

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO:

UN NUEVO CAMINO HACIA LA CONVIVENCIA
CON LA ESQUIZOFRENIA



1. ÍNDICE

1. Justificación.....	Pág. 2-3.
2. Marco teórico.....	Pág. 3- 38.
2.1 Nivel global.....	Pág. 3-7.
2.2 Nivel específico.....	Pág. 8-38.
3. Conclusiones.....	Pág 39-40.

2. JUSTIFICACIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave y crónico, que supone unos costes elevados tanto a nivel psicológico como a nivel social. Es la enfermedad más invalidante en la sociedad actual, con mayores consecuencias familiares y sociales.

Según datos de O.M.S., la esquizofrenia afecta a 52 millones de personas en todo el mundo. Se estima que afecta al 1% de la población mundial y que cada año se diagnostican entre 15 y 30 nuevos casos por cada 100.000 habitantes. Se calcula que la cifra de enfermos mentales se duplicará en los próximos 20 años, y que la población con más riesgo de padecer este tipo de enfermedad serán los jóvenes, debido al aumento del consumo de drogas sintéticas y estupefacientes.

En España se estima que alrededor de 400.000 personas sufren las consecuencias de esta enfermedad y además sufren las trágicas consecuencias de la falta de recursos en la red de atención sanitaria, la falta de atención integrada y global tanto en aspectos sanitarios como en educativos, laborales, de ocio, familiares, etc., además de encontrarse con el estigma social y la marginación.

Las personas que sufren este tipo de enfermedad crónica, suelen estar desempleadas, ya que la tasa de desempleo global entre esta población gira en torno al 70%. A todo ello debemos añadir que la esquizofrenia, al ser una enfermedad crónica y discapacitante, pueda propiciar la sobreprotección familiar y el propio estigma dentro de la familia, ya que el 84% de los españoles que padecen esquizofrenia viven con sus familiares, afectando no sólo a la capacidad de desarrollar recursos de afrontamiento para la persona, sino afectando también a la calidad de vida de sus familiares, ya que por cada enfermo con esquizofrenia hay varias personas afectadas por las consecuencias de la enfermedad. Por lo que se puede decir que la esquizofrenia afecta a la calidad de vida de alrededor de un 5% de la población.

Estudios recientes nos muestran que si la persona es atendida de manera adecuada y especializada puede rehabilitarse e integrarse plenamente en la sociedad. Al menos un tercio de las personas afectadas conseguiría la superación de la enfermedad, alcanzando niveles de salud y bienestar adecuados. Pero, por el contrario, ante la falta de atención, la persona que sufre la enfermedad mental tiene un 50% de posibilidades de sufrir un nuevo brote en un año, y un 80% a los tres años, lo que obviamente genera elevados costes sociales y sanitarios, que se suman al deterioro personal, familiar y social.

Ante todas estas dificultades que experimentan tanto las personas que sufren la enfermedad como aquéllas que cuidan de ellas, y ante lo apasionante de este trastorno mental, me pregunté qué se estaba haciendo desde la psicología para mejorar la calidad de vida de estas personas. Me interesa mucho saber qué nivel de funcionalidad se ha conseguido con la terapia cognitivo-comportamental (TCC) en el área de la esquizofrenia, sobre todo en los delirios y alucinaciones, que son los síntomas más llamativos y discapacitantes a la hora de funcionar en el día a día, y qué se está consiguiendo con las terapias de tercera generación, en concreto con las Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

El objetivo de esta tesina es comprobar cuál de ellas está siendo más efectiva en aumentar la calidad de vida y funcionalidad de los sujetos. Mi interés también se centra en demostrar que existen otras terapias que no son la terapia cognitivo-conductual propiamente dicha, que integrando recursos de diferentes disciplinas, incluida la terapia cognitivo-conductual, están consiguiendo resultados prometedores e incluso de manera más rápida que, al fin y al cabo, es lo que interesa en una enfermedad con tantos costes económicos, sociales y personales como es la esquizofrenia.

Con este trabajo también pretendo que aquellos terapeutas cognitivo-conductuales que aun se resistan a abrirse a estas nuevas terapias, que tanto aportan a los profesionales y a los pacientes, puedan comprobar que éstas son efectivas, innovadoras y creativas, y que consiguen sus objetivos de una manera más rápida. Mi intención no es que se deje de usar la terapia cognitivo-conductual, la cual considero apropiada y muy efectiva, sino que se puedan incorporar a esta terapia aspectos de otras, para así poder enriquecer nuestro trabajo y nuestra forma de hacer terapia. Pretendo que se llegue a entender que no importa si se usa una técnica u otra, lo importante es saber aunar conocimientos y técnicas con rigor científico, que nos puedan ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente, que es para lo que realmente trabajamos.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. NIVEL GLOBAL DEL ÁREA ESCOGIDA

La esquizofrenia es un trastorno mental caracterizado por la distorsión de la realidad, la alteración de la percepción y/o la expresión de la realidad. La edad de aparición está comprendida entre los 15 y los 45 años y, aunque suelen comenzar al final de la adolescencia, también hay casos de aparición en la infancia, que suelen enmascarse con problemas escolares o de mal comportamiento. El diagnóstico se basa en las experiencias reportadas por el mismo paciente y el comportamiento observado por el evaluador. No existen actualmente pruebas de laboratorio para el diagnóstico de la esquizofrenia y ninguno de los síntomas caracteriza y/o define la enfermedad, lo que dificulta el diagnóstico. Algunos estudios sugieren que la genética, defectos durante el neurodesarrollo, el entorno durante la infancia o procesos psicológicos y sociales son factores importantes que pueden contribuir a la aparición de la esquizofrenia. Ciertos medicamentos y el uso recreativo de drogas parecen causar o empeorar los síntomas.

Se puede hablar de esquizofrenia cuando los síntomas persisten al menos 6 meses o más. Este período de seis meses debe incluir al menos un mes de síntomas característicos, o menos si se ha tratado con éxito, y puede incluir los períodos prodrómicos o residuales. Se pueden distinguir tres fases:

- Fase prodrómica: es la fase en la vida de la persona que se produce antes del desencadenamiento de la enfermedad. Se puede constatar que en algunas personas que sufren la enfermedad ya habían sido diferentes en la niñez y en la juventud, solitarios, callados, rendimiento bajo. Pero no necesariamente tiene que ser así. Hay casos en los que no se detecta ninguna anomalía en la persona que sufre de esquizofrenia.

Se denomina fase prodrómica a la fase que se produce antes de una crisis, por lo tanto hay una serie de síntomas que nos pueden ayudar en algunos casos a detectarlas: tensión y nerviosismo, pérdida del apetito o desorganización en las comidas, dificultad para concentrarse, dificultad en dormir, disfruta menos de las cosas, no recuerda con precisión, depresión y tristeza, preocupado con una o dos cosas, ve menos a sus amistades, piensa que se ríen o hablan mal de él, pérdida de interés en las cosas, se siente mal sin motivo claro, se siente muy agitado o emocionado, se siente inútil, etc.

- Fase activa: es la fase donde se desencadena la enfermedad, son los llamados brotes o crisis. Los síntomas que se producen son los positivos: alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, trastornos del lenguaje y a comunicación, y el comportamiento desorganizado. Es en la fase en la cual la familia se alarma y suele pedir ayuda médica. Estas crisis pueden brotar repentinamente y desarrollar el cuadro completo en unos días. En otros casos el comienzo de la enfermedad puede producirse muy lentamente y de forma desapercibida. La duración de los brotes varía según la persona y puede extenderse desde unas semanas hasta un año. Lo mismo ocurre con los intervalos entre brotes, según las características de la persona puede oscilar entre meses y varios años.
- Fase residual: Por último viene el período de estabilización, residual y/o agotamiento, aproximadamente sobre los 40 años de edad, en el que predomina la sintomatología negativa y los déficits cognitivos (aunque estos ya están presentes desde el inicio del trastorno).

Como hemos visto anteriormente, la esquizofrenia se caracteriza por dos amplias categorías de síntomas: los positivos y los negativos. Los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales. Los síntomas positivos incluyen distorsiones del pensamiento (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado) y la organización del comportamiento (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico).

Además, podemos diferenciar dos tipos de dimensiones dentro de los síntomas positivos: la dimensión psicótica, que incluye ideas delirantes y alucinaciones, y la dimensión de la desorganización, donde incluimos los comportamientos y el lenguaje desorganizados. Los síntomas negativos implican una disminución en la expresión de las emociones (aplanamiento afectivo), la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia). También implican una disminución en la motivación para dirigirse a un objetivo, realizar movimientos espontáneos, un aumento del tiempo de respuesta, etc. (abulia).

Los **delirios** son creencias erróneas que tiene la persona, que implican una mala interpretación de las percepciones o de las experiencias. Las ideas delirantes pueden ser de diversos tipos, pero las más comunes son las de persecución, en las que la persona piensa que está siendo seguida, espiada, molestada, engañada o ridiculizada por las demás personas; y las de autorreferencia, donde la persona cree ver mensajes dirigidos a ella en gestos, comentarios, libros, periódicos, canciones, programas de televisión, etc.

Las **alucinaciones** pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (auditiva, visual, táctil, olfativa y gustativa), pero las alucinaciones auditivas son las más habituales. Las alucinaciones auditivas son experimentadas generalmente como voces, que se perciben como distintas de los pensamientos de la propia persona.

El **lenguaje desorganizado** puede presentarse de varias maneras. La persona puede perder el hilo de la conversación saltando de un tema a otro, las respuestas pueden no tener nada que ver con la pregunta respondiendo de manera tangencial, y en ocasiones se puede producir la ensalada de palabras, donde el lenguaje es totalmente incoherente siendo imposible entender lo que la persona dice.

El **comportamiento gravemente desorganizado** tiene varias formas de presentación, que va desde las tonterías más infantiles hasta una agitación impredecible. Además observamos alterado en la persona cualquier forma de comportamiento dirigido a un fin, por ejemplo ir mal peinado y vestido (ponerse dos abrigos, la ropa interior por fuera, bufandas en verano, etc.), o realizar conductas poco apropiadas en determinados contextos, (como masturbarse en público).

Los síntomas negativos pueden ser difíciles de evaluar porque ocurren en un continuo con la normalidad, son bastante inespecíficos y pueden ser debidos a otros factores (efectos secundarios de la medicación, depresión, consecuencia de los síntomas positivos). Los síntomas positivos son los más llamativos y dramáticos, ya que reducen la funcionalidad de la persona en su día a día, así como la manera y la capacidad de la persona de relacionarse consigo misma, con los demás y con su entorno. Por ello en el presente trabajo nos centraremos en las alucinaciones y los delirios y cómo se trabajan éstos en la TCC y en la ACT.

Según un estudio de Scott Temple (Temple, 2004), desde la perspectiva de los pacientes, las alucinaciones están entre las principales causas de estrés y discapacidad asociadas a la esquizofrenia. Entre las alucinaciones, las más comunes son las voces, que ocurren en torno al 70% de personas con esquizofrenia. Estas voces pueden ir desde palabras hasta órdenes complejas. En ocasiones, hay pacientes que describen como si oyeran susurros que no están claramente articulados. La persona experimenta estas voces como si realmente estuviesen ahí, pero ocurren en ausencia de estímulos externos.

Las voces relacionadas con ideas delirantes de persecución incrementan el riesgo de violencia y suicidio entre las personas con una enfermedad mental severa, llegando a casi el 15% de pacientes que intentan suicidarse en algún punto de su enfermedad. En las personas con enfermedad mental grave estas voces contribuyen a un aislamiento que perdura a lo largo del tiempo, soledad, autoestigmatización y baja autoestima. Además, las alucinaciones persecutorias y las ideas delirantes que las acompañan, llevan a comportamientos de seguridad desadaptativos, a través de los cuales los pacientes llegan a vivir unas vidas altamente restringidas y limitadas.

En las alucinaciones auditivas las personas suelen atribuir pensamientos o experiencias internas a fuentes externas. Uno de los grandes misterios de la esquizofrenia es el proceso por el cual pensamientos e imágenes autogenerados son transformados en experiencias perceptivas que se interpretan como externas. Estas alucinaciones pueden deberse en parte a la variedad de sesgos cognitivos o de razonamientos presentes en la esquizofrenia.

