this extension. The article analyzes and explains the standard procedure of ACT, illustrating, when possible, with vignettes. Each of the phases of the Therapy are summarized and adapted to the peculiarities of psychotic patients. Also a review of the results of the therapy is exposed, highlighting the difficulties found for its application and, in general, the loss of solid results compared with other less sophisticated interventions. The final part of the paper presents several proposals for the future, aimed at improving the therapy. The first one could be to reformulate the concept of schizophrenia as a disorder of the "self". The second proposal for the future could be adapt ACT to the Spanish culture, with José Ortega y Gasset as a reference for this task.

Keywords: Schizophrenia; Phenomenology; Third Generation Therapies; Ortega y Gasset.

Introducción

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) constituye uno de los desarrollos más recientes del contextualismo funcional, proveniente del conductismo radical skinneriano, en el tratamiento de diversos problemas que presentan pacientes externos (Dougher & Hayes, 1999; Kohlenberg, Hayes, & Tsai, 1993).

Aunque en un primer momento ACT fue concebida para el tratamiento de problemas emocionales (Zettle & Hayes, 1986), no tardó en extenderse al campo de los síntomas psicóticos (Bach & Hayes, 2002; García-Montes & Pérez-Álvarez, 2001; Pankey & Hayes, 2003), habiendo existido razones conceptuales, clínicas y experimentales que avalaron esta ampliación del foco original de la terapia (García-Montes & Pérez-Álvarez, 2005; García-Montes, Pérez-Álvarez, & Cangas, 2006). No está de más señalar a este respecto que el primer estudio de caso en que se aplicó la Terapia a un paciente con síntomas psicóticos del que tenemos constancia fue publicado precisamente en *Análisis y Modificación de Conducta* (García-Montes & Pérez-Álvarez, 2001).

Desde entonces ACT se ha ido extendiendo al campo de la esquizofrenia y, en general, del trastorno mental grave, gracias al camino abierto desde mediados de los 80 por las propuestas y aplicaciones hechas desde el enfoque cognitivo-conductual clásico (v. gr., Fowler & Morley, 1989; Haddock, Tarrier, Spaulding, Yusupoff, Kinney, & McCarthy, 1998). En cierta medida esta estela ha podido resultar beneficiosa pero, a la vez, ha podido limitar de alguna manera un papel mucho más interesante

que podría haber jugado la terapia, reformulando el propio concepto de esquizofrenia y remarcando su afinidad con otras tradiciones terapéuticas que abordan el mismo trastorno con objetivos clínicos muy similares (Pérez-Álvarez, García-Montes, Vallina-Fernández, Perona-Garcelán, & Cuevas-Yust, 2011; Pérez-Álvarez & García-Montes, 2012).

El presente trabajo pretende valorar críticamente la aplicación de ACT al tratamiento de los síntomas psicóticos para, así, proponer una nueva línea de trabajo terapéutico que, partiendo de la perspectiva contextual, sea capaz de hacer una contribución mayor en el tratamiento de la persona esquizofrénica. Con este objetivo, expondremos primeramente la forma de aplicación canónica de la terapia en el ámbito de los síntomas psicóticos, seguidamente examinaremos los principales ensayos clínicos realizados, valorando hasta qué punto se pueden considerar exitosos, y finalmente expondremos las posibles líneas de mejora que pasarían, principalmente, por partir de una concepción fenomenológica de la esquizofrenia (v. gr., Sass & Parnas, 2003), entendiendo el trastorno como una alteración del "yo", y, partiendo de aquí, dirigir la acción terapéutica a la reconstrucción de la persona, en una línea inspirada en la obra de José Ortega y Gasset.

ACT como terapia psicológica para los síntomas psicóticos

Desde sus orígenes ACT se puede considerar una terapia trans-diagnóstica. Aunque, como se ha dicho, en un primer momento fue concebida para el tratamiento de problemas emocionales, su concepción psicopatológica está al margen

de los sistemas diagnósticos, tan puestos en entredicho actualmente como afianzados estaban cuando la terapia se desarrollaba.

Basados en las investigaciones realizadas desde la RFT, los autores de ACT defendieron que un elemento fundamental a la hora de dar cuenta de la psicopatología humana era la Evitación Experiencial (EE). Así, consideran que la EE consiste en los intentos por reducir o eliminar el contacto que la persona tiene con pensamientos, sentimientos, sensaciones u otros eventos privados que no se desean tener (Bach & Moran, 2008; Hayes & Gifford, 1997). Evidentemente, de una u otra forma, todas las personas evitan tener ciertos pensamientos o ciertas emociones, lo cual, en principio, no es problemático. Sin embargo, debido a las propiedades reforzantes que tiene la evitación de estímulos negativos, se puede ir acentuando el poder que tiene la experiencia evitada para que la persona haga siempre lo mismo cuando aparece un pensamiento o un sentimiento que no desea tener: huir. Así, la conducta de evitación se iría haciendo más fuerte y, a la vez, iría debilitando otras posibles acciones que la persona pudiera hacer ante dicho estímulo. Los problemas psicológicos aparecerían cuando esa evitación se convierte en un patrón inflexible y, de esta forma, llega a limitar la vida de la persona (Luciano & Hayes, 2001), en cuyo caso se hablaría ya de Trastorno de Evitación Experiencial (TEE; Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). En definitiva, la EE se ha visto como una suerte de vulnerabilidad psicológica generalizada (Kashdan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006) y el TEE como una alternativa funcional a los sistemas clasifi-

catorios psiquiátricos al uso (Luciano & Hayes, 2001).

En un trabajo anterior (García-Montes & Pérez-Álvarez, 2005) expusimos detalladamente las razones por las que, a nuestro juicio, cabe entender las alucinaciones y los delirios como formas de EE. Además, existen suficientes investigaciones que vienen a demostrar que la EE tiene una influencia negativa en el ámbito de los síntomas psicóticos, pudiendo llegar a tener efectos paradójicos y, así, empeorar de forma considerable la sintomatología del paciente (Bach, 2015, p. 63). Para el tratamiento de las alucinaciones ACT se propone ayudar al paciente a abandonar la lucha improductiva que mantiene con estas experiencias, especialmente si las alucinaciones interfieren de forma importante con la vida que el paciente quiere llevar (Thomas, Morris, Shawyer, & Farhall, 2013). Para el tratamiento de los delirios el objetivo principal sería que la persona se comporte con independencia de tales creencias, orientando su acción hacia aquellas metas que son personalmente valiosas (García-Montes, Pérez-Álvarez, & Perona-Garcelán, 2013). Como se ve tanto en el tratamiento de los delirios como de las alucinaciones se pretende disminuir la lucha contra los síntomas (lo que requiere alguna forma de aceptación por parte de la persona que experimenta estos síntomas) y, al tiempo, aumentar las conductas de la persona que se dirigen a rehacer su vida en el sentido que considere más auténticamente suyo (lo que requiere alguna forma de conocimiento de los valores que uno tiene y una acción resuelta a favor de ellos).

Es habitual presentar la terapia siguiendo una serie de fases: La primera, que buscaría

que el paciente hiciera contacto con el escaso éxito que han alcanzado las estrategias que se han puesto en práctica hasta el momento para resolver su situación, se conoce como “desesperanza creativa” (Hayes et al., 1999); aunque también se han utilizado otras expresiones para referirse a ella, como “confrontando el sistema” (Hayes, 2004). La segunda, que pretende mostrar los malos resultados que trae el intentar controlar ciertas experiencias, es conocida como “el problema puede ser el control”. Una tercera fase, usualmente llamada “de-fusión cognitiva” va dirigida a procurar que el paciente se distancie de ciertas cogniciones, de tal forma que pueda hacer contacto con ella sin otorgarles una capacidad rectora sobre su comportamiento. El cuarto estadio de la terapia se centra en procurar que la persona cree un sentido de sí mismo flexible con el fin de que pueda asumir experiencias que en principio podrían atacar su identidad personal. Esta cuarta fase también ha recibido varios nombres, aunque los más usuales han sido “Yo vs. lo que hago” (Hayes, Kohlenberg, & Melancon, 1989), “descubriendo el yo, distanciándose del yo” (Hayes et al., 1999) y “un sentido trascendente del yo” (Hayes, 2004). La quinta fase trata de que el paciente determine cuáles son sus valores y los identifique, antes que con cualquier otra cosa, con sus acciones en el mundo. La sexta y última fase, conocida como “voluntad y compromiso”, se centra en posibilitar que la persona realice acciones que van en dirección a sus valores, aunque ello conlleve las experiencias que anteriormente se trataban de evitar y controlaban la vida del paciente. ACT utiliza una variedad de técnicas,

aunque los más destacados son las metáforas, las paradojas y los ejercicios experienciales. Así se supone que las metáforas pueden tener un impacto importante, al no activar las defensas verbales del paciente (Hayes et al., 1999). Por lo que se refiere a las paradojas, ACT usa principalmente las conocidas como “paradojas inherentes” que se darían cuando se produce una contradicción entre las propiedades literales y funcionales de una frase (Hayes et al., 1999, p. 85). Un ejemplo de este tipo de paradojas sería proponer a alguien que fuera espontáneo. El seguimiento literal de la instrucción va precisamente en contra de su cumplimiento, en la medida en que cuando más intente uno actuar con espontaneidad, menos natural y espontáneo está siendo. Por último, los ejercicios experienciales realizados en sesión permitirían al cliente hacer contacto con experiencias que son evitadas y temidas en un ambiente más seguro (Hayes et al., 1999).

Pasaremos a continuación a profundizar algo más en los objetivos terapéuticos de ACT en el entendimiento de que todos ellos se hayan fuertemente entrelazados y que deberá ser el terapeuta quien deberá tener la habilidad de trabajar uno u otro según lo requiera la situación, sin perder de vista que el fin último de la terapia es situar a la persona en una vida más auténtica.

1. Crear un estado de desesperanza creativa

Este objetivo pretende que el paciente atienda a las estrategias que ha venido utilizando para salir de la situación en la que se encuentra y, cómo, a la postre, han resultado infructuosas. Esta inutilidad de las estrategias

empleadas se refiere, antes que nada, a la situación vital del paciente, a sus escasos avances en el proyecto de vida que tiene por recorrer. Así, como se ha resaltado por parte de los autores de la terapia (Hayes et al., 1999), el objeto de la desesperanza no es la propia persona; sino una línea de actuación que se ha revelado baldía para enriquecer vitalmente al paciente.

Una forma de comenzar podría ser pedirle al paciente que repare en todo lo que ha hecho para tratar de llevar una vida mejor. En este punto es habitual que el paciente comente dos o tres actuaciones (p.ej., “escuchar música cuando aparecen las voces”, “intentar ver las cosas de otra manera” o “hablar con los amigos sobre las ideas extrañas que tiene”). Obviamente hay muchas más actuaciones y, por tanto, sería conveniente que el terapeuta siguiera insistiendo una y otra vez hasta conseguir, al menos 15 acciones distintas que haya emprendido la persona. Tras conseguir un número suficiente de actuaciones, es importante reconocer tanto el sentido que han tenido como la voluntad que ha puesto el paciente por llevarlas a cabo de forma correcta. El siguiente diálogo ilustra esta validación y una metáfora que podría servir para que el paciente empiece a darse cuenta de los resultados que tienen las estrategias puestas en práctica:

- TERAPEUTA: He anotado todas estas cosas que has hecho para salir de tu situación: –lee en voz alta las actuaciones que se habían anotado-. A mí me parecen bastante lógicas. Por ejemplo, has intentado buscar pruebas para saber si los servicios secretos te perseguían. Seguramente cualquier persona que creyera eso, intentaría también buscar pruebas para saber a ciencia cierta si le persiguen. También te has quedado

varios días en casa para evitar pensar que te iban a matar en plena calle... Parece bastante lógico quedarse en casa si piensas que te pueden matar por la calle... Además, no me cabe ninguna duda de que quieres salir de esta situación. Soy consciente de lo mal que lo estás pasando en la vida, de cómo estás dejando de hacer cosas que te parecen importantes y el sufrimiento que ello te genera... Sin embargo...hay algo que no me cuadra.

- CLIENTE: ¿El qué?

- TERAPEUTA: Verás; lo que has hecho es bastante lógico y, además, estoy seguro de que has puesto ganas en ello.... Sin embargo... algo no cuadra... soluciones lógicas hechas con ganas... sin buenos resultados... cada vez más encerrado en tu casa, cada vez más miedo... Tu situación me recuerda a la de una amiga del colegio que tenía muchísimo miedo a los perros. Un día, cuando iba al colegio con su comida en la mochila, se encontró a un perro que se puso a seguirla nada más salir del portal. Mi amiga tenía tanto miedo que, para quitarse al perro de encima, le dio un trozo del almuerzo. El perro se entretuvo comiéndoselo y mi amiga siguió más tranquila hacia el colegio...Sin embargo... ¿sabes lo que pasó el siguiente día que tuvo que ir al colegio?

- CLIENTE: ¿Estaba el perro otra vez?

- TERAPEUTA: ¡Exacto! Estaba el perro otra vez, y ¿sabes lo que hizo mi amiga?

- CLIENTE: Le dio un trozo de su almuerzo de nuevo.

- TERAPEUTA: ¡Casi! Le tuvo que dar dos trozos... El perro ya venía preparado y se tragó de un bocado el primer trozo y, claro, continuó siguiendo a mi amiga... que tuvo que tirar muy lejos el segundo trozo para quitarse de encima al perro camino del colegio. ¿Sabes que pasó el siguiente día?

- CLIENTE: ¿Estaba otra vez el perro?

- TERAPEUTA: Eso es, estaba otra vez el perro; más ágil y más preparado que nunca para salir corriendo a por los trozos del almuerzo que le tiraba mi amiga camino del colegio... Mi amiga cada vez lo pasaba peor y hubo un momento en que dejó de ir al colegio... ¿No sé si entiendes lo que te estoy intentando decir?

Como han señalado Hayes et al. (1999), a lo largo de toda la terapia, y especialmente en esta fase, es problemático que el paciente “entienda” las cosas. Generalmente este “entender” se traduce en que lo que se haya dicho se incorpore a las estrategias de control que se vienen poniendo en práctica y que han llevado al paciente a la situación en la que se encuentra. De ahí la conveniencia de utilizar paradojas que impidan cualquier seguimiento de reglas que se pretenda: Al fin de cuentas de lo que se trata es ahora de hacer contacto con la experiencia, y no de “comprenderla”. Así, el diálogo clínico se podría seguir de la siguiente manera:

- CLIENTE: Ya entiendo... me estás diciendo que mis paranoias son como el perro... que me siguen...
- TERAPEUTA: Si estás entendiendo algo de lo que te estoy diciendo, entonces no estás entendiendo nada...
- CLIENTE: ¿Qué?
- TERAPEUTA: Ahora lo acabas de comprender completamente.
- CLIENTE: Me quieres desconcertar.
- TERAPEUTA: Creo que me estás pidiendo otro bocadillo aún mayor para dárselo al perro.
- CLIENTE: No te entiendo, de verdad. ¿Qué me estás intentando decir?
- TERAPEUTA: Ahora lo entiendes de nuevo... De todas formas, no hagas mucho caso a nada de lo que te acabo de decir, y a esto tampoco. ¿No sé si lo entiendes?

Con ello se pretende que el paciente haga contacto emocional con el desconcierto, y la incertidumbre, dejando atrás estrategias que han podido causarle alivio a corto plazo pero que, a la larga, han podido empeorar su situación real.