Por ejemplo, la tendencia a saltar rápidamente a conclusiones basadas sólo en una limitada evidencia, personalizar detalles irrelevantes presentes en el contexto, realizar inferencias arbitrarias, acogerse rápida y firmemente a una idea delirante sin considerar otras explicaciones alternativas. En estos sujetos no funcionan bien las pruebas de realidad. El malestar asociado a las voces está relacionado con la creencia de que las voces son malévolas y que ejercen control y poder sobre la persona que las experimenta. Es probable que el contenido de las voces del paciente pueda, al menos en algunos casos, reflejar los pensamientos automáticos, asunciones internas y esquemas de la persona. Las creencias nucleares y estas asunciones internas ayudan a mantener las alucinaciones y sus delirios asociados.

Otro factor que ayuda a mantener estas alucinaciones, es la relación que la persona establezca con las voces. Por ejemplo, las voces donde se le ordena a la persona que haga daño a otros, pueden llevar a que la persona se haga daño a sí misma para no dañar a los demás, suponiendo un alto costo para él. Otros pacientes también relatan pasar la mayor parte del tiempo discutiendo, luchando o resistiéndose a las voces. Aunque parezca contradictorio, estas alucinaciones dañinas para la persona, pueden ayudarnos a la hora de trabajar con ellas, ya que la persona está egodistónica, no se siente bien teniendo esas voces, y puede ser más fácil que se comprometa en la terapia. Pero si la persona experimenta voces amistosas, va a ser más difícil anclarla a la terapia, porque la persona experimenta un estrés mínimo, e incluso pueden hacerles sentir especial, único, grandioso e importante, y darles un sentido especial a su vida. Los pacientes que oyen voces crean conductas de seguridad para mitigarlas, los cuales pueden hacer que se comporten socialmente de manera poco apropiada, lo que les puede llevar a hospitalizaciones, a estar envueltos en altercados con la policía, pérdida del empleo y relaciones sociales muy restringidas.

Según un estudio de Martin Brüne (2005), la teoría de la mente (capacidad cognitiva de representar los estados mentales y conductas propias y de los demás) está dañada en la esquizofrenia. Este hecho da lugar a muchos de los síntomas psicóticos, sobre todo delirios de control y persecución y lenguaje y pensamiento desorganizados. Estos síntomas psicóticos pueden ser mejor comprendidos, si entendemos que la capacidad de estos pacientes de entender sus propios estados mentales y los de los demás está dañada. En este estudio se hace referencia al estudio de Firth (1992), el cual argumenta que los pacientes con síntomas paranoides, comparados con sujetos control sanos, rendirían peor debido a las dificultades que presentan entendiendo las intenciones de otras personas. Cabe destacar que los pacientes esquizofrénicos conservan intacta su teoría de la mente, ya que son conscientes de que las otras personas tienen estados mentales, pensamientos, etc., pero sin embargo, está dañada su capacidad de usar la información del contexto, lo que les lleva a realizar inferencias incorrectas sobre esos estados mentales, pensamientos o acciones.

De hecho, en el artículo de Brüne (2005) se recogen diversos estudios que intentan probar la hipótesis de Firth (1992) y tal y como éste predecía, los pacientes con síntomas negativos como el aislamiento social, o síntomas positivos como un discurso inapropiado o incoherente, rendían peor en las tareas de teoría de la mente. Y los pacientes que experimentaban síntomas subjetivos de pasividad como los delirios de inserción del pensamiento o control y los pacientes en remisión, desempeñaban las tareas relacionadas con la teoría de la mente con relativa normalidad (Corcoran et al. 1995, 1997; Firth and Corcoran 1996).

Gorham (1956) citado en Martin Brüne (2005), establece que “los pacientes con esquizofrenia tienden a interpretar las metáforas como literales”. Además ha sido demostrado que los pacientes con esquizofrenia presentan déficits en usar la información dependiente del contexto cuando el mensaje verbal es ambiguo (Bazin et al.2000).

Debido a lo complicado de esta enfermedad, al tener que tratar con delirios y alucinaciones bien asentados, y las limitaciones en el procesamiento de la información, los pacientes con esquizofrenia serán unos pacientes con los que no será fácil trabajar, y cuyo tratamiento será prolongado. Será de vital importancia trabajar la relación terapéutica, lo que nos llevará un tiempo, pero sin la cual no podríamos empezar a contrastar con la realidad los delirios y/o alucinaciones del paciente. En los casos más graves deberemos adaptar nuestro lenguaje y nuestra manera de hacer terapia a la capacidad de procesamiento de la información de nuestro paciente, teniendo en cuenta la teoría de la mente de éste, debiendo usar un lenguaje más concreto, evitando mensajes ambiguos, metáforas, etc. Tendremos que mantenernos constantemente conscientes para no caer, sobre todo en las primeras fases en juzgar los delirios de la persona y no estigmatizar la enfermedad. Será importante vigilar nuestro lenguaje tanto verbal como no verbal para evitar, siempre que esté en nuestras manos, entrar a formar parte del delirio del paciente, por ejemplo en los casos de psicosis paranoide de persecución, control, lectura del pensamiento, conspiración, etc.

Pero, ¿y si todo esto pudiera hacerse de una manera mucho más rápida y efectiva?, ¿y si no fuera necesario un período de alianza terapéutica y no se cuestionaran las alucinaciones ni los delirios del paciente, simplemente se aceptaran y no se luchara contra ellos?, ¿y si estos pacientes pudieran mejorar rápidamente y además pudiésemos reducir el malestar asociado a una terapia tan complicada, dolorosa y larga? Quizá exista una terapia diferente para estos pacientes, donde combinando diferentes técnicas, entre las cuales pueden encontrarse algunas procedentes de escuelas no psicológicas, podamos reducir el malestar de estos pacientes y aumentar su funcionalidad diaria de manera costo-efectiva.

Para continuar nuestro trabajo, nos centraremos en ver brevemente cuál ha sido la evolución en el tratamiento de la esquizofrenia, y en comparar la terapia cognitivo-conductual (TCC) con la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y algunas técnicas complementarias a ésta como el mindfulness, con el objetivo de comprobar si con la ACT se pueden conseguir los mismos resultados que con la TCC y si la primera mejora en algún aspecto a la segunda.

3.2 NIVEL ESPECÍFICO DEL ÁREA ESCOGIDA

Antes de 1900, según se ha podido ver a través de una antigua encuesta realizada en un psiquiátrico la admisión en los enfermos que ingresaban por primera vez, los psiquiatras consideraban que la esquizofrenia podía ser debida a una educación incorrecta, comportamientos de origen religioso, la avaricia, la vida, la pérdida del honor o la pérdida de la potencia, además del ser endemoniado entre otras muchas (El misterio de la esquizofrenia, 2003). El tratamiento para esta enfermedad se basaba en encerrar a estos enfermos en cabinas con rejas e inmovilizarlos en las camillas.

Con la llegada del año 1900 se produce un resurgimiento científico y los demonios y espíritus que anteriormente se habían considerado los causantes de la enfermedad quedaron desplazados. Los científicos empiezan a preguntarse si la esquizofrenia es una enfermedad mental o es una enfermedad biológica. Se pasa de los antiguos tratamientos en cabinas e inmovilización a crear modernos hospitales donde los psiquiatras ya empiezan a hacer terapias con los pacientes. Por ejemplo, existía una noria donde los enfermos daban vueltas, ya que se creía que al dar vueltas como en un tío vivo se despertarían en éstos sentimientos de felicidad. También se les sometía a largos baños con vendajes, los cuales proporcionaban a los pacientes tranquilidad por unas horas.

Pero con la llegada del nazismo se produce una discriminación hacia la locura. Los psiquiatras por medio de películas divulgativas hacen ver que la esquizofrenia es una enfermedad hereditaria. En esta época, en la mayoría de los casos se recurre a asesinatos.

Ya después de la guerra, se intenta cambiar esta manera de actuar con los enfermos, aunque es difícil, ya que todavía permanecen autoridades nazis en el poder. Para las terapias se recurre a la Terapia Electro-convulsiva (TEC) y en la mayoría de los casos se recurre a extirpar el lóbulo frontal, destacándola como algo rápido y fácil de hacer, donde sólo se necesitaba un instrumento quirúrgico que se introducía en el cerebro a través del ojo. Cabe destacar que estas prácticas no se abandonaron hasta el descubrimiento de los fármacos modernos, los neurolépticos.

En cuanto a los métodos psicoterapéuticos, las primeras psicoterapias con esquizofrenia fueron de carácter psicodinámico, a pesar de que el propio Freud dudaba de la eficacia de este método como forma de abordaje de la psicosis, debido a que pensaba que en estos pacientes se veía mermada la capacidad de establecer vínculos terapéuticos. Aunque las terapias psicoanalíticas apenas tienen aplicación en pacientes psicóticos, debido a que la introspección e interpretación pueden incluso empeorar su estado, fueron de gran utilidad por aquel entonces, ya que ayudaron a entender mejor al enfermo y a dar un trato más humano a éste.

En los años cincuenta surgen las primeras aproximaciones a la Terapia Familiar, en la que se integra a miembros de la familia en el proceso terapéutico. Se pretende la disminución de recaídas disminuyendo el estrés familiar, ya que actitudes críticas o la sobre implicación emocional familiar se ha visto que son los mayores predictores de recaídas (Enric Buisán, 2012).

Es imprescindible incluir a los familiares en la terapia porque son los que cuidan a los pacientes y necesitan apoyo, ya que el peso de cuidar a estos enfermos puede desbordarles. Además el papel de los familiares en el control de los síntomas y en la rehabilitación del paciente es muy importante. La Terapia Familiar es aconsejable en mayor medida en familias que mantengan un contacto directo con el paciente o que convivan con él, principalmente si presentan riesgo de recaída o sintomatología persistente (Enric Buisán, 2012).

Muchos estudios confirman la menor frecuencia de recaídas entre pacientes cuyas familias reciben terapia familiar. No se trata sólo de proporcionar información sino de desarrollar nuevas habilidades, mejorar la comunicación entre los miembros de la familia y mantener una actitud comprometida y de apoyo hacia el enfermo (Enric Buisán, 2012).

A mediados de los años 90, junto con el tratamiento farmacológico con antipsicóticos de segunda generación, surge la psicoeducación, lo que consigue mejorar significativamente la calidad de vida de pacientes con trastorno esquizofrénico. La psicoeducación nace con el objetivo de informar y educar a pacientes y familiares sobre la enfermedad. Se ayuda al paciente a desarrollar nuevas estrategias para afrontar los problemas derivados de la enfermedad, como la necesidad de cumplir las pautas farmacológicas pautadas por el psiquiatra.

Mediante el entrenamiento en técnicas específicas, se ayuda a los pacientes a resolver problemas concretos y a identificar los factores estresantes y los síntomas que avisan de una recaída. Trata la enfermedad desde un punto de vista multidimensional, incluyendo factores sociales, biológicos y farmacológicos. Su objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente y de los cuidadores creando ambientes con muy bajo nivel de estrés, disminuyendo la carga familiar y la probabilidad de recaída (Enric Buisán, 2012).

En los años 50 Aaron Beck creó el tratamiento Cognitivo-Conductual para síntomas psicóticos, pero no fue hasta los años 90 cuando se instaura como tratamiento prioritario combinado con el farmacológico. El TCC es una herramienta de gran utilidad para mejorar las alteraciones perceptivas, cognitivas, afectivas y de comunicación que se dan en estos pacientes. Con la TCC el paciente puede cuestionarse sus creencias y percepciones disfuncionales, además de las conductas no apropiadas relacionadas con los síntomas psicóticos. Se enseña al paciente a desarrollar alternativas más realistas al delirio y a interpretar de manera no estresante las alucinaciones. Con la TCC se abordan multitud de aspectos, desde la recuperación de actividades e intereses gratificantes hasta la mejora del afrontamiento y el conocimiento de la enfermedad y trabajar la adherencia al tratamiento farmacológico a través de la psicoeducación.