2. Plantear la posibilidad de que el problema sea el control

Se trataría ahora de que el paciente comprenda que hay ciertos aspectos de su experiencia (emociones, pensamientos, recuerdos, etc.) que es imposible controlar. Una forma de presentar la imposibilidad de controlar determinados aspectos en la vida sería mediante la metáfora del polígrafo (Hayes et al., 1999, pp. 123-124). Así, se empezaría preguntado al cliente que pasaría si, de repente, el terapeuta llevara a la consulta unos cubos de pintura y unas brochas y, apuntándole con una pistola, le hiciera el chantaje de que, si no desea morir, deberá pintar las paredes con la pintura que ha traído a la sala. Ante esta situación parece bastante lógico suponer que el paciente, con más o menos miedo, mejor o peor, acabaría pintando las paredes y, por lo tanto, salvando su vida. Aquí se ve que hay ciertos aspectos de la conducta que son susceptibles de control voluntario. Ahora bien, supongamos un chantaje diferente. Lo que en esta segunda ocasión trae el terapeuta a la consulta no son cubos de pintura, sino un polígrafo, un aparato que sirve para detectar el nerviosismo en las personas. Y el chantaje ahora pasa porque el paciente permanezca tranquilo conectado al polígrafo o, de lo contrario, si el aparato detecta el más mínimo síntoma de nerviosismo, se disparará un arma que está conectada al polígrafo. ¿Qué pasaría en esta segunda ocasión? ¿Salvaría la vida el paciente? Es importante resaltar que en ambas situaciones, la de los cubos de pintura y la del polígrafo, lo que se está jugando el paciente es lo mismo: su vida. Se podría decir, pues, que tiene la misma motivación para pin-

tar que para estar tranquilo. ¿Por qué entonces en un caso logra salvar la vida y en el caso del polígrafo la perdería casi a ciencia cierta? Parece, en efecto, que existen ciertos ámbitos en que la regla es "si no quieres tenerlo, lo tendrás". Y parece también que cuanto más motivado esté uno en esos campos, tanto peor. Así, se podría pedir al paciente que buscara situaciones en su vida que fueran como las del polígrafo. También el terapeuta podría señalar ejemplos de otros pacientes con problemas emocionales diversos en que las estrategias de control han sido contraproducentes. Se trataría de restar especialidad a los síntomas psicóticos e igualarlos a problemas emocionales que tradicionalmente vienen siendo considerados como menos severos o incapacitantes (Bach, 2004, 2015; Pankey & Hayes, 2003).

Abundando en esta lógica de la imposibilidad de controlar ciertos aspectos de la experiencia, sería de interés incluir aquí el ejercicio de "¿Cuáles son los números" (Hayes et al., 1999, pp. 126-128). Para hacer este ejercicio el terapeuta prepara al cliente indicándole que le va a decir algo que es fundamental que recuerde: una secuencia de números. Se le pide que preste atención y que indique cuándo está suficientemente preparado para escuchar los números que se le van a decir. En ese momento el terapeuta dice los números "1", "2", "3" y, acto seguido, pide al paciente que los repita. Cuando se haya comprobado que el paciente recuerda la secuencia, se le pide que la borre de su memoria. Obviamente esta tarea es imposible y viene a poner a las claras que ciertos aspectos de la memoria no son susceptibles de control voluntario. Con pacientes que hayan

padecido alguna forma de trauma, se podría decir que si no es posible borrar tres números sin ninguna importancia que le ha dicho el terapeuta, mucho menos lo será borrar de la memoria los hechos tan graves que ha vivido.

Igualmente sería fundamental que el terapeuta restara importancia a ciertas experiencias privadas a las que la gente, generalmente, concede relevancia cara a conseguir la vida que se desea. En el caso de las alucinaciones y los delirios ello es especialmente importante, ya que son síntomas asociados con la locura, con todas las relaciones derivadas que ello conlleva. De la misma forma, y sobre todo en pacientes con algún recorrido psiquiátrico, la aparición de estas experiencias es vista con una alarma que puede poner en marcha ciertas formas de control. Por ello podría ser relevante desdramatizar el peso que tienen las alucinaciones o los delirios con algún ejercicio basado en la irreverencia hacia las mismas. García Montes y Pérez Álvarez (2001) han propuesto a este respecto solicitar al cliente en sesión que diga, mientras el clínico las anota, cualquier tipo de idea rara, disparatada o fuera de lugar que le pase la cabeza. Ante cada una de las ideas que diga el paciente, el terapeuta debería responder con irreverencia, diciendo, por ejemplo, que esa idea es muy frecuente y que no es nada original, animando al paciente a que busque otras más "enloquecidas". Si apareciera una que sobresaliera por su carácter bizarro se debería reconocer que es de las más extrañas que se le han ocurrido hasta el momento al paciente, pero que, aun así, no es lo suficiente; animándole a seguir en la misma línea, pero con algo más de creatividad. Igualmente podría ser beneficioso pedir

para la siguiente sesión que se anoten las que ocurrieran, pero advirtiéndole que no merecería la pena traer para el siguiente día ideas tan poco extrañas como las que se han dicho hasta el momento. Se trataría, pues, de favorecer una "zona de desarrollo próximo" entre el terapeuta y el paciente (Chadwick, 2006). En efecto, es más probable que el paciente se limite a hacer contacto con las ideas bizarras que tuviera, y que no las intente controlar, si ve una actitud distanciada e irreverente hacia tales experiencias por parte del clínico. A la hora de hacer este ejercicio el terapeuta debería actuar con respeto, evitándose en todo caso lo que Bach (2004) ha denominado una "posición protectora".

Ya por último, una metáfora que puede ser especialmente útil con pacientes con delirios es la conocida como la de "los pasajeros del autobús" (Hayes et al., 1999, p. 157-158). Aunque se suele usar con el fin de trabajar el objetivo que vendrá a continuación, relativo a crear una distancia con respecto al lenguaje, creemos que también puede ser una buena forma de que el paciente repare en los costes que tiene el control de los sucesos privados. Así, se pediría al cliente que se imagine que es el conductor de un autobús. En un momento determinado del recorrido se suben unos pasajeros que, por las razones que fueran, tienen mal aspecto. Estos pasajeros, cada vez que el cliente intenta llevar el vehículo hacia una dirección en concreto, se amotinan y, poniéndose pegados al conductor, le dicen que no es capaz de ir en esa dirección, o que si va en esa dirección le van a matar, o que van a hacer daño a su familia, etc. En todo caso se trata de que los pasajeros digan aquél tipo de contenidos (voces,

delirios, etc.) que más asustan al cliente en su vida cotidiana. Planteada esta situación, se pregunta al cliente qué puede hacer. Por regla general, las personas contestan de forma metafórica con aquellas soluciones que han puesto en práctica en la vida real. Así, por ejemplo, un cliente que hubiera intentado eliminar sus voces, diría que echaría a los pasajeros fuera del autobús. En este punto es importante que el clínico intente hacer que el cliente repare en los resultados de la estrategia que ha puesto en práctica y si ha conseguido o no "echar a los pasajeros del autobús" en su vida. Dado que las estrategias que se ha implementado no han dado resultado, habría que llamar la atención del paciente sobre un aspecto más importante que los pasajeros: la dirección que toma el autobús. Mientras el conductor discute con los pasajeros, intenta echarlos, etc., el control de la dirección que está llevando el autobús la tienen los pasajeros molestos. Cada vez que éstos se levantan y gritan el conductor acaba cediendo a su chantaje y lleva el autobús por donde ellos quieren con tal de que estén tranquilos y no molesten. Pero ¿hacia dónde quiere el paciente que se dirija su autobús? ¿Lo lleva en la dirección que quiere? ¿Quién tiene las manos sobre el volante, los pasajeros o el conductor? El terapeuta puede asegurar una cosa: que si el cliente lleva el autobús en la dirección que quiere, lo más probable es que los pasajeros molestarán más, sobre todo al principio. También puede asegurar otra cosa: Que si el cliente se resuelve a dirigir el autobús hacia una dirección, éste irá en esa dirección, aunque los pasajeros griten y amenacen sin parar. Pero, ¿se puede hacer algo para que el

conductor pueda distanciarse en alguna medida de las amenazas de los pasajeros del autobús? A responder esta pregunta va destinado el siguiente apartado.

3. Crear una distancia con respecto al lenguaje.

Una forma de empezar a hacer que el paciente se distancie de sus experiencias pasará por generar dudas sobre aspectos distintos a las alucinaciones o delirios. El siguiente diálogo ilustra una intervención en esta dirección:

- TERAPEUTA: Hace unos días estaba en mi casa y salía hacia la consulta. De repente pensé: "me faltaban las llaves de la consulta. Están en la mesita de noche". Estaba seguro de que las había dejado encima de la mesita de noche, completamente seguro... hubiera apostado cualquier cosa... Voy a la mesita... y nada... Imposible. Pero si las había dejado ahí... tenían que estar ahí, ¿no? Me puse a revolver todos los cajones de la mesita de noche... Estaba como loco buscando por todas partes hasta que las vi en la mesita de la entrada... no en la del dormitorio, sino en la de la entrada... las había puesto allí justamente para que no se me olvidasen al salir... No sé si a ti te habrá pasado una cosa similar alguna vez: Estás seguro de algo, completamente seguro de algo.... y, sin embargo... estás equivocado.

- CLIENTE: Sí, alguna vez me ha pasado algo parecido con las gafas... estaba seguro de que me las había quitado... y las llevaba puestas... y yo buscándolas... Ya ves...

- TERAPEUTA: ¡Exacto! Tal vez si no te hubiera surgido ese pensamiento hubieras seguido con tus cosas tan contento... Pero te surgió... y, a partir de entonces, el pensamiento era tan claro que te impedía ver... que veías bien... A veces los pensamientos nos impiden ver las cosas, aunque también es verdad que sin pensamientos no veríamos las cosas... ¿Estoy siendo claro, no?

- CLIENTE: No.

- TERAPEUTA: Perfecto, entonces... si fuera muy claro podría impedirte ver que lo que te estoy diciendo son sólo palabras...

También en relación con este objetivo de crear una distancia con respecto al lenguaje un ejercicio cuya utilidad se ha resaltado en diversas ocasiones a propósito del tratamiento de pacientes psicóticos (Bach, 2004; García-Montes & Pérez-Álvarez, 2001), es el conocido como "Sacar la mente de paseo" (Hayes et al., 1999, pp. 162-163). Se trata de un ejercicio de dramatización en que la persona y su mente se desdoblán. Para ello se suele empezar preguntado al paciente cuántas personas hay en la sala. Ante esta pregunta el paciente, generalmente, responderá que dos: el terapeuta y el propio cliente. En este momento el terapeuta comenta que, realmente, hay cuatro personas: el paciente, su mente, el terapeuta y la mente del terapeuta. El ejercicio que se propone consiste en que durante unos 10 minutos el paciente haga de sí mismo y el terapeuta haga de mente del paciente. Después el terapeuta hará de sí mismo y el paciente de mente del terapeuta por un tiempo similar. Por último, durante otros 10 minutos, cada uno irá por separado dándose cuenta de que, aunque no haya otra persona que represente la mente, ésta sigue funcionando: evaluando, advirtiendo, criticando, comentando, relacionando, recordando, interpretando, etc. El objetivo del ejercicio es que se aprenda a actuar con independencia de la mente. Por lo tanto, sólo existe una regla: Quien haga de persona nunca puede hablarle a quien haga de mente. Si quien hace de mente detecta que la persona le está hablando,

deberá recordar que se está violando la única regla que existe diciendo “¡nunca hables a tu mente!” Siempre que se pueda sería bueno que el ejercicio se hiciera en contextos naturales: en la calle, en un centro comercial, etc., y que quien haga de mente vaya unos pasos por detrás de quien haga de persona. Cuando el terapeuta represente el papel de “mente” del paciente debería realizar aquel tipo de comentarios que más afectan a éste en su vida diaria (p.ej., si se trata de un paciente con delirios de persecución, se le advertiría cómo alguien en concreto le sigue por la calle o cómo le están espiando desde las ventanas, o cómo las cámaras de vigilancia están grabando su paseo para pasarlo a los servicios secretos; si se trata de un paciente con alucinaciones se puede repetir el contenido de las voces). En el momento en que el paciente haga de mente del terapeuta, éste debería funcionar como modelo actuando con independencia de la mente. A este respecto merece la pena señalar que el ejercicio no deja de tener un cierto aspecto de evaluación del grado en que el paciente está controlado por sus delirios. En efecto, sería muy indicativo de un alto grado de fusión con los pensamientos tanto que el paciente hiciera siempre lo que le dijera su mente –encarnada en el terapeuta– como que hiciera siempre lo contrario. En ambos casos, la conducta está controlada, de forma directa o inversa, por la “mente”. Así sería recomendable repetir el ejercicio varias veces con el fin de que el paciente vaya ganando con cada ensayo una mayor independencia de su mente. De la misma forma no estaría de más volver a trabajar la desesperanza creativa: Si alguien se comporta con independencia de

la mente para liberarse de ella, ya está siendo controlado por ella.

En la misma dirección se ha señalado que podría ser de ayuda que el clínico pusiera ejemplos cotidianos de casos en que una persona puede tener un cierto pensamiento y, sin embargo, no actúa conforme al mismo (Bach, 2004). Así, alguien que está a dieta puede pensar que quiere comerse un trozo de tarta de chocolate y no hacerlo; o una persona que acude a un banco a retirar una cierta cantidad puede pasar el tiempo que tenga que esperar en la cola pensando en el “atracó perfecto” sin necesidad de llevarlo a cabo.

En ACT existen una gran variedad de técnicas destinadas a promover una distancia de la persona con respecto al lenguaje (vid. p.ej., Strosahl, Hayes, Wilson & Gifford, 2004, p. 41). Por lo que tiene de irreverencia con respecto a las alucinaciones o los delirios, se podría proponer al paciente que intentara verbalizar las voces o los pensamientos que más le angustian con la voz del pato Donald, o que los cantara con voz de tenor, o que los dijese muy deprisa o muy despacio. Se excusa decir que tales ejercicios se deben realizar con el tacto suficiente como para que el paciente no se sienta ofendido o piense que no se le está tomando en serio. Es cierto, como señalan Baruch Kanter, Busch, & Juskiewicz (2009), que este tipo de ejercicios pueden resultar artificiales y, por ello, desencajar en el ámbito de una terapia que pretende basarse en la naturalidad de la relación terapéutica. Por ello, si se pretende implementar esta técnica, sería positivo que ya desde un primer momento el terapeuta hubiera tomado una actitud “desenfadada” con

respecto a los síntomas, poniendo sin embargo toda la gravedad que se requiera sobre las circunstancias que rodean la vida del paciente y cómo superarlas.

4. Ayudar a crear un sentido trascendental del "yo"

En ACT se distinguen tres sentidos del yo: el yo como contenido, el yo como proceso y el yo como contexto (Hayes et al., 1999; Wilson & Luciano, 2002). En cierta medida se podría decir que el segundo, el yo como proceso, más que un sentido del yo, sería el yo mismo en ejecución. Por su parte, el "yo como contenido" hace referencia a los distintos estados en que uno se encuentra (p.ej., cuando uno está triste, o angustiado, o feliz, etc.). Por otro lado el "yo como contexto" se refiere a un sentido trascendental del yo que recorre los distintos estados que uno ha podido atravesar en su vida. Así, aun cuando uno ha estado en ocasiones triste y en ocasiones alegre (habiendo cambiado por tanto los distintos contenidos del yo), ha permanecido constante un sentido de identidad personal. Esa identidad personal que trasciende cómo uno se encuentre es el "yo contexto" o, si se prefiere, el "sentido trascendental del yo" que se intenta fomentar desde ACT.