Actualmente contamos con la incorporación de las llamadas terapias de tercera generación, como la ACT, terapia analítica funcional, terapia cognitiva basada en mindfulness o la terapia dialéctica entre otras. Este tipo de terapias se basan en dos grandes principios: la aceptación de los síntomas y la orientación de la vida del paciente hacia sus valores. En estas terapias no se mide la eficacia según el número de síntomas eliminados sino que se mide según los logros personales del paciente dirigidos hacia sus valores.

Lo ideal para el tratamiento de estos pacientes es la combinación de la terapia farmacológica con la psicoterapia, ya que estabilizamos al paciente pero le damos herramientas también para afrontar su enfermedad y poder seguir adelante con su vida dotándole de habilidades y estrategias que le ayudarán a ello. Desgraciadamente no todos los pacientes pueden llegar a disfrutar de la terapia, debido a los costes sanitarios que supone, y han de conformarse con la terapia farmacológica, lo que reduce mucho sus posibilidades de éxito a largo plazo. Sería interesante que las instituciones públicas comprobaran que al introducir este tipo de terapias psicológicas en sus servicios de manera que todos pudieran beneficiarse de éstas, reduciría los costes de manera significativa.

Como hemos visto anteriormente, la terapia de elección para la esquizofrenia es la TCC. Numerosos estudios han comprobado que la TCC mejora los síntomas psicóticos de los pacientes resistentes a la medicación (Garety, Philippa, A., Fowlwe, David. Y Kuipers, Elizabeth. 2000) y que este tratamiento es coste-efectivo. La TCC dirigida a la esquizofrenia está centrada en: reducir el estrés causado por los síntomas psicóticos modificando los delirios y creencias acerca de las alucinaciones, aumentar las habilidades de afrontamiento para manejar los síntomas, reducir las alteraciones emocionales como la depresión y la ansiedad modificando esquemas disfuncionales, psicoeducación y reducir el estigma y la sensación de alienamiento. Según el estudio de Greta, Fowler y Kuipers (2000), la TCC reduce los síntomas psicóticos y el estrés asociado a los mismos entre un 20% y un 40% y ayuda entre el 50-60% de los pacientes. La TCC puede utilizarse tanto para pacientes crónicos como para pacientes en episodio agudo.

TCC asume que las personas con psicosis están intentando dar sentido a su mundo y sus experiencias, y que su comportamiento y sus síntomas derivan de la manera en que estas personas se adaptan a las amenazas que provienen de unas circunstancias socialmente adversas o de las consecuencias de su vulnerabilidad biológica (Fowler, D., Garety, P. y Kuipers, E. 1998). Los terapeutas cognitivos asumen que el significado que las personas con psicosis le dan a sus experiencias influirá en el desarrollo de creencias delirantes sobre voces y darán forma a determinadas respuestas emocionales y comportamientos. Ayudar a las personas a ser conscientes de los contextos y procesos que influyen en el desarrollo de sus pensamientos y creencias y a compensar esos procesos, es un aspecto clave de la TCC para delirios y paranoia. También lo es entender el significado dado a las voces y trabajar con el paciente significados alternativos (Fowler, D., Garety, P. y Kuipers, E. 1998).

Lo que un terapeuta cognitivo-conductual intentará es relacionar los delirios y las voces con la historia individual de ese paciente y el contexto específico en el que esos síntomas psicóticos se formaron, para poder identificar los procesos que los mantienen. La TCC tiene tres objetivos principales: reducir el estrés y la incapacidad asociada a los síntomas psicóticos, reducir el malestar emocional e interés en que el paciente participe activamente en el mantenimiento de los logros obtenidos, siendo capaz de regularse cuando haya riesgo de una recaída. Las intervenciones en TCC no suelen ser inferiores a 10 sesiones y normalmente suelen durar entre 15 y 20 sesiones. Según Fowler, D., Garety, P. y Kuipers, E. (1998), es útil ver el proceso de la TCC en una serie de 6 etapas.

Primero es esencial una etapa de forjar una relación terapéutica con el paciente, donde se consigue un compromiso por parte de ambos y una evaluación del caso. Fowler (1995) citado en Temple, S. (2004) establece que al menos las 6 primeras sesiones deben reservarse para el desarrollo de la alianza terapéutica. Esta fase es especialmente importante en los pacientes con psicosis, ya que deberemos lograr que el paciente se sienta comprendido y se implique en la terapia. Esto puede ser difícil sobre todo con personas con delirios paranoides o voces, ya que es frecuente que choquen los diferentes puntos de vista del paciente y del terapeuta. Pero esto se puede solucionar si el terapeuta adopta un punto de vista flexible hacia los pensamientos y emociones de paciente y empieza trabajando asumiendo la perspectiva del cliente. En esta fase, el terapeuta ha de escuchar cuidadosamente al paciente y ha de facilitar que el paciente se abra y cuente sus problemas. Poco a poco el terapeuta irá preguntando al paciente de una manera más estructurada, donde se intentará descubrir las circunstancias que hay llevado al paciente a estar en esta situación ahora, qué tipo de vida ha tenido, qué experiencias ha sufrido que le han llevado a crear y mantener los delirios y las voces. Todo ello permitirá más tarde al terapeuta poder trabajar con el paciente.

Una segunda fase implicaría enseñar al paciente estrategias de afrontamiento, como por ejemplo, un calendario de actividades, relajación, etc. Todo ello servirá para que se pueda dar lugar un cambio comportamental y para fomentar sentimientos de control. A esta fase seguiría una en la que el terapeuta y el paciente intentan dar sentido a los delirios en el contexto de la historia personal y la vulnerabilidad del paciente. Este proceso de discusión y rememoración de su vida, ayudará al paciente a promover una nueva manera de entender su problema, menos estresante y estigmatizante, lo que hará que el paciente tenga una visión de su problema como algo que puede cambiar, que no es estático.

En la siguiente fase se empezarán a abordar los delirios y las voces. En esta fase, se intenta que la persona entienda que son estos delirios y/o alucinaciones son malinterpretaciones de eventos que son internos. Pero no sólo bastará con entender esto, sino que el paciente deberá saber qué hacer con esas malinterpretaciones cuando ocurran. Para ello, el paciente ha de aprender a identificar y supervisar las interpretaciones delirantes que hace de determinados eventos, o la valoración angustiada que realiza de las voces que oye, para buscar explicaciones alternativas. De esta fase pasaremos a abordar las autoevaluaciones negativas, donde el terapeuta intentará ver qué relación hay entre el contenido de los delirios y las alucinaciones y eventos traumáticos en la vida del paciente. Se intenta averiguar de dónde provienen estas evaluaciones negativas y se le propone al paciente que reevalúe esas situaciones de su vida. Esto nos puede ayudar a que la persona cambie la percepción que tiene de sí misma como una víctima que no vale la pena o ser el héroe de una tragedia.

Por último entraríamos en la fase del manejo del riesgo de recaída, donde enseñaremos a la persona a detectar situaciones susceptibles de generar en el paciente delirios y/o voces y repasaremos ejercicios que ayuden a la persona o bien a evitarlas o, si fuese imposible evitarlas, enfrentarse a ellas sin el malestar que generaba anteriormente.

Pero como decíamos anteriormente, hay una serie de procedimientos en TCC para el tratamiento de los delirios y otros para las alucinaciones, que veremos a continuación. En el tratamiento con pacientes que presentan delirios será necesario, como con todo paciente psicótico, un gran esfuerzo para fomentar una alianza terapéutica.

Como decíamos anteriormente, hará falta un periodo en el que no se juzguen ni evalúen los pensamientos o comportamientos de la persona. El terapeuta deberá estar atento a posibles señales que le indiquen que el paciente está teniendo ideas delirantes durante la consulta, para poder atenderlos lo antes posible. El terapeuta deberá indagar en la naturaleza de estos delirios, y sondear cuáles son las estrategias de afrontamiento, las reacciones del paciente ante alguna contradicción a su delirio y la voluntad del paciente a considerar la posibilidad de estar equivocado (Brett-Jones, Garety, y Hemsley, 1987; Haddock, McCarron, Tarrrier, y Farangher, 1999, citado en Cather, C., Penn, D., Otto, M. y Goff, D.C., 2004). El terapeuta deberá tener la información necesaria para estructurar completamente el delirio, basándose en las circunstancias de la vida del paciente en el momento en el que el delirio comenzó. Todo ello puede ser de gran ayuda al para la relación entre paciente y terapeuta, ya que el paciente estará sorprendido de que el terapeuta quiera saber tanto sobre su punto de vista y sus creencias, y además permite al paciente tener una visión completa de su delirio y a desarrollar una actitud más curiosa ante esas experiencias, lo que facilitará la reestructuración cognitiva posterior.

Por último, y antes de pasar a la psicoeducación, se realizará una lista de problemas, siempre desde la perspectiva del paciente. Debemos proceder despacio con los pacientes paranoicos, ya que preguntas muy directas podrían resultar muy intrusivas o según la información que den, podrían preocuparse por su seguridad o por la del terapeuta (Cather, C., Penn, D., Otto, M. y Goff, D.C., 2004). Una vez hayamos confeccionado esta lista, pasaremos a la pasicoeducación, que tiene por objetivo el destigmatizar la enfermedad, proveer al paciente de maneras alternativas de pensar acerca de sus síntomas y aumentar su capacidad de introspección. En la fase psicoeducativa también podemos aprovechar para enseñar al paciente estrategias de prevención de recaídas, de lo que más tarde hablaremos. Para Kingdon y Turkintong (1991) citado en Cather, C., Penn, D., Otto, M. y Goff, D.C.(2004), la destigmatización de la enfermedad se refiere a las intervenciones que están diseñadas a que el paciente pueda descatastrofizar sus experiencias recientes y pasadas tanto de la psicosis como del tratamiento.

Después de la psicoeducación se pasará a la reestructuración cognitiva, donde se quiere conseguir que el paciente sea consciente de las evidencias a favor del delirio y de las evidencias en contra. Se realizan experimentos donde el paciente puede testear la realidad y ver si se cumple lo que él piensa o puede haber formas alternativas de pensamiento. Por último se practicarán con la persona formas de afrontar las situaciones que antes se evitaban porque generaban un gran malestar en la persona. Se hace una lista de aquellas situaciones en las que los síntomas ocurren as frecuentemente o más intensamente, las cuales se usarán luego como desencadenante para poder aplicar estas técnicas previamente ensayadas con el terapeuta.

Además deberemos insistir en la prevención de recaídas. Herz, M. I., Lamberti, S., Mintz, J., Scott, R., O'Dell, S. P., McCartan, L., & Nix, G. (2000) citado en Cather, C. et. al (2004), desarrollaron un programa de prevención de recaídas, que entrena tanto a pacientes, como a los profesionales y a la familia a identificar, supervisa e intervenir cuando observen una exacerbación de los síntomas. En un estudio realizado por estos autores, durante 18 meses de seguimiento, esta terapia psicosocial integrada superó a la terapia al uso (medicación, asistencia y grupos psicoeducativos) en la prevención de las recaídas y en el mantenimiento de la funcionalidad.

En el grupo que usó la TCC, las recaídas ocurrieron en un 17% y en el grupo que recibió el tratamiento al uso ocurrieron en un 34%. La TCC también mejoró a la terapia al uso en la rehospitalización, donde en el grupo que usó la TCC el porcentaje de rehospitalizaciones fue del 22% y del 39% en el grupo que usó la terapia al uso.

En cuanto a la terapia destinada a tratar las alucinaciones auditivas, la TCC ha mostrado tener un gran impacto en reducir la severidad de los delirios, pero no tanto en las alucinaciones auditivas. Los terapeutas se encuentran con muchas dificultades a la hora de reducir la frecuencia de las voces, lo que llevó a Morrison (1998) citado en Temple, S. (2004) a concluir: “las metas de la terapia deberían ser reducir el estrés y la discapacidad asociada a las alucinaciones (redirigiendo las interpretaciones que hace el paciente de sus voces) más que una reducción de las alucinaciones en sí mismas”. Las intervenciones, por lo tanto, van dirigidas a mejorar la capacidad del paciente para probar la realidad y descatastrofizar las interpretaciones de las voces.

Los estadios de la terapia son los mismos que en el tratamiento de los delirios, donde la alianza terapéutica tendrá un gran impacto en la terapia, la psicoeducación y la desestigmatización serán muy importantes, se establecerán metas para la persona, se examinará la evidencia que hay hacia esas voces y se enseñará al paciente a utilizar estrategias eficaces para manejar la angustia que producen las voces. Para ello se usarán técnicas de distracción y de focalización. La técnica de focalización consistirá en explorar la naturaleza y la intensidad de la alucinación, tal y como se hace en el tratamiento de los delirios. Buccheri, Trygstad, Kanas, y Dowling, (1997); Buccheri, Trygstad, Kanas, y Dowling, (1996); Rector y Beck, (2003) citados en Temple, S. (2004) establecen que las técnicas de distracción promueven la psicoeducación sobre las voces y sugiere a los pacientes que cambien el foco de atención de las voces a cualquier otro objeto. Por ejemplo, implicaría usar un mp3 para escuchar música, ver la televisión, hablar con alguien, ignorar las voces, cantar, leer, pensar el algo positivo acerca de uno mismo, etc.

Diversos estudios sugieren que no hay una técnica mejor que otra en cuanto a la duración de los efectos en la ocurrencia de las voces o la angustia producida por las mismas. Aunque dichos estudios sugieren que las técnicas se centran en la focalización se asocian con un aumento en la autoestima, lo que puede ser debido a una mayor sensación de control sobre las voces. Por el contrario las técnicas de distracción se pueden acabar usando como comportamientos de seguridad, que pueden reforzar las conductas de evitación y los delirios.

Fowler (1995) y Fowler (2001) citado en Temple, S. (2004), ha descrito un proceso en el que a través de la terapia se ayuda al paciente a entenderse de una manera diferente, usando el modelo cognitivo donde se le explica al paciente cómo la psicosis resulta cuando se juntan en una persona la predisposición genética a sufrir dicha enfermedad con un proceso traumático o estresante que se procesa a través de mecanismos cognitivos únicos. Este autor pone el ejemplo de un paciente que hubiera sufrido abuso sexual en la infancia, para el que puede ser liberador entender que esa situación traumática le hizo ser desconfiado y estar en un estado de alerta constante y que, cuando de adulto vuelve a sufrir alguna situación estresante, escuchará una voz que no será más que el resultante de sus pensamientos automáticos y sus creencias centrales acerca de sí mismo y de los otros.

Como podemos observar la TCC es larga, consta de muchas fases e implica una larga fase de alianza terapéutica. Beck, AT, and Rector, NA. (2000), evidencian que la TCC puede reducir los síntomas positivos en los pacientes con esquizofrenia, que cada vez hay más evidencia de que los pacientes se pueden beneficiar de de las técnicas cognitivas, lo que puede llevarles a estar más motivados y comprometidos con actividades sociales y/o vocacionales y por lo tanto, reducir algunos de los síntomas negativos de la enfermedad. Se ha visto que la terapia cognitiva es efectiva para pacientes resistentes a la medicación, y que se puede y se debe combinar la medicación con esta terapia, ya que se observa una tasa más baja de recaídas, menos tiempo de hospitalización y reducción en los costes al sistema sanitario. Además la TCC se ha visto superior que los meros tratamientos de apoyo, lo que nos sugiere que es la terapia y no otros factores terapéuticos lo que resulta efectivo para el tratamiento de la esquizofrenia. Sin embargo hay poca evidencia de que mejore el funcionamiento social en personas con enfermedades psicóticas. Además la TCC la mayor parte del tiempo requiere poder racionalizar, ya sean pensamientos, hechos, etc.; lo que normalmente es un problema para las personas con esquizofrenia.

Garety, Kuipers, Fowler, Chamberlain y Dunn (1994) citado en Brandon A. Gaudiano (2005) realizaron un estudio piloto de la TCC para pacientes resistentes a la medicación. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente al tratamiento usual más TCC contra tratamiento usual más la condición de lista de espera. Los que recibieron TCC mostraron una reducción más significativa de la convicción de los delirios, de la severidad general de los síntomas y de la depresión. A los 18 meses los pacientes asignados a la condición mostraron mejoras continuas en los síntomas no habiendo mostrado la condición control ningún cambio.

Granholm, McQuaid, McClure, Pedrelli, and Jeste (2002) citado en Brandon A. Gaudiano (2005) presentan un estudio donde los pacientes fueron asignados aleatoriamente a un grupo que recibía farmacoterapia y a otro grupo que recibía farmacoterapia más 12 semanas de un grupo basado en la el entrenamiento de recursos sociales cognitivo-comportamental. Al contrario que en el primer grupo, en el segundo grupo se encontraron reducciones en los síntomas positivos y depresivos.

Pinto, La Pia, Mennella, Giorgio, and DeSimone (1999) citado en Brandon A. Gaudiano (2005) asignaron aleatoriamente a pacientes con esquizofrenia que estaban recibiendo Clozapina a la condición TCC más entrenamiento en habilidades sociales y a la condición de terapia de apoyo. Lo síntomas mejoraron significativamente en el post y a los 6 meses de seguimiento en aquellos pacientes que recibieron TCC comparado con el grupo que recibió terapia de apoyo.

Tarrier et al. (1998) citado en Brandon A. Gaudiano (2005) asignaron aleatoriamente a los pacientes con esquizofrenia crónica a las condiciones de: 1) TCC y cuidados rutinarios, 2) counselling y cuidados rutinarios, 3) o sólo cuidados rutinarios. En el post se observaron mejoras significativas en los síntomas positivos para los asignados a la condición 1, pero no para la condición 2 y 3. La condición 1 fue significativamente mejor que la 3, a los 3 meses de finalizar el estudio, los pacientes asignados a la condición 3 presentaron ratios más altas de recaídas comparados con aquellos que estaban en la condición 1 y 2. A los 12 meses los pacientes de la condición 1 mostraron una superioridad similar a la condición 3 y algunos beneficios sobre la condición 2. A los 2 años no hubo diferencias entre la condición 1 y 2 pero éstas seguían siendo superiores a la condición 3.

Más recientemente, Durham et al. (2003) citado Brandon A. Gaudiano (2005), asignó aleatoriamente a 66 pacientes esquizofrénicos y con psicosis activa a las condiciones: 1) tratamiento usual, 2) tratamiento usual más TCC y 3) tratamiento usual más terapia psicodinámica de apoyo. Aquellos que recibieron TCC mostraron mejoras generales más importantes en los síntomas psicóticos comparado con los otros dos grupos tanto en el post como a los 3 meses.

Jakes, Rhodes y Turner (1999) citado en Brandon A. Gaudiano (2005), encontraron que un tercio de los 18 pacientes con delirios crónicos respondían a la terapia cognitiva, ya que se reducía la credibilidad de los delirios, aunque todos los pacientes mantenían algún grado de creencia de los delirios en el post.

Rector and Beck (2001) citado en Brandon A. Gaudiano (2005), realizaron un meta-análisis de 7 estudios que comparaban TCC con una condición control. Encontraron efectos más duraderos en los síntomas tanto negativos como positivos para TCC además de beneficios adicionales para TCC con respecto a cuidados rutinarios y psicoterapia de apoyo. Además estos resultados fueron replicados por Gould, Mueser, Bolton, Mays, and Goff (2001) citado en Brandon A. Gaudiano (2005).

Fowler, David et al. (1998) nos presentan el caso de Michael era un chico de 31 años con una historia de esquizofrenia de 10 años. Había tenido nueve hospitalizaciones por intentos de suicidio, donde le prescribieron medicación neuroléptica que tomaba de manera regular. Tenía su propio piso pero pasaba la mayoría de tiempo en casa de sus padres y pasaba tres días a la semana en el hospital. En la primera entrevista nos comenta que está muy bajo de ánimo y que estaba siendo acosado por las voces y que se sentía con tendencias suicidas. Se notaba que Michael experimentaba las voces en la terapia, ya que estaba hipervigilante y ansioso y parecí acobardado en la silla, atendiendo a lo que las voces le decían.

El primer objetivo fue atender a ese malestar que Michael presentaba e intentar evaluar los problemas que presentaba. El terapeuta intentó que Michael le dijera qué le decían las voces, lo cual fue difícil, pero se consiguió que dijera que le nombraban y que se reían de él. Además de las voces, Michael también experimentaba sentimientos paranoides cuando salía a la calle e interactuaba con otros. Él tenía la sensación de que los demás podían leer su mente y de que transmitía pensamientos a otros. Esto le hacía sentirse mal, sentía que no valía nada y que todos lo despreciaban. Michael expresaba que estaba destinado a sufrir y que en ocasiones se sentía como Cristo, pero que otras veces sentía como si hubiese sido poseído por el demonio y se sentía contaminado.

Para tratar todo ello, se necesitó de la reestructuración cognitiva, con lo que se pretendía que Michael obtuviera una mayor sensación de control a pesar de sus sentimientos. Michael sufrió bulling y humillaciones en el colegio y cuando tenía 19 años un grupo de adolescentes lo golpearon y abusaron de él sexualmente. Gradualmente, con el paso de los meses, la naturaleza y las características de las voces estuvieron más claras. Las voces que escuchaba Michael eran las voces de las tres personas que le habían atacado. Le atormentaban respecto a su sexualidad y le decían que no era nadie.

La terapia continuó intentando que Michael viera la unión que había entre sus experiencias pasadas, creencias y síntomas actuales. Se le dio un modelo explicativo de porqué estaba experimentando esas voces, para que hiciera la relación entre eventos traumáticos y la temática de las voces. La clave de esto era que Michael entendiera que tenía que aprender a distinguir qué era generado por él y qué eran eventos externos. Se animó a Michael a reelaborar la relación con las voces, aumentando la fuerza de éste como persona distanciándose de las voces de su cabeza, “alejarse” de esas burlas y así, también proteger su autoestima. Se insistió en mejorar su autoconcepto y su autoestima. Tras 9 meses de terapia, a pesar de que las voces aparecían a menudo con un contenido similar, había un descenso notable de la frecuencia y la angustia asociadas a las voces. Además descendió también significativamente su paranoia, aunque siguió moderadamente deprimido y con periodos donde se odiaba a sí mismo, aunque consiguiendo superarlos sin dañarse a sí mismo. Estas mejoras se mantuvieron 9 meses después de la terapia.

La eficacia de la terapia cognitivo-conductual (Fowler, D., Garety, P. y Kuipers, E., 1998) para las personas que son resistentes al tratamiento de las alucinaciones y los delirios, se han confirmado a raíz de estudios aleatorizados controlados. Estos estudios han suministrado un apoyo muy fuerte en el uso de la terapia cognitivo-conductual en los pacientes de tipo ambulatorio con síntomas psicóticos crónicos y con delirios y voces angustiosas. La credibilidad otorgada a estas voces y delirios disminuye, reduciéndose el estrés y la convicción asociados a éstos. Todo ello da lugar a una reducción en la frecuencia en la que escuchan las voces. Aunque no se tuvo en cuenta las personas con déficits cognitivos o cronicidad, lo que se tendría que haber tenido en cuenta como aspectos asociados a los pacientes ambulatorios (Garety et al., 1997 citado en Fowler, D., Garety, P. y Kuipers, E., 1998). Los sujetos que respondieron parecían ser aquellos con mayor flexibilidad cognitiva acerca de sus delirios ya en los estadios iniciales (Garety et al., 1997 citado en Fowler, D., Garety, P. y Kuipers, E., 1998).

Por lo tanto de estos estudios podemos observar que ofrecer ayuda a las personas con psicosis del tipo hablar de sus síntomas y problemas y escucharlos de manera empática puede ser beneficioso, pero esas mejoras no durarán en el tiempo, cuando esa ayuda desaparezca. Sin embargo, TCC presenta un mayor beneficio que deriva en una serie de mejoras que se generalizan más allá del periodo de la terapia. El acercamiento más efectivo para las personas con enfermedad psicótica grave (Fowler, D., Garety, P. y Kuipers, E., 1998) es probablemente un tratamiento que combine TCC individual e intervenciones familiares llevadas a cabo por un equipo de profesionales.