En consecuencia las técnicas con las que cuenta ACT van enfocadas principalmente a fortalecer el sentido de uno mismo como contexto. Así, una metáfora que se suele utilizar es la conocida como "Metáfora del Ajedrez" (Hayes et al., 1999, pp. 190-192): se pide al cliente que se imagine un tablero de ajedrez en el que hay fichas blancas y negras jugando una par-

tida. Las fichas blancas serían los pensamientos "positivos" que el paciente tiene, aquellos sentimientos con los que se siente a gusto, etc. Por el contrario, las fichas negras serían las voces, los pensamientos, emociones, dudas, etc. contra las que el paciente ha estado luchando, aquello que ha intentado expulsar de su vida. Pues bien, planteada así la situación se pregunta al cliente quién sería él en esta hipotética partida. Por lo habitual, las personas suelen contestar que ellos son las fichas blancas. Ante esta respuesta el terapeuta debería pararse y pedirle al cliente que considere alguna otra posibilidad. Si él no fuera las fichas blancas ¿quién sería? Se puede sugerir al cliente que tal vez fuera el tablero que contiene tanto las fichas blancas (los pensamientos, emociones, etc. que gustan) como las negras (los que no gustan). De hecho, está claro que él tiene tanto aspectos "blancos" como "negros". El juego ha sido, hasta ahora, intentar que las blancas ganen la partida; pero este juego ha resultado muy poco fructífero y tal vez haya traído más costes que beneficios. Otro juego posible sería mover el tablero hacia la dirección que se estima adecuada, vayan ganando las blancas o las negras. Tal vez sea más difícil mover el tablero cuando las negras van ganando la partida; pero también tendría más mérito. El siguiente diálogo ilustra una reflexión del terapeuta a propósito de esta metáfora:

- TERAPEUTA: Según me has dicho tu tablero no parece estar muy bien situado. Parece que estás jugando la partida en un sitio frío, con lluvia, con ruido... un sitio molesto y desagradable. A lo lejos puedes ver un sitio en el que te gustaría estar jugando, pero está ahí... a lo lejos.... Por ahora estás más pendiente de la partida que de

dónde estás jugando esa partida. ¿Te interesa cambiar de sitio? ¿Quieres cambiar tu vida?

Igualmente, y con el fin de que la persona experimente que él no es equivalente a sus conductas, se puede realizar el ejercicio del "Observador de Sí Mismo" (Hayes et al., 1999, pp. 193-196). Este ejercicio consiste, básicamente, en poner las condiciones para que el cliente haga contacto con la variedad de pensamientos, emociones, sentimientos, roles, apariencias, etc. que ha tenido a lo largo de su vida. Toda esta variedad no ha menoscabado, sin embargo, un cierto aspecto de su identidad como persona, su "yo contexto". El ejercicio tiene como propósito el que la persona haga contacto con esa experiencia de continuidad personal. Para ello se solicita al cliente que se sienta en una silla cómoda y cierre los ojos. A continuación, se le pide que haga contacto con la situación que se presenta en ese momento; que note el contacto de su cuerpo con la silla y con sus ropas, con el suelo, su respiración, los ruidos de la habitación, etc. Una vez hecho esto se van presentando distintas situaciones. Por ejemplo, se pide que recuerde un momento en que él era un niño de pocos años, y también otro en que tuviera más edad. O un momento en que hubiera estado feliz y otro muy triste, etc. Lo importante es que, a medida que realiza el ejercicio, el cliente note que hay algo que en todas las situaciones, por contradictorias que fueran, ha permanecido constante: Este "algo" es, como se decía anteriormente, "el observador de sí mismo". A pesar de que los comportamientos o roles desempeñados por el cliente han sido muy diversos, el observador ha sido siempre el mismo: él mismo. Se ha

de insistir que no se trata de una "idea", sino de una experiencia. El cliente debería experimentar realmente que, a pesar de haber hecho cosas muy distintas, ha seguido siempre manteniendo un aspecto que es común a todas estas conductas. Es siempre "él" (como contexto) quien se ve haciendo cosas muy distintas.

5. Aclarar y fortalecer los valores del paciente

Stanghellini (2001) ha mostrado como los valores del paciente esquizofrénico se caracterizan por la "antagonía"; esto es, por una negativa a conceptualizar el mundo a través del punto de vista del sentido común. Este punto de vista general es visto por los pacientes esquizofrénicos como una amenaza en relación con su individualidad y, por ello, intentan deliberadamente distanciarse de los demás y de la forma que la gente tiene de ver las cosas (Stanghellini, 2001, p. 214).

Debido, pues, a este afán de "especialidad" e "individualidad" se podría decir que el paciente con síntomas psicóticos es lo contrario del paciente con trastornos de tipo emocional. Si éste no ha encontrado nada por lo que merezca la pena resistir el malestar que supone la ansiedad, o la tristeza o cierto tipo de pensamientos; aquél mantiene un "núcleo duro de valores" que le llevan a rectificar la propia realidad para acomodarla a los ideales que le proporcionen un sentido de su identidad y de coherencia. Por tanto, en el caso del paciente con alucinaciones o delirios la dificultad no sería tanto que careciera de valores como que éstos estuvieran des-conectados de sus realizaciones prácticas en el mundo. Así, por ejemplo,

el paciente que acaba creyendo que las demás personas son robots, podría estar pretendiendo establecer relaciones más auténticas y personales con los demás; el problema residiría en que no es capaz de modificar, en función de su experiencia con la gente, qué son y cómo se logran las relaciones personales íntimas.

Por ende en este campo de los valores, el objetivo fundamental con pacientes con alucinaciones o delirios debería ser buscar formas en que la persona pueda cumplir estos ideales en sus circunstancias; o, dicho de otro modo, convertir en asuntos pragmáticos los valores ideales del paciente. Una metáfora que puede ilustrar la implementación de este aspecto en terapia sería la siguiente:

- TERAPEUTA: Ya que te gusta la arquitectura árabe... ¿me podrías decir algún edificio o monumento que valores especialmente?

- CLIENTE: Me gusta mucho la Alhambra de Granada, es uno de mis favoritos.

- TERAPEUTA: Bien, imagina entonces que eres uno de los arquitectos a los que en el siglo XIII se les encargó construir la Alhambra en Granada. Tú y tus compañeros arquitectos habéis hecho los planos. Es un diseño monumental, inmenso, de una belleza singular, pensado para perdurar por siglos. Perfecto. Pero ¿cómo vas a hacerlo? ¿Qué elementos tenéis para construirlo?

- CLIENTE: No te entiendo.

- TERAPEUTA: Quiero decir que tienes unos planos perfectos, pero no tienes hecha la Alhambra. Para hacerla tendrás que tener algún tipo de material. ¿Qué material vais a utilizar para construir la Alhambra?

- CLIENTE: Piedras, ¿no? La Alhambra está hecha de piedras.

- TERAPEUTA: Exacto, pero las piedras no son bellas, ¿no? ¿Te parecen las piedras tan bellas como la Alhambra?

- CLIENTE: No, claro.

- TERAPEUTA: Imagínate que un compañero arquitecto tuyo dijera de repente que las piedras no son un material suficientemente bello y noble como para construir un edificio tan majestuoso. ¿Qué pasaría?

- CLIENTE: Supongo que discutiríamos.

- TERAPEUTA: ¿Qué le dirías?

- CLIENTE: Que las piedras son el único material que hay para construir la Alhambra y que si no las usamos no podremos hacerla de ningún modo.

- TERAPEUTA: Bien... es cierto. Aunque también es cierto que las piedras en sí mismas no son bellas. Lo bello es la forma que van tomando las piedras haciendo la Alhambra, ¿no? ¿Te recuerda esto de algún modo a tu ideal de conseguir una relación íntima con una persona? ¿Con qué elementos habrá que hacer el edificio que es una relación íntima? ¿Tendrá que partir de cosas, como las piedras en el caso de la Alhambra, que en sí mismas no contienen ese ideal que buscas? Si la belleza de la Alhambra se ha construido con vulgares piedras, ¿qué materiales habrá que utilizar para construir la intimidad? ¿O preferirías que la Alhambra nunca se hubiera hecho por no alcanzar las piedras su singular belleza, como tu amigo arquitecto?

Podría ocurrir, igualmente, que la persona estuviera paralizada en la realización de sus acciones por toda una serie de argumentos y contra-argumentos que los autores de ACT llaman "juicios" (Hayes et al., 1999). Según Hayes y Smith (2005, p. 156) "los juicios suponen aplicar métricas evaluativas a distintos planes de acción". Así, por seguir el ejemplo de Hayes y Smith (2005), si alguien va a un restaurante y elige entre un menú que consiste en pescado o hamburguesas podrá juzgar cuál es la mejor opción para la salud. La medida de la salubridad es el patrón en base al cual el comensal, casi seguro, elegirá el pescado frente a las hamburguesas. Ahora bien, el hecho de

elegir como patrón de la decisión la salubridad supone decantarse por un valor en concreto frente a otros posibles. En efecto, también se podría haber tomado como criterio lo sabroso que fuera el plato, en vez de su salubridad, en cuyo caso tal vez cambiaría la comida que se ha pedido a la cocina. Elegir salubridad o sabor es una elección. Las elecciones se hacen en presencia de razones; pero ellas mismas no se toman por razones. Con el fin de mostrar la importancia de la responsabilidad personal frente a los diversos judgments que hubiera, el terapeuta, puede utilizar el siguiente ejercicio (vid. Hayes et al., 1999, p. 214): Tomando dos objetos cualesquiera de la mesa, por ejemplo, un bolígrafo y un libro le pregunta al paciente:

- TERAPEUTA: Elige, el bolígrafo o el libro.
- CLIENTE: ¿Quieres que elija entre uno y otro... Mmmm? El libro.
- TERAPEUTA: ¿Por qué?
- CLIENTE: Porque cuesta más el libro que el bolígrafo.
- TERAPEUTA: Efectivamente. Es verdad que es más caro el libro que el bolígrafo, pero aun así podrías haber elegido el bolígrafo, ¿no? Podrías haber elegido el objeto más barato, en lugar del más caro, ¿no?
- CLIENTE: Supongo que sí.
- TERAPEUTA: Bien, pues de nuevo: ¿El bolígrafo o el libro?
- CLIENTE: El bolígrafo ahora.
- TERAPEUTA: ¿Por qué?
- CLIENTE: Porque la última respuesta que te di, que era el libro, no te sirvió.
- TERAPEUTA: Es verdad que he seguido preguntándote después de que me dijeras que elegías el libro, pero aun así ¿podrías haber elegido de nuevo el libro, no?
- CLIENTE: Sí.
- TERAPEUTA: Bien, pues de nuevo: ¿El bolígrafo o el libro?

El ejercicio sigue, validándose siempre las razones que da el cliente y volviendo a pedir que se elija, hasta que la persona dé una contestación como "porque me da la gana", "porque sí", "porque quiero", o algo similar. Cuando se llega a este punto el clínico debería hacer que el cliente reparase en que detrás de las distintas elecciones que toma está siempre él, en su radical soledad, eligiendo qué hacer o qué no hacer.

ACT cuenta con una hoja de evaluación de valores (Hayes et al., 1999, pp. 224-228) con el fin de que el paciente determine cuáles son los valores rectores de su vida en una serie de áreas (relaciones íntimas, espiritualidad, relaciones familiares, etc.) establezca metas concretas vinculadas a ellos y, a su vez, acciones que permitirían alcanzar cada una de dichas metas. Igualmente se identificarían las posibles barreras en la consecución de las metas. Aunque esta concreción puede tener ciertas ventajas, también es cierto que podría producir una cierta rigidez en la conducta de la persona e impedir una adaptación a las circunstancias más dinámica y sensible a lo que ocurre en el momento. Una forma alternativa de que el paciente haga contacto con sus valores podría ser el propio diálogo terapéutico en relación con situaciones cotidianas en que aparecen reacciones emocionales como el deseo o la repulsión. Partiendo de ello, el siguiente diálogo clínico ilustra cómo el paciente puede hacerse más consciente de sus valores:

- TERAPEUTA: ...bien, entonces te molestó que aquella señora se te colara en la cola del supermercado, ¿no?
- CLIENTE: Sí, me sentí realmente enfadado.

Empecé a pensar que era un agente de los servicios secretos que intentaba sacarme de quicio allí mismo para que todo el mundo pensara que estoy loco... Y eso me puso más nervioso todavía... creía que iba a perder el control...

- TERAPEUTA: ¿Puedes decirme alguna situación similar en la que te sintieras enfadado o molesto aunque no hubiera ocurrido durante esta semana?

- CLIENTE: Sí, me pasó algo parecido cuando iba a hacer el examen para sacar el carnet de conducir. Fueron nombrando a todas las personas y a mí no me llamaron. Me sentí preocupado, pero también me enfadó. Creía que ellos estaban otra vez ahí, intentando fastidiarme, hacerme la vida imposible impidiendo que me sacara el carnet...

- TERAPEUTA: Y, por ejemplo, cuando eras niño... ¿te molestaba también mucho que se saltasen el turno?

- CLIENTE: ¡Sí! ¡Claro que me molestaba! Me acuerdo de una pelea que tuve con Jose Eugenio en la fila del comedor porque se intentaba colar... Acabamos los dos en el despacho del Director...

- TERAPEUTA: Parece que el respetar un orden es algo muy importante para ti. También parece que a veces te metes en líos por intentar hacer que se respeten los turnos ¿Procuras tú respetar siempre el orden? ¿Qué podrías hacer si alguien no respeta su turno y se intenta colar?

6. Desarrollar la voluntad

Según han señalado Bach & Moran (2008) definir lo que sea la voluntad es algo extremadamente difícil. Por lo pronto, siguiendo a Hayes et al. (1999) se podría decir que la voluntad no son las ganas que uno tenga. En efecto, una persona podría no tener ganas de sufrir y, sin embargo, tener voluntad de hacerlo si con ello consigue algo que valora especialmente. En este sentido, la voluntad presupone una ordenación jerárquica de fines y viene a situar a la persona ante el carácter conflictivo, y por

tanto inevitablemente trágico, que tiene la existencia.

En relación con este objetivo terapéutico Bach (2004) ha destacado las posibilidades terapéuticas que tendrían el uso de la "metáfora del pantano" (Hayes et al., 1999, p. 248) y del ejercicio de "buscar al Sr. Malestar" (Hayes et al., 1999, p. 247) con personas con trastorno mental grave. La metáfora del pantano plantea la situación de que el paciente se hubiera propuesto un viaje hacia algún lugar que se ve de forma clara, por ejemplo, un pico que se divisa desde el valle en el que ahora está el paciente. Iniciado el viaje, llega un momento en que aparece un pantano enorme que huele mal y por el que será más difícil transcurrir el viaje sin calamidades añadidas como la humedad, la dificultad para moverse dentro del agua, etc. En cualquier caso, no queda más remedio, si se quiere llegar al pico, que atravesar el pantano. Obviamente, también cabe la posibilidad de abandonar el viaje que se había emprendido y entonces uno no tendría que atravesar el pantano. Se podría sugerir que la vida es algo similar a esto. Igual que no nos metemos en el pantano por gusto, sino para llegar al pico; tampoco pasamos miedo o sufrimos ansiedad o padecemos tristeza por gusto, sino que lo hacemos porque todo ello se encuentra de forma inevitable en el camino que nos conduce a donde deseamos dirigirnos. Por lo que respecta al ejercicio de "buscar al Sr. Malestar", se trata de un ejercicio de exposición que se recomienda hacer en aquellos contextos en que aparecen los problemas (un paseo por la calle, entrar en un centro comercial, etc.) Se trata de que el paciente vaya buscando aquellos aspec-

tos de su experiencia que ha venido evitando y que pueda contactar con ellos tal y como son, dándoles la bienvenida incluso. Cuando el paciente empiece a sentir las experiencias que solía evitar, el terapeuta debería aconsejarle que dirija su atención hacia el ambiente en que se encuentra. Se pretende que el cliente pueda estar en el mundo con las experiencias que anteriormente le bloqueaban y le llevaban a volcarse en su mundo privado más que en las circunstancias en que se hallaba o las intenciones y propósitos que le habían conducido hasta ese lugar.

Como se comprende fácilmente, el desarrollo de la voluntad sitúa a la terapia en la vida e incorpora, como un aspecto más, las recaídas. De hecho se podría decir que las recaídas constituyen el principal componente de este objetivo en tanto que éstas ofrecen la ocasión para que la voluntad pueda desarrollarse en su propio ámbito: el mundo del paciente.