En contraste con la TCC, ACT se ha aplicado mucho más rápido al tratamiento de la esquizofrenia. Se puede aplicar a todas las personas que usen el lenguaje, como luego veremos, y se puede aplicar independientemente de la naturaleza que sean los eventos privados mentales que causan angustia a la persona, ya que el centro de la terapia se basa en la relación que tiene el paciente con esas experiencias, sin prestar a penas atención al contenido de las mismas. Hayes, S. (2009) en Wilson, K.G., y Luciano, C.,(2009) afirma

ACT es una forma de psicoterapia experiencial conductual y cognitiva basada en la teoría del marco relacional del lenguaje y la cognición humana, y representa una perspectiva sobre la psicopatología que enfatiza el papel de la evitación experiencial, la fusión cognitiva, la ausencia o debilitamiento de los valores y la rigidez e ineficacia conductual resultantes.(p.15)

La duración del tratamiento puede variar desde 24 sesiones a sólo 4. ACT no es rígida, no emplea un protocolo estándar con todos sus pacientes, sino que es flexible, es global y más general, lo que permite ser creativo y estar innovando y creando constantemente. No se debe confundir la aceptación, con el no hacer nada, con acomodarse o resignarse al sufrimiento, sino que implica una aceptación de esas experiencias, pero unido a un compromiso por parte de la persona hacia unos valores, a vivir la vida como esa persona decida.

ACT se basa en la Relational Frame Theory (RFT) o Teoría del Marco Relacional (Wilson, K.G., y Luciano, C. 2009) que resalta como un elemento central de la psicología humana el lenguaje. Además nos proporciona herramientas para realizar un análisis funcional de la conducta verbal. El punto central de esta teoría es el aprendizaje relacional, que define la conducta verbal. Cuando hablamos de aprendizaje relacional quiere decir que relacionamos dos eventos, es decir, que cuando respondemos a un evento lo hacemos en términos de otro. Esta relación se prende desde muy temprano, y al final esos eventos se condicionan y se produce una generalización que los relaciona permitiendo que se aplique a eventos nuevos, que son distintos de los que se condicionaron la primera vez (Luciano, C., y Valdivia, M.S., 2006). Esto nos permitirá explicar el sufrimiento de los seres humanos, en tanto que son seres verbales.

Las personas, como seres verbales que somos, podemos aprender a interpretar de manera literal las funciones verbales, estar atrapados en ellas, y así evitamos el tener que estar presentes y conscientes en lo que pasa en el momento presente. El quedar atrapados en esa literalidad puede alejarnos de los valores que priman en nuestra vida y podría generar trastornos psicológicos.

Cuando la persona busca constantemente eventos privados positivos y evita o intenta controlar los negativos que probablemente no se puedan controlar, lo que hace es aumentar esa sensación de malestar, lo que le impide dirigirse hacia sus objetivos. La persona no es dueña de su vida, no puede vivir plenamente. Este patrón es lo que se denomina la Evitación Experiencial. En el Trastorno de Evitación Experiencial la persona tiene la necesidad de controlar y/o evitar pensamientos, recuerdos, sensaciones, etc. para poder vivir. Eso hace que la persona, al estar siempre pendiente de recibir gratificaciones inmediatas no pueda vivir de manera satisfactoria, ya que ese control da una tranquilidad inmediata, la cual desaparece cada vez más rápido dando lugar nuevamente a una mayor sensación de malestar, lo que hace que la persona vuelva a evitar y/o controlar esos eventos privados. Esto no lleva a un círculo vicioso en el que la persona no hace más que intentar que desaparezca ese malestar, y abandone otras acciones que son importantes para conseguir sus objetivos vitales. La evitación experiencial (Wilson, K.G. y Luciano, C., 2009) no es patológica en sí misma, sino que se convierte en patológica cuando impide que la persona actúe según sus valores y viva una vida plena.

En las terapias de segunda generación, como la TCC se trataría intentando reducir directamente el malestar, modificando los pensamientos irracionales de la persona por otros más racionales, reducir la tristeza, el temor, los recuerdos del malestar, las voces, etc. Sin embargo la aproximación de ACT es totalmente diferente. ACT busca que el paciente se dé cuenta de lo paradójico de su conducta. Para ellos utiliza metáforas y ejercicios de exposición consciente que se basan en el aquí y ahora, para que el paciente acepte los eventos privados, sean de la naturaleza que sean y así poder dirigirse hacia los valores importantes en su vida.

El objetivo de la ACT es generar en el paciente la capacidad de dirigirse hacia sus metas u objetivos, aunque éste experimente eventos emocionales privados que valora como negativos. La persona (Luciano, C., y Valdivia, M.S., 2006) debe aprender a ver que esas emociones, sentimientos o pensamientos no son entes en sí mismos, que son sólo pensamientos y emociones. La persona tiene que darse de cuenta de que detrás de ellos hay una persona, un yo, desde el cual uno puede distanciarse de estos pensamientos o emociones para ver qué es lo realmente importante para esa persona. Cuando la persona se da cuenta de esto puede elegir hacerles caso o no, según convenga para la consecución de los objetivos. Si no se tiene esta perspectiva, la persona es una con esos pensamientos y emociones, no se distancia.

Podemos decir que los principios de la ACT (Luciano, C., y Valdivia, M.S., 2006) son: 1) tratamiento centrado en los valores vitales de cada uno; 2) el malestar es normal, es inherente al ser humano; 3) las personas hemos aprendido a resistirnos al sufrimiento, lo que hace que esa resistencia sea patológica; 4) se basa en el análisis funcional de los comportamientos del paciente y coge como punto clave para la terapia, la experiencia del paciente; 5) su objetivo es hacer la conducta del paciente más flexible, que aprenda a reaccionar de otra manera ante el malestar; 6) necesario clarificar valores, para así saber hacia dónde queremos dirigirnos, siendo conscientes de que pueden aparecer eventos privados y de que hemos de aceptarlos; 7) aprender que aunque fallemos o tengamos recaídas, podemos volver a elegir actuar dirigidos a nuestros valores.

Para ayudar a la persona a interpretar de manera no literal esos pensamientos, emociones y/o sensaciones, ACT se vale de metáforas y paradojas, que deben ser lo más parecidas y representativas posibles del problema. Así podemos cuestionar (Luciano, C., y Valdivia, M.S., 2006) con el paciente la racionalidad y literalidad, dando valor a la experiencia de éste. La experiencia del paciente será la base del tratamiento, donde el terapeuta se apoyará para hacer las preguntas, metáforas y ejercicios y, a partir de los cuales el paciente se expondrá siempre desde el yo y el aquí y ahora a esas barreras, analizando después qué pensamientos o recuerdos le venían a la mente al estar actuando en la dirección que él elige. En ACT (Luciano, C., y Valdivia, M.S., 2006) la terapia no sigue un orden estipulado ni un protocolo de actuación por sesión, sino que el terapeuta ha de ser flexible e intentar dirigir sus actuaciones a generar flexibilidad en la reacción del paciente a los eventos privados. En ACT lo importante es el paciente, y el terapeuta se encargará de comunicarlo tanto con actos como con palabras a lo largo de la sesión. El terapeuta no le dirá nunca al paciente lo que debe de hacer, el tipo de vida que ha de llevar, o lo que debe sentir y pensar; sino que intentará que el paciente sea consciente de las justificaciones que usa para utilizar las estrategias hasta ahora ineficaces y hacerle ver que es capaz de elegir su propia vida y de afrontar el malestar. Durante la sesión, nunca se ha de alentar al paciente a evitar los sentimientos, pensamientos y/o emociones que generen malestar, ya que así podemos fomentar el que la persona siga dirigiéndose hacia sus objetivos aunque tenga esas sensaciones de malestar (Luciano, C., y Valdivia, M.S., 2006).

De manera general, en la primera fase del tratamiento se intenta fomentar en el paciente la Desesperanza Creativa, con actuaciones que van dirigidas a que el paciente pueda ver y experimentar cuáles son los valores y metas importantes en su vida, qué está haciendo para dirigirse a ellas y qué resultados está consiguiendo. Será algo doloroso, ya que la persona se dará cuenta de que las estrategias que ha estado utilizando para evitar y controlar el malestar para poder avanzar hacia sus valores, no han sido efectivos y han causado el efecto contrario.

La persona tiene que ver que lo que ha estado haciendo ha hecho que evitara el malestar un cierto tiempo, pero que ello le ha costado sacrificar muchas facetas de su vida que no ha podido desarrollar porque estaba ocupado en evita o controlar ese malestar. Para trabajar esta desesperanza creativa se usan metáforas como la del granjero y el asno o el experimento de la saliva (véase Wilson, K.G. y Luciano, C., 2009), aunque la más utilizada es la **metáfora del hombre en el hoyo** que dice:

La situación en la que usted se encuentra se parece un poco a esto. Imagínese que está en un campo, llevando una venda en los ojos y una pequeña bolsa de herramientas. Se le ha dicho que su tarea consiste en correr por ese campo con los ojos vendados. De hecho, es como se supone que debe vivir su vida. Y usted hace lo que le han dicho que haga. Pero usted no sabe que en la granja hay hoyos grandes y muy profundos, lo ignoraba completamente. Así que empieza a correr por el campo y tarde temprano cae en uno de esos grandes agujeros. Empieza a palpar las paredes del hoyo y se da cuenta de que no puede saltar fuera y de que tampoco hay otras vías de escape. Es probable que, en un apuro semejante, usted coja la bolsa de herramientas que le han dado y empiece a mirar qué hay en ella, pues quizá así encuentre algo que pueda usar para escapar del hoyo. Ahora suponga que efectivamente hay una herramienta en esa bolsa, pero se trata de una pala. Y eso, aparentemente, es todo lo que tiene. Así que empieza a cavar con diligencia, pero muy pronto advierte que no sale del hoyo. Intenta entonces cavar más y más rápido, pero sigue en el hoyo. Así que lo intenta con grandes paladas o con pequeñas, arrojando lejos la tierra o arrojándola cerca..., pero continúa en el agujero. Todo ese esfuerzo y todo ese trabajo y, por raro que parezca, lo único que ha conseguido es que el hoyo se haga cada vez más y más profundo, ¿no es así? Y entonces usted viene aquí pensando: ¡Bueno, tal vez él tenga una pala lo bastante grande, una preciosa pala mecánica! Pues no, no la tengo. Y si la tuviera, no la usaría, porque cavar no es la forma de salir del hoyo: al contrario, cavando es como se hacen los hoyos, tal vez lo que pasa es que todo el plan está equivocado y no tiene solución: cavando no puede conseguir una escapatoria, lo único que hace es hundirse más.

Pero hemos de tener claro, que cuando se habla de desesperanza, nunca nos referiremos al paciente, sino a la estrategia que ha estado usando para superar el malestar (Wilson, K.G. y Luciano, C., 2009), “Es la estrategia la que está desesperanzada, la que ya no tiene remedio”. Debemos aclararle esa diferencia al paciente, para que no piense que es él el que está desesperado. Hay que hacer ver al paciente que la desesperanza, sea su intensidad la que sea, no es el enemigo, sino que nos da la oportunidad de ver dónde estamos, cómo y por qué nos estamos manteniendo en ese lugar y si queremos o no cambiarlo (Wilson, K.G. y Luciano, C., 2009).

Al mismo tiempo que se fomenta esta desesperanza creativa, también se hace hincapié en los valores de la persona, para que el paciente entienda que su sufrimiento se provoca porque no puede alcanzar esos valores importantes para él en su vida. Por medio de metáforas y diferentes ejercicios, la persona decide qué quiere hacer en su vida identificando los objetivos, las conductas que le llevarán a cumplirlos y las barreras con las que puede encontrarse.

Por ejemplo, a la hora de clarificar valores y de hacer consciente a la persona de que se encontrará con barreras y cosas que no le gustarán a lo largo del camino, el terapeuta puede echar mano de metáforas como la de la tortuga, donde se le plantea al paciente esta situación:

“...imagínate una tortuga que se dirige hacia su cueva, donde están sus crías, el resto de tortugas...Pero la tortuga, cada vez que llueve, cuando sopla el viento, cuando se topa con piedras, se mete en su caparazón. A veces sale del caparazón, avanza un poco, pero en cuanto ocurre a su alrededor algo inesperado (aparece una mariposa, ve un relámpago...) se mete dentro del caparazón...¿Crees que de esta forma puede alcanzar lo que pretende? A lo mejor la alternativa es avanzar con todo el cuerpo fuera, en pleno contacto con el suelo, abierta a todo lo que pueda ocurrir en ese camino, notando todo lo que surja mientras avanza en dirección a sus crías, el resto de tortugas...Probablemente no le gusten muchas de las cosas que estén en ese camino, o tal vez sí, pero eso es absolutamente distinto de su comportamiento e avanzar por el sendero...”

Para que la persona pueda actuar de manera que consiga sus objetivos, debe permitirse seguir teniendo eventos privados. Para ellos, deberá distanciarse de éstos, dejando de interpretar de manera literal estos contenidos privados y aprendiendo a diferenciar lo que es tener un pensamiento de ese pensamiento y de la persona que lo tiene (Luciano, C., y Valdivia, M.S., 2006). Así la persona podrá quitar poder a esos eventos privados sobre su capacidad para dirigirse a sus objetivos. Según Luciano C., y Valdivia, M.S., (2006), “el paciente aprenderá a poder tener eventos privados mientras también se observa lo que se quiere y, consecuentemente a elegir responder a dichos eventos privados, no por su función literal sino teniéndolos plenamente mientras se actúa en la dirección valiosa”.

Antes de realizar la terapia hay que preparar el contexto de la misma. En cuanto a la relación terapéutica, se intenta desmitificar el papel del psicólogo como personal superior al paciente, que sabe todo lo que hay que hacer y que resuelve los problemas de la persona, aumentando así la figura del paciente como ser capacitado para poder vivir su vida plenamente (Wilson, K.G. y Luciano, C., 2009). Para facilitar esa relación terapéutica, el terapeuta se hará valer de una serie de metáforas, para que el paciente entienda que no hay diferencias entre ellos, que todos sufrimos y podemos estancarnos en algún momento de nuestra vida. Para hacer ver al paciente esto el terapeuta puede valerse de la **metáfora de los dos escaladores** que pasamos a citar:

Es como si nosotros dos fuéramos escaladores, cada uno en su propia montaña, separadas por un gran valle. Yo puedo ser capaz de ver una vía por la que subir su montaña, no porque la haya escalado antes, ni porque yo esté en la cima gritándole a usted por donde tiene que subir, sino porque estoy situado en un punto desde el que puedo ver cosas que no pueden verse desde donde está usted. Esta es su terapia, pero, ¿y si fuera la mía?... Yo tengo mi propia montaña que subir, y entonces usted podría decirme algo sobre la senda por la que estoy subiendo. Mi ventaja aquí no consiste en que yo sea más grande, mejor o más fuerte que usted. Es simplemente la ventaja de la perspectiva. Por otro lado, hay cosas respecto a su montaña que no puedo saber, cosas respecto a las cuales tendré que confiar en lo que usted me diga. Por ejemplo, si la montaña que usted está tratando de escalar es la montaña <<correcta>> o no, es solo una cuestión de valores. Únicamente usted puede responder a eso. Asimismo, aunque yo sea capaz de aconsejarle acerca de la senda que veo, no puedo subir su montaña por usted. En realidad, es usted quien tiene la tarea más difícil.

Aquí vemos como de una manera muy representativa, muy fácil de entender para el paciente, el terapeuta ayuda a éste a entender que el terapeuta no es mejor que él sino que simplemente al estar situado en otro sitio diferente a nosotros tiene una perspectiva diferente y nos puede ayudar de esa perspectiva, pero que no nos va a juzgar ni a decirnos si está bien lo que hacemos o no. Sólo nos va a guiar a través de la terapia, pero no va a ser él el que decida por nosotros. Sólo nosotros podemos trabajar para salir del bache en el que nos encontramos.

El siguiente paso implica poner al cliente en contacto con lo que él quiere en su vida, lo que es importante para él (Wilson, K.G. y Luciano, C., 2009). Para ello, el terapeuta usará la **metáfora del jardín**, que dice lo siguiente:

Suponga que es usted un jardinero que ama su jardín, que le gusta cuidar de sus plantas, y que nadie más que usted tiene responsabilidad sobre el cuidado de sus plantas. Suponga que las plantas son como las cosas que usted quiere en su vida...así, ¿cuáles son las plantas de su jardín? ¿Cómo ve las plantas como jardinero? ¿Tienen flores, huelen bien, están frondosas? ¿Está cuidando las plantas que más quiere como usted las quiere cuidar?...Claro que no siempre dan las flores en el lugar que usted más quiere, en el momento en el que lo desee, a veces se marchitan a pesar del cuidado; la cuestión es cómo ve que las está cuidando, ¿qué se interpone en su camino con las plantas, en su quehacer para con ellas?. Quizá esté gastando su vida en una planta del jardín. Ya sabe que en los jardines crecen malas hierbas. Imagine un jardinero que las corta tan pronto como las ve, pero las malas hierbas vuelven a aparecer y nuevamente el jardinero se afana en cortarlas y así, ¿es ésa su experiencia con su problema? Surge... (el problema del cliente) y...abandona el cuidado del jardín para ocuparse de ese problema. No obstante, las malas hierbas, a veces, favorecen el crecimiento de otras plantas, bien porque den espacio para que otras crezcan, bien porque hagan surcos. Puede que esa planta tenga algún valor para que las otras crezcan. A veces, las plantas tienen partes que no gustan pero que sirven, como ocurre con el rosal que para dar rosas tiene que tener espinas. ¿Qué le sugiere? ¿Puede ver sus plantas y las áreas de su jardín donde aún no hay semillas? Algunas estarán mustias y otras frondosas. Hábleme de sus plantas y de si las cuida como usted quiere cuidarlas. Dígame si está satisfecho con el cuidado que da a sus plantas, si las cuida de acuerdo con lo que valora al respecto (el cliente comenta al respecto).

El trabajo que aquí haremos es como plantar una nueva semilla que tendremos que hacer crecer con el trabajo que los dos hagamos. Esta nueva planta la alimentaremos hasta que usted tenga habilidad cuidando las demás plantas, las cosas importantes de su vida como usted quiera cuidarlas. Hay otra cosa importante: cualquier jardinero sabe que el crecimiento de sus plantas no depende de su estado de ánimo, sino que cada planta requiere un cuidado sistemático y apropiado y, a pesar de ello, nadie puede garantizar el resultado completo con cada planta...quizá al jardinero le gustase que el cuidado de una planta diese a luz una planta con un número de flores blancas de un tamaño preciso, en un tiempo concreto. Pero el jardinero sabe muy bien que la planta puede ofrecer otras flores distintas, en menor número y desprendiendo un olor menos agradable que el deseado, o quizá más. No es algo que el jardinero pueda controlar. La cuestión es si a pesar de ello valora el cuidado de esas plantas. Es más, las cosas, personas..., que queremos en nuestra vida se parecen a las plantas del jardín.

A veces el jardinero quizá se impacienta si la planta tarda en crecer o lo que crece inicialmente no le gusta. Si el jardinero arranca de cuajo lo plantado y pone otra semilla, nunca verá crecer la planta, y su vida girará sólo en poner semillas sin llegar a vivir cada momento del crecimiento. Otra opción es seguir cuidando las plantas, con lo que ofrezcan en cada momento.

Es importante que sepamos, los dos, que yo nunca podré plantar sus semillas, ni decirle qué semillas plantar, y cómo crecerán mejor; que nunca podré cuidar de sus plantas. Sólo usted podrá hacerlo. Y ahora, le pregunto si, por un minuto, ¿podría dejar de centrarse en la planta que le molesta, la que le ha traído aquí? ¿Estaría dispuesto aun con cualquier pensamiento sobre esa planta que no quiere a hablar de las otras plantas de su jardín, de cómo están, e incluso estaría dispuesto a hacer algo con ellas, a cuidarlas incluso sin ganas?...dígame, ¿qué hay entre usted y el cuidado de sus plantas? ¿Qué le impide cuidarlas ya?

Si el paciente acepta entrar en la terapia, a continuación se le pide que nos ayude a entender su experiencia. Se le explica que el terapeuta no puede experimentar las vivencias del paciente directamente, pero sí a través de lo que éste le cuente. Por lo tanto se le hace ver que el terapeuta necesita que le explique lo mejor que pueda todos los detalles del problema que está experimentando. Para ayudar al paciente a conseguir esto el terapeuta se hará valer de metáforas tales como la metáfora de conocer el lugar (véase Wilson, K.G. y Luciano, C., 2009) o la **metáfora de calles con tiendas** la cual dice así:

Piense en su vida como ir por las calles de la ciudad. Va por unas calles y no por otras por las razones que quiera. Las calles están repletas de tiendas, escaparates, sonidos y carteles luminosos que incitan a pararse, a entrar en ellas y comprar sus productos. Sin embargo, no es lo mismo caminar por las calles en dirección a lo que uno quiera, que ir por las calles y no llegar a ningún sitio porque contantemente paramos en los escaparates y entramos a comprar lo que allí se ofrece. Al cabo del tiempo, uno ve que su vida está al arbitrio de lo que se ofrece en las tiendas, y parece que hemos perdido la dirección y no se sabe por dónde uno camina ni qué dirección tomar al llegar a una encrucijada...Excepto que la elección fuera salir a comprar, comprar constantemente hace que la vida esté entrecortada frecuentemente. Le preguntamos al cliente por qué calles quiere ir y por las numerosas tiendas que tiene en el camino cuyos productos le atrapan, por los pensamientos que surgen y que funcionan ordenándole que entre a comprar y lo hace (“por ejemplo, no puedo salir, tengo ansiedad”, y no sale). Le pedimos que nos hable de sus calles, dónde conducen, y por las tiendas y productos que le atrapan, le hacen parar o cambiar la dirección en la que quiere ir.

Otro punto importante es hacer ver a la persona que la terapia va a ser dolorosa pero que va a tener un significado, un porqué. Así la persona es consciente de que va a ser un proceso difícil pero que ha de aguantar para llegar a tener un resultado satisfactorio. Para ellos el terapeuta cuenta con varias metáforas entre las cuales se encuentra la **metáfora del vaso sucio** donde se representa la siguiente situación:

Suponga que tener un vaso limpio y transparente fuera algo relevante para usted. Sin embargo, el vaso está muy sucio, lleno de partículas y elementos que no le gustan, le molesta verlos. Para poder conseguir ver el cristal transparente hay que echar agua, y durante el proceso el vaso estará aún más sucio que al principio. Es paradójico que esté más sucio que cuando se está limpiando.

La cuestión es que ese proceso turbio, confuso, donde el vaso parece más sucio que antes tiene un valor en tanto que es parte del proceso para conseguir limpiar el vaso.

Por último, el terapeuta ha de hacer ver al paciente que si trabaja en la terapia, si hace bien las cosas, si se dirige hacia sus objetivos, se sentirá muy mal, pero que es un proceso necesario para lograr vivir plenamente. Para ello puede utilizar el **ejemplo del diente enfermo** en el que el terapeuta describe la siguiente situación:

Si usted acude al dentista con un diente enfermo y el dentista echa un vistazo a su boca, hurga en ella, pincha y rasca, pero sólo toca los dientes que están sanos, la cita tal vez no sea dolorosa, pero tampoco habrá proporcionado ninguna utilidad para el diente enfermo. Si el dentista le cobra por ese trabajo, es posible que no le haya hecho ningún daño, pero, en realidad, le ha estafado: usted sale de su consulta con el mismo diente enfermo.