Valorando los resultados críticamente

Según se va a sostener los resultados obtenidos por ACT en su aplicación a los problemas propios de población psicótica han sido sólo moderadamente exitosos. Aunque existe un número creciente de estudios de caso que muestran las posibilidades del tratamiento en este campo (Baruch, Kanter, Busch, & Juskiwicz, 2009; Bloy, Oliver, & Morris, 2011; García-Montes & Pérez-Álvarez, 2001; Veiga-Martínez, Pérez-Álvarez, & García Montes, 2004; García-Montes, Luciano, Hernández, & Zaldívar, 2004), también se han puesto de relieve diferentes limitaciones, como serían la cultura clínica dominante en los contextos psiquiátricos, contra-

dictoria con el entendimiento de la psicopatología que subyace a ACT (García-Montes & Pérez-Álvarez, 2001; García-Montes et al., 2004); los problemas que muestran los pacientes con síntomas psicóticos cuando se realizan ejercicios con los ojos cerrados (Bloy et al., 2011; Veiga-Martínez et al., 2004); el alto conocimiento de los principios y técnicas de la terapia que debería poseer quien realice una intervención con ACT en psicosis (Bloy et al, 2011); o la contradicción existente entre promover la aceptación de los síntomas por un lado y, por otro, la prescripción de medicación anti-psicótica como medida que pretende eliminar esos mismos síntomas (Baruch et al., 2009).

Por su parte, dos estudios controlados que se han realizado reflejan, igualmente, tanto las potencialidades como las limitaciones de ACT en su aplicación a este tipo de población. Así, el estudio controlado más exitoso reveló la capacidad de una intervención de tan sólo 4 sesiones con ACT para reducir de forma significativa el número de re-hospitalizaciones que sufría, a los 4 meses de la finalización del tratamiento, un grupo de pacientes psicóticos con síntomas positivos en comparación con un grupo similar de pacientes que recibía solamente el tratamiento habitual que se administraba en los servicios de salud mental (Bach & Hayes, 2002). Este ensayo clínico aleatorizado fue replicado por Gaudiano & Herbert (2006) con unos resultados que no lograron alcanzar la significación estadística por lo que se refiere al número de re-hospitalizaciones de los participantes. Sin embargo como puntos positivos de esta aplicación clínica de ACT se podría destacar el dato de que, al darse el alta hospitala-

ria los resultados venían a indicar una ventaja de los pacientes que habían sido tratados con ACT en síntomas afectivos, mejoría general, déficits sociales o estrés asociado con la presencia de alucinaciones. A este respecto análisis posteriores han venido a mostrar cómo la credibilidad otorgada por los pacientes a las voces, y no la frecuencia de las mismas, mediaba el efecto de los tratamientos sobre el nivel de estrés asociado a las alucinaciones (Gaudio, Herbert, & Hayes, 2010).

Un último ensayo clínico aleatorizado (Shawyer et al., 2012) ha venido a comparar un tratamiento para las alucinaciones que consisten en ordenes de pacientes psicóticos en que se combinan técnicas tradicionales de la terapia cognitivo-conductual con procedimientos basados en la aceptación frente a una intervención conocida como "befriending", que se focaliza en mantener conversaciones con los pacientes de carácter no clínico (hobbies, deportes, noticias de actualidad, etc.), contando igualmente el diseño con un grupo de control de lista de espera. Los resultados del estudio no arrojaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales en ninguna de las medidas consideradas, siendo ambas intervenciones superiores a los resultados obtenidos por el grupo de lista de espera. Un resultado inesperado de este ensayo clínico tiene que ver con la mejoría en aceptación de las alucinaciones referida por los participantes del grupo "befriending". Los autores han interpretado este dato como una evidencia que respalda los efectos positivos que tiene el centrarse en asuntos e intereses mundanos para reducir el impacto de las aluci-

naciones sobre la conducta del paciente. El estudio concluye planteándose que, tal vez, los factores no específicos de la terapia cognitivo-conductual tengan más importancia de lo que se piensa y que la inclusión de técnicas basadas en la aceptación no supondría un efecto más importante en la evolución clínica de los pacientes que el que acarrea contar con un mayor apoyo social, a juzgar por los buenos resultados obtenidos por parte de los pacientes que integraron el grupo "befriending".

Ha habido más ensayos clínicos aleatorizados (p.ej. Thomas, Shawyer, Castle, Copolov, Hayes, & Farhall, 2014) pero estos últimos resultados expuestos vienen a suponer, a nuestro juicio, una clara llamada de atención sobre la aplicación de la terapia en el ámbito de los síntomas psicóticos. Creemos que invitan a considerar el planteamiento en su conjunto y a una reflexión sobre el trabajo que debe emprenderse. El siguiente apartado se dirige precisamente a exponer algunas propuestas de futuro para la aplicación de ACT a la esquizofrenia.

Propuestas de futuro

La primera propuesta de futuro tiene que ver con una oportunidad perdida por la terapia en sus primeras aplicaciones al campo de los síntomas psicóticos. En lugar de haberse conformado con el planteamiento cognitivo-conductual ya existente de la esquizofrenia, podría haberlo replanteado, intentando comprender el trastorno como un desorden del "yo". Aunque pueda parecer a primera vista que esta labor sobrepasaba a la terapia, no conviene olvidar que otras terapias contex-

tuales, como la Psicoterapia Analítica Funcional, o la Terapia Comportamental Dialéctica han realizado este tipo de reformulaciones de ciertos trastornos con éxito. En esta línea de reformulación de la esquizofrenia ya se anunció, en un trabajo previo, que había llegado la hora de la fenomenología en la esquizofrenia (Pérez-Álvarez et al., 2010) y en otro posterior se mostró cómo la investigación realizada desde la perspectiva cognitivo-conductual sobre la esquizofrenia podría ser interpretada desde un punto de vista fenomenológico, apoyando la concepción del trastorno como un desorden del "yo" (García-Montes, Pérez-Álvarez, & Perona-Garcelán, 2012). No sería oportuno repetir aquí las consideraciones y argumentos que se dieron en aquellos trabajos, pero sí conviene subrayar que, desde el punto de vista fenomenológico que seguimos, la esquizofrenia sería un trastorno del yo caracterizado por una atención excesiva prestada por la persona a aspectos que normalmente pasan inadvertidos a la gente, por un sentido de sí mismo disminuido (falta del sentido de que uno mismo es agente) y por una pérdida de contacto vital con la realidad. Siendo así, el foco de la terapia con pacientes esquizofrénicos debería ir dirigido, antes que a cualquier otro objetivo, a conseguir que la persona abandone la lucha contra aspectos de su experiencia que son comunes a la gente, pero que para el paciente esquizofrénico pueden suponer verdaderos problemas (sensaciones corporales, cuestiones existenciales, pensamientos bizarros, etc.) y, al tiempo, se implique en actividades mundanas que realmente son importantes y significativas para el paciente. El descubrimiento de

los auténticos valores del paciente y el trabajo práctico con ellos deviene, pues, un elemento fundamental del tratamiento de pacientes esquizofrénicos mediante ACT. Para ello tal vez los métodos clínicos usados con otro tipo de población resulten insuficientes.

Otra propuesta de futuro tiene que ver con la adaptación a la cultura española de la propia terapia, que no deja de tener, al menos en algunas de sus exposiciones y de sus aplicaciones, un cierto carácter extraño y artificioso. En este sentido, creemos que la perspectiva ratio-vitalista del filósofo madrileño José Ortega y Gasset puede servir de base para esta reconstrucción de ACT, corrigiendo sus planteamientos cuando fuera preciso. En efecto, la fenomenología de Ortega y Gasset se ha relacionado con el conductismo radical skinneriano, mostrando las implicaciones que tendrían la conjunción armonizada de ambas tradiciones para el entendimiento de los desórdenes psicológicos (Pérez-Álvarez & Sass, 2008; véase también comentario de Fletcher & Hayes, 2008). Se trataría ahora de intentar resituar los planteamientos clínicos de los autores de ACT desde la fenomenología de Ortega y Gasset. Por extraña que pueda parecer esta propuesta a primera vista, leyendo las obras de Ortega, se encuentran temas tan afines a ACT como los valores (Ortega y Gasset, 2004a), las metáforas (Ortega y Gasset, 2000, 2004b), las paradojas (Ortega y Gasset, 1995), las relaciones entre el pensamiento y la acción (Ortega y Gasset, 1980), o el sentido jovial de la vida como distanciamiento con respecto a uno mismo (Ortega y Gasset, 1987). Los autores de ACT afirmarían que la investigación sobre procesos básicos debería ser

el punto de partida de la terapia (Villardaga & Hayes, 2008); pero tal vez aquí se equivoquen y el punto de partida debería ser el mundo de la vida, como Ortega y Gasset defendía. Ello no quiere decir que el mundo de la vida sea la máxima verdad, pero sí, desde luego, el mejor punto de inicio para llegar a ella. Reformular ACT desde la razón vital es un tema que queda pendiente para próximos trabajos.

Referencias

- Bach, P. (2004). ACT with the seriously mentally ill. En S. C. Hayes, & K. D. Strosahl (Eds), *A practical guide to acceptance and commitment Therapy* (pp. 185-208). Springer: New York.
- Bach, P. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis: Applying acceptance and mindfulness in the context of an inpatient hospitalization. En B. A. Gaudiano (Ed.), *Incorporating acceptance and mindfulness into the treatment of psychosis. Current trends and future directions* (pp. 57-80). New York: Oxford.
- Bach, P., & 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.
- Bach, P., & Moran, D. (2008). *ACT in practice: Case conceptualization in Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. M., & Juskiewicz, K. (2009). Enhancing the therapy relationship in Acceptance and Commitment Therapy for psychotic symptoms. *Clinical Case Studies, 8*, 241-257.
- Bloy, S., Oliver, J. E., & Morris, E. (2011). Using Acceptance and Commitment Therapy with people with psychosis: A case study. *Clinical Case Studies, 10*, 347-359.
- Chadwick, P. D. J. (2006). *Person-based cognitive therapy for distressing psychosis*. Chichester: Wiley.
- Dougher, M. J., & Hayes, S. C. (1999). Clinical behavior analysis. In M. J. Dougher (Ed.), *Clinical Behavior Analysis* (pp. 11-25). Reno: Context Press.
- Fletcher, L. B., & Hayes, S. C. (2008). Phenomenology and modern Behavioral Psychology. *Philosophy, Psychiatry & Psychology, 15*, 255-258.
- Fowler, D., & Morley, S. (1989). The cognitive-behavioural treatment of hallucinations and delusions: A preliminary study. *Behavioral Psychotherapy, 17*, 267-282.
- García-Montes, J. M., Luciano, M. C., Hernández-López, M., & Zaldivar, 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., & 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., & Pérez-Álvarez, M. (2005). Fundamentación experimental y primeras aplicaciones clínicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el campo de los síntomas psicóticos. *Revista Latinoamericana de Psicología, 37*, 379-393.
- García Montes, J. M., Pérez Álvarez, M., & Cargas, A. (2006). Aproximación al abordaje clínico de los síntomas psicóticos desde la aceptación. *Apuntes de Psicología, 24*, 293-307.
- García-Montes, J. M., Pérez-Álvarez, M., & Perona-Garcelán, S. (2012). Affinities in the phenomenological perspective of schizophrenia and recent cognitive research: Towards mutual enrichment. *Theory and Psychology, 22*, 756-770.
- García-Montes, J. M., Pérez-Álvarez, M., & Perona-Garcelán, S. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for delusions. En E.M.J. Morris, L.C. Johns, & J.E. Oliver (Eds.) *Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis* (pp. 112-128). Chichester, UK: Wiley; 2013.
- Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commit-

- ment Therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 415-437.
- Gaudiano, B. A., Herbert, J. D., & Hayes, S. C. (2010). Is it the symptom or the relation to it? Investigating potential mediators of change in Acceptance and Commitment Therapy for psychosis. *Behavior Therapy*, 41, 543-554.
- Haddock, G., Tarrrier, N., Spaulding, W., Yusupoff, L., Kinney, C., & McCarthy, E. (1998). Individual cognitive-behavior therapy in the treatment of hallucinations and delusions: a review. *Clinical Psychology Review*, 18, 821-38.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., & Gifford, E. V. (1997). The trouble with language: experiential avoidance, rules, and the nature of verbal events. *American Psychological Society*, 8, 170-173.
- Hayes, S. C., Kohlenberg, B. S., & Melancon, S. M. (1989). Avoiding and altering rule-control as a strategy of clinical intervention. In S. C. Hayes (Ed.), *Rule governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control* (pp. 359-385). New York: Plenum.
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1301-1320.
- Kohlenberg, R. J., Hayes, S. C., & Tsai, M. (1993). Radical behavioral psychotherapy: two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13, 579-592.
- Ortega y Gasset, J. (1980). *El hombre y la gente*. Madrid: Revista de Occidente en Alianza Editorial (Orig. 1954).
- Ortega y Gasset, J. (1987). *El tema de nuestro tiempo*. Madrid: Revista de Occidente en Alianza Editorial (Orig. 1923).
- Ortega y Gasset, J. (1995). *Ideas y creencias*. Madrid: Revista de Occidente en Alianza Editorial (Orig. 1940).
- Ortega y Gasset, J. (2000). *La deshumanización del arte*. Madrid: Revista de Occidente en Alianza Editorial (Orig. 1925).
- Ortega y Gasset, J. (2004a). *Introducción a una estimativa: ¿qué son los valores?* Madrid: Encuentro (Orig. 1927).
- Ortega y Gasset, J. (2004b). *Las dos grandes metáforas* (en el segundo centenario de la muerte de Kant). En J. Ortega y Gasset, *Obras Completas* (Vol II, p. 505-517). Madrid: Santillana (Orig. 1924).
- Pankey, J., & Hayes, S. C. (2003). Acceptance and Commitment Therapy for psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 311-328.
- Pérez-Álvarez, M., & García-Montes, J.M. (2012). From neurochemistry to interpersonal chemistry: Towards a psychotherapy of schizophrenia. En A. J. Lancaster & O. Sharpe (Eds.), *Psychotherapy: New Research* (pp. 1-21). New York: Nova Science Publishers
- Pérez-Álvarez, M., García-Montes, J. M., Vallina-Fernández, O., Perona-Garcelán, S. and Cuevas-Yust, C. (2011), New life for schizophrenia psychotherapy in the light of phenomenology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 187-201.
- Pérez-Álvarez, M., García-Montes, J. M., & Sass, L. (2010). La hora de la fenomenología en la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21, 221-233.
- Pérez-Álvarez, M., & Sass, L. A. (2008). Phenomenology, Behaviorism, and the nature of mental disorders: Voices from Spain. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 15, 195-198.
- Sass, L., & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 427-444.
- Shawyer, F., Farhall, J., Mackinnon, A., Trauer, T.,

- Sims, E., Ratcliff, K.,... Copolov, D. (2012). A randomised controlled trial of Acceptance-Based Cognitive Behavioural Therapy for command hallucinations in psychotic disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 110–121.
- Stanghellini, G. (2001). Psychopathology of Common Sense. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 8, 201-218.
- Strosahl, K. D., Hayes, S. C., Wilson, K. G., & Gifford, E. V. (2004). An ACT primer: Core therapy processes, intervention strategies, and therapist competencies. In S. C. Hayes and K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 31-58). New York: Springer-Verlag.
- Thomas, N., Morris, E. M. J., Shawyer, F., & Farhall, J. (2013). Acceptance and commitment therapy for voices. En E.M.J. Morris, L.C. Johns, & J.E. Oliver (Eds.), *Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis* (pp. 95-111). Chichester, UK: Wiley.
- Thomas, N., Shawyer, F., Castle, D., Copolov, D., Hayes, S., & Farhall, J. (2014). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for psychosis: study protocol. *BMC Psychiatry*, 14,198.
- Veiga-Martínez, C., Pérez-Álvarez, M., & García-Montes, J. M. (2008). Acceptance and Commitment Therapy Applied to Treatment of Auditory Hallucinations. *Clinical Case Studies*, 7, 118-135.
- Vilardaga, R., & Hayes, S.C. (2008). Experiential avoidance and superstition: considering concepts in context. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 15, 269-271.
- Wilson, K. G., & Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso: un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: the context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30-38.