Como hemos visto antes, con los pacientes psicóticos, la terapia tradicional incluía razonamiento lógico, el desarrollo de evidencia a favor y en contra de las creencias angustiosas, pruebas de realidad y generar explicaciones alternativas para los síntomas psicóticos. Pero desde el marco de la ACT (Pankey, J. y Hayes, S.C., 2003), estas técnicas pueden ser peligrosas porque su objetivo es cambiar o eliminar los pensamientos indeseables, sentimientos y las sensaciones corporales. Como hemos visto antes, el objetivo en ACT no es eliminarlos sino cambiar la función de éstos. Lo que intenta hacer ACT es cambiar la manera en que la persona ha estado respondiendo a ese evento privado. ACT (Pankey, J. y Hayes, S.C., 2003) se centra en la predisposición del cliente a controlar sus experiencias privadas, usando la buena voluntad y la defusión (capacidad de la persona para distanciarse de sus pensamientos y verlos como hipótesis y no como hechos objetivos, para poder analizarlos) como las herramientas a través de las cuales los pacientes aprenden que aceptar esas experiencias aversivas es un proceso y no un resultado. El individuo aprende que lo que tiene que cambiar es la postura que él mantiene sobre esos eventos privados negativos o las sensaciones corporales, no la emoción o el estado corporal en sí mismos. A continuación veremos las técnicas que usa ACT en psicosis para conseguir todos estos objetivos (Pankey, J. y Hayes, S.C., 2003):

1. Deshacerse de la agenda de control

El objetivo de esta técnica es que el paciente empiece a desconfiar en el control como una técnica adecuada para alcanzar sus objetivos. Con los pacientes psicóticos se elimina el cariz intenso que se adopta con otro tipo de pacientes, adoptando un estilo más psicoeducativo usando un tono de colaboración con el paciente. Se le pide al paciente que examine las experiencias que ha tenido hasta ahora donde el control haya sido efectivo para lograr su objetivo. También se les pide que nos ayuden a entender el problema bien, por lo que se les pide que no describan sus síntomas lo mejor que puedan, incluyendo el contenido, cuando se dan y cuán angustiosos son para el individuo. Se les invita a analizar cómo suelen reaccionar a esos síntomas, aprovechando el terapeuta para hacerle ver lo innecesario de las técnicas de control. Por ejemplo, el terapeuta pondrá ejemplos como el contestar a las voces, obedecerles, o tomar drogas para poder afrontar la situación como formas de control de los eventos privados negativos.

Se intenta que la persona sea consciente de que mucha gente en su vida tiene pensamientos con contenido delirante y alucinaciones, pero que la diferencia estriba en cómo ellos reaccionan a estos fenómenos. Se intenta explicar al paciente que el control no es una buena respuesta ni para la gente que tiene una enfermedad mental grave ni para las que no la sufren. Para ello se pueden usar dos metáforas, como las esposas chinas, donde se introducen los dedos en un tubito que se agarra más fuerte cuanto más tiras de él. Se puede jugar a este juego en sesión para que el paciente lo vea en directo y experimente lo que es terapeuta le quiere decir. Además la **metáfora del polígrafo** (Wilson, K.G. y Luciano, C. 2009) también puede ser útil, donde se expone lo siguiente:

Terapeuta: tomemos el ejemplo de la ansiedad. Supongamos que le conecto a mi polígrafo súper potente. Usando este equipo de alta tecnología, puedo decirle si está experimentando incluso la más mínima cantidad de ansiedad. Imagine que le tengo totalmente conectado y le doy las siguientes instrucciones: “Bajo ninguna circunstancia se ponga ansioso. Si lo hace, seré capaz de detectarlo sin la menor duda”. Ahora, con el objeto de asegurarme de que usted está adecuadamente motivado, voy a desenfundar mi pistola de nueve milímetros y le voy a apuntar a la cabeza; tenga la seguridad de que le dispararé si detecto la menor ansiedad. ¿Cuánto tiempo cree que aguantaría?

Cliente: Bueno, nada en absoluto (*risas*). Estaría muerto incluso antes de que terminara la explicación.

Terapeuta: correcto. Ahora quiero que se dé cuenta del efecto que tiene la pistola. Si yo le hubiera pedido que pasara la aspiradora o cambiara los muebles de sitio, la pistola habría hecho mucho más probable que usted obedeciera y dejara esto limpio. Con la ansiedad, lo que ocurre es que mucho menos probable que usted consiga lo que pretende. Es extraño, ¿no?

2. Predisposición/aceptación

La predisposición o la buena voluntad es una alternativa al control. Simplemente se les pide a los pacientes que experimenten esos eventos privados negativos sin hacer nada, sólo siendo conscientes de que están ahí y de que los están experimentando. El paciente puede tener miedo de hacer esto que el terapeuta le pide, pero para facilitar la experiencia el terapeuta normalizará la situación, le presentará ejemplos y se sentará con él mientras experimenta esos eventos negativos. Sólo se pretende cambiar la relación que ese paciente ha creado con ese evento negativo.

3. Defusión

Aquí se pretende separar al paciente del significado literal de sus pensamientos y que consiga estar en el momento, consciente de que ese pensamiento está situado en la historia y en el contexto. Para que el paciente aprenda a entender los pensamientos como pensamientos, se propone la metáfora de pedirle al paciente que piense en su mente como en un programa de televisión y que practique el darse cuenta de lo que su mente le dice pero sin responderle o tratar de averiguar si es verdad o no lo que ésta dice. Así enseñamos al paciente que ya que los sentimientos o pensamientos no se pueden controlar, lo que sí que podemos controlar es el comportamiento, podemos no responder a esos sentimientos o pensamientos.

Otra estrategia que se usa es la de cambiar la forma en que la persona habla acerca de sus pensamientos. Por ejemplo en vez de decir “yo pienso...” se le enseña a decir “yo estoy teniendo el pensamiento de...”, por más raro que parezca. Así la persona aprende a distanciarse de ese pensamiento o sensación y le ayuda a verlo como un pensamiento, como algo que tiene la persona pero que no es la persona. Para ayudar a esta defusión, podemos usar diferentes metáforas y ejercicios como por ejemplo el **ejercicio del limón** (Wilson, K.G. y Luciano, C. 2009), donde un ejemplo podría ser:

Terapeuta: seguro que has visto un limón y lo has tocado. Dime qué te viene al pensar en el limón.

Cliente: es amarillo, ácido, ovalado, si lo tocas su piel no es lisa.

Terapeuta: ¿Te lo has llevado alguna vez un limón a la boca?

Cliente: sí, más o menos.

Terapeuta: imagina que lo tienes delante, lo partes por la mitad y puedes ver la pulpa; ahora imagínate llevándotelo a la boca y pasando tu lengua por encima, ahora muerdes el limón y dime que notas...

Cliente: el sabor ácido, mucha saliva en mi boca...

Terapeuta: y que más.

Cliente: acidez y necesidad de beber agua, me están entrando ganas de beber agua ahora mismo...

Terapeuta: y dime, ¿no es curioso que todas estas cosas las estés notando y sin embargo aquí no haya ningún limón a la vista, ni esté en tu boca, ni estés masticando su pulpa?

Cliente: es cierto.

Terapeuta: demos un paso más. Durante dos minutos, tú y yo vamos a repetir la palabra limón unas veces con tono fuerte y otras leve. Ya sé que parecerá un poco extraño, pero te invito a estar abierto a lo que venga, incluso a estar abierto si te viene la sensación de estupidez realizando el ejercicio. Lo haremos juntos y quizá tendremos a sensación juntos, ¿de acuerdo?

(el terapeuta comenzará a decir la palabra “limón” invitando al cliente a repetirla una y otra vez con diferentes tonalidades y velocidad, poniendo el acento de diferentes maneras a lo largo de dos minutos aproximadamente).

Cliente: Uff...

Terapeuta: dime, ¿dónde está la saliva, el sabor ácido...?

Cliente: no sé, se fueron...no veía siquiera el limón, es curioso.

Terapeuta: es curioso, estaba tan presente aquí, entre tú y yo, que incluso te daban ganas de beber agua. Fíjate que lo único que hemos hecho ha sido repetir y repetir, y antes lo único que hemos hecho fue nombrar el limón y surgieron muchas características. ¿Y si lo que ocurre con esos pensamientos que te taladran es algo parecido? ¿Y si son sólo palabras, pensamientos cargados de emoción?

¿Y si los tratas como pensamientos sin más, si los observas como pensamientos al igual que la palabra limón, que según o que hagas con ellas vienen unas sensaciones u otras?

Cliente: no sé si lo entiendo. Me estás diciendo que puede ser que si repito lo que pienso muchas veces, se irá mi ansiedad, mi dolor...

Terapeuta: bueno, no sé. Dime al servicio de qué estaría, entonces, repetir...para qué lo harías.

Cliente: ya, sería como cavar, dedicarme a la planta que no me gusta. No vale.

Terapeuta: lo que hemos hecho sirve para ver cómo las mismas palabras se ven de modo distinto según lo que haces con ellas. Si trabajas en eso como un modo de vida, mira si está en un recorrido importante para ti. Lo que aquí hemos hecho nos ha permitido experimentar lo tramposo que es el lenguaje al hacernos creer que están presentes cosas que no lo están. Pero que lo parecen, vaya si lo parecen.

4. Valores y metas

Pankey, J. y Hayes, S.C., (2003) establecen que en su trabajo con persona psicóticas los valores más demandados son tener relaciones significativas con otras personas, tener un trabajo y vivir independientemente. Se intenta que la persona explore cómo sus intentos por controlar el malestar han interferido en esos valores importantes para ella. Por ejemplo, en este caso Pankey, J. y Hayes, S.C., (2003) ofrecen un ejemplo simple pero representativo para que el paciente pueda entenderlo. Por ejemplo, si alguien tiene el pensamiento “tengo hambre”, puede actuar o responder con una acción ante ese pensamiento. Pero la respuesta que la persona dé dependerá de sus objetivos y de la situación.

Si es una persona que no ha comido en horas, seguramente irá a comer algo, pero si es una persona que está a régimen o que va a ir a su restaurante favorito dentro de una hora, seguramente se esperará un poco para comer. Después se puede aplicar este ejemplo al problema de la persona.

Ya hemos visto como las intervenciones en ACT se valen de metáforas y ejercicios experienciales para demostrar lo que explican a sus pacientes. Pero en el caso de los pacientes psicóticos se mezclan diferentes intervenciones en cada sesión, usando intervenciones que sean, más concretas, simples y experienciales (Pankey, J. y Hayes, S.C., 2003).

La evidencia ha mostrado recientemente que ACT es una terapia útil clínicamente para el tratamiento de la psicosis (Strosahl, Hayes, Bergan, y Romano, 1998; en Bach, Patricia, y Hayes, C., Steven, 2002). Estudios controlados han demostrado que esta forma de terapia reduce el impacto negativo de los pensamientos y/o sentimientos indeseables. Una aceptación racional aumenta la tolerancia al dolor, incluso cuando ese dolor no se reduce (Hayes, Bissett, et al., 1999; en Bach, Patricia, y Hayes, C., Steven, 2002). También se ha demostrado que ACT reduce el nivel de veracidad que la persona otorga a esos eventos privados, más que la disputa cognitiva directa en algunas poblaciones (Zettle y Hayes, 1987; en Bach, Patricia, y Hayes, C., Steven, 2002).

Bach, Patricia, y Hayes, C., Steven, (2002), realizaron un estudio donde querían comprobar si una forma abreviada de ACT podía reducir la credibilidad de las alucinaciones y los delirios y su impacto en la conducta del individuo. Para ello tendrían en cuenta los ratios de rehospitalizaciones que los sujetos sufrían. En este estudio se eligió a 80 pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico que sufrían alucinaciones auditivas o delirios en el momento de su admisión. De media hacía 77 días que los participantes habían sido dados de alta la última vez del hospital, con una media de 33 días de permanencia en el mismo. Este grupo se tomó como una muestra en riesgo de rehospitalización, ya que como se pudo ver en el estudio de Olfson et al., (1999) en Bach, Patricia, y Hayes, C., Steven, (2002), las rehospitalizaciones pasadas predicen rehospitalizaciones futuras.

Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a las dos condiciones, 40 sujetos fueron asignados a la condición que se denominó TAU (Treatment As Usual) o a la condición de ACT más TAU. En la condición TAU, la intervención consistía en medicación, asistencia a tres o más grupos psicoeducacionales y, para aquellos que estaban hospitalizados varios días, sesiones individuales de psicoterapia y tratamiento comunitario asertivo estaban también disponibles, pero no todos los pacientes participaron en estos servicios. La condición ACT contaba con TAU, pero además los pacientes recibían cuatro sesiones de entre 45 y 50 minutos de terapia ACT individual conducida por un psicólogo interno (Patricia Bach), quien había sido entrenada para ello. Para esta terapia se usaron metáforas y ejercicios que estaban modificados para que encajaran con este tipo de población. En cada sesión se trabajaban diferentes objetivos. En la primera el objetivo era centrarse en los esfuerzos que los participantes habían hecho en el pasado para poder lidiar con las alucinaciones y los delirios y la posibilidad de que sólo se dieran cuenta de que esos pensamientos y percepciones estaban ahí, en vez de creérselas y actuar. En la segunda sesión, se intentó que los participantes aceptaran sus síntomas incluso cuando no te gustan. En la tercera sesión consistía en conseguir las metas valoradas y examinar el contexto en el que dar determinadas respuestas puede ser más o menos factible. En la última sesión, que se llevó a cabo 72 horas después de que el paciente fuera dado de alta, se repasaron los conceptos que se habían visto en las tres sesiones anteriores.

El periodo de seguimiento fueron 120 días. El seguimiento de la hospitalización fue medido desde el día en que el paciente fue dado de alta del hospital hasta el siguiente día en el que fueron hospitalizados durante los 120 días posteriores a ser dados de alta. De los 70 pacientes que permanecieron en el estudio, 7 de la condición ACT y 14 de la condición TAU, fueron rehospitalizados durante los 4 meses siguientes a ser dados de alta. Los análisis mostraron que los pacientes asignados a la condición ACT fueron hospitalizados en un ratio significativamente más bajo que los participantes asignados a la condición TAU. Los participantes asignados a la condición ACT permanecieron fuera del hospital una media de 22 días más que los pacientes control durante el período de 120 días.

Con este estudio se pudo observar que con sólo cuatro sesiones de terapia individual de ACT se redujo la ratio de hospitalizaciones en cuatro meses al 50% en un grupo crónico de pacientes hospitalizado con síntomas positivos de psicosis. Además se pudo comprobar que los pacientes de la condición ACT era más probable que informaran de sus síntomas que los de la condición TAU y su probabilidad de permanecer fuera del hospital era tres veces más.

Los pacientes de la condición ACT informaban de una frecuencia y angustia de los síntomas similar a la de los participantes de la condición TAU, pero a esos síntomas les otorgaban menos credibilidad que éstos. Parece ser que los pacientes asignados a la condición ACT aceptan en mayor medida sus síntomas y tienden a tratar éstos como menos creíbles.

Marcks y Woods (2005) citado en Ruiz, J., Francisco (2010) compararon el efecto que tenía la supresión de los pensamientos intrusivos y el efecto de la aceptación sobre éstos. Los participantes que recibieron estrategias de aceptación tenían menos angustia cuando experimentaban en pensamiento intrusivo. La supresión de éstos, suponía una mayor intrusión y niveles más altos de ansiedad y evaluación negativa. Se debe tener en cuenta que en ACT la aceptación no tiene sentido por sí misma, sino que siempre está al servicio de conseguir los valores que son importantes para uno en la vida. Lo que se debería evaluar, aparte de si reduce la ansiedad o la angustia, es si permite al sujeto conseguir sus valores y metas en la vida.

Un estudio de caso presentado por García-Montes y Pérez-Álvarez (2001) citado en García-Montes, José, M., Pérez-Álvarez, Mariano, y Cangas-Díaz, Adolfo (2006), presentan qué dificultades tiene ACT en el contexto psiquiátrico tradicional para un paciente con alucinaciones. Tras 18 sesiones de una hora, con una media de dos sesiones por semana, se mostraron resultados de una reducción drástica del número de alucinaciones auditivas que el paciente informaba, pasando de una media de 25 alucinaciones por día antes de esta intervención a no presentar síntomas en las últimas sesiones de tratamiento. Estos resultados se mantuvieron durante 20 semanas aun habiéndole reducido la medicación en un 40%. El paciente se empezó a plantear nuevas metas en la vida e incluso retomó sus estudios. Cabe destacar que a los 7 meses de finalizar el tratamiento volvió a referir alucinaciones auditivas.

García Montes, José, M., Luciano, Carmen, M., Hernández López, M., Basurto Zaldívar, F. (2004), resaltan la importancia de trabajar de forma continuada los valores. Para ellos nos presentan un caso de Beatriz (B), una mujer de 28 años que acude a su consulta con un diagnóstico de esquizofrenia. Se encontraba en tratamiento farmacológico desde hace 9 meses.

Los primeros síntomas tuvieron lugar 3 años antes de comenzar la terapia, cuando B. trabajaba en un bar y allí conoció a una mujer con la que tuvo un encuentro sexual. Después B. se asustó y no quiso volver a saber nada de esta chica, por lo que la otra chica parece ser que sufrió un brote esquizofrénico. B. se sentía culpable, pero ahora comenta que esta chica la persigue, le ha retorcido las tripas por medio de telepatía, la amenazado de muerte mandándole mensajes a través de terceros y delirios de similar temática. La familia comenta que a partir de este suceso B. cambió: dejó de comer, no dormía y tampoco hablaba, ya que para ella todos estaban compinchados con la otra chica. Tuvo que dejar su trabajo porque pensaba que los clientes eran emisarios de esta chica. Por todo ello se decidió ingresarla en Salud Mental. La sintomatología remitió, pero en el momento en que acude a consulta presenta delirios asociados a un alto nivel de ansiedad, físicamente está rígida y totalmente sumida en sus delirios. Le demanda al terapeuta “que le saque a esta chica de la cabeza”.

Cuando se hizo el análisis funcional, se pudo ver que B. estaba obsesionada con esa chica, siempre estaba pensando en ella, lo que le producía angustia y miedo. Cuando los pensamientos aparecían ella intentaba “sacárselos de la cabeza” y para ello había estado en tratamiento con varios psiquiatras, tomaba medicación y se había alejado de la familia y de los amigos. Estas estrategias habían funcionado a corto plazo, pero con el tiempo estos pensamientos volvían. Además, estas estrategias que ella utilizaba la habían hecho no ser feliz con su vida, porque perdió su trabajo, tenía que vivir con sus padres, con los que no tenía una buena relación, no estudiaba, no salía con sus amigos, etc. Podríamos decir que B. sufre un Trastorno de Evitación Experiencial (T.E.E.).

El objetivo que se persiguió con ella al aplicar ACT, fue que pudiera andar hacia los objetivos que ella tenía en la vida, cambiando las cosas que podía cambiar y abrir su mente a todas las cosas que no podía cambiar, dirigiéndose aún así a sus objetivos. Para ello se realizó una terapia intensiva de meses con una media de 3 sesiones semanales. Se realizaron dos sesiones de evaluación, 23 sesiones de tratamiento, un primer seguimiento al mes (3 sesiones) y una nueva sesión de seguimiento a los 10 meses de finalizar la intervención. Lo primero que se realizó con ella es crear la desesperanza creativa, en la que se intentó que la paciente cayera la cuenta de todo lo que estaba perdiendo evitando esas situaciones para controlar esos pensamientos. Para ello se hizo uso del análisis funcional esquemático para que viera el círculo vicioso en el que estaba inmersa y también la metáfora del pozo. También se utilizó el ejercicio del funeral, el cual tuvo un gran impacto en la paciente y que vio todo lo que estaba perdiendo por el camino y que no estaba yendo hacia las cosas por las que quería ser recordada. En ciertos momentos de desesperación que se dieron en la consulta se intentó que la paciente entendiera que no era ella la que estaba desesperada sino la situación la que no tenía esperanza. El terapeuta le hizo ver que sí podía actuar, hacer algo y que, si bien él no iba a poder ayudarle a sacarse a esa chica de la cabeza, sí podía ayudarla a retomar su vida y los objetivos que tenía planeados.

Posteriormente se intentaron clarificar los valores de la paciente para lo cual se utilizó el ejercicio para clarificar los valores en diferentes áreas (ver Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002). Para ello se le pide a la paciente que perfile de manera general qué es lo que querría conseguir en diferentes áreas de su vida y que se detallen los objetivos y acciones concretas que le llevarían a conseguirlo y las barreras que se piensen que puedan ocurrir.

Se utilizó la metáfora del jardín para explicarle a la paciente que la única manera de conseguir sus objetivos, al igual que de tener un bonito jardín, era trabajando día a día en la dirección valiosa para la persona, pero siendo conscientes de que no tenemos garantizado que obtengamos resultados.

Otro de los objetivos fue que B. entendiera cuál era su verdadero problema, que no eran los pensamientos negativos, el miedo o la culpa, sino todo lo que hacía para poder controlarlos. Para esto era importante que B. entendiera qué cosas se podían controlar y qué cosas no. Se utilizaron ejercicios como *el polígrafo* (ver Wilson, K.G., y Luciano, C., 2009), para que la persona se dé cuenta de que cuanto más quiere controlar algo menos lo consigue, y de que algunos aspectos, son difíciles de controlar. Además se realizaron también otros ejercicios experienciales en la misma línea para que B. pudiera generalizar esos ejemplos a lo que ella intentaba hacer con sus pensamientos.

Posteriormente se intentó que B. desliteralizara las palabras, es decir, que no se comportara ante ellas como si fueran hechos y no las palabras que se refieren a ese hecho. Para ello se utilizó el ejercicio de repetir mucho una palabra sin parar (ver Wilson, K.G., y Luciano, C., 2009), para que B. pudiese comprobar que al repetir mucho una palabra ésta es tan sólo un sonido, que ya no produce sensaciones ni recuerdos de ningún tipo. También se utilizó el ejercicio de *sacar a la mente a pasear* (ver Wilson, K.G., y Luciano, C., 2009), para que B. experimentara que ella podía decidir por donde ir a pesar de que la gente le diga cosas que no quiere oír, como “te van a matar” o “te persiguen”.

B. estaba muy ligada a sus pensamientos, por ello eran tan molestos e intentaba deshacerse de ellos. Se pretendía que B. viera esos pensamientos como parte de sí misma. Se quería crear la experiencia del “yo”, para que desde allí, B. pudiese observar los pensamientos, emociones y sentimientos, tanto los agradables como los desagradables. Para ellos se usó *la metáfora del tablero* (ver Wilson, K.G., y Luciano, C., 2009), donde se le hizo comprender que tanto las figuras negras como las blancas formaban parte de ella, pero que ella no era esas figuras blancas o negras, sino que era el tablero en el cuál éstas se apoyaban y que, como estaba siempre luchando contra las fichas, se había olvidado de mover el tablero en una dirección valiosa para ella.

Hasta aquí lo que se pretendía es que B. dejara de luchar contra sus pensamientos y se dirigiera hacia donde quería ir. Para ellos, entre otros muchos ejercicios, se utilizó el *ejercicio de ponerse enfrente*”, donde el terapeuta hace el papel de los pensamientos de la cliente. El terapeuta se coloca delante de la paciente y no le deja ir hacia un sitio determinado de la consulta, que han pactado previamente, se interpone físicamente y además le dice las cosas que su mente le decía: “te van a matar”, “te persiguen”, “no vas a poder”, “no va a acabar nunca”, etc. Al principio B. intentaba librarse del terapeuta empujándole para poder pasar, pero cuanto más lo intentaba más empujaba el terapeuta. Se le propuso entonces la idea de coger a los pensamientos del brazo y caminar con ellos hacia el lugar que quería. Así ella pudo entender que todo lo que había hecho hasta ahora no había servido para nada más que aumentar esos pensamientos y que, lo que habían estado haciendo a la terapia tenía el objetivo de que, cuando esas barreras verbales aparecieran, ella pudiera cogerlas de la mano y avanzar hacia sus objetivos.

Durante la terapia hubo caídas, donde B. no podía seguir hacia la dirección valiosa, pero aprendió a levantarse a volver a intentarlo. Hacia el final, se encontraba feliz, segura con la medicación y caminaba hacia una dirección valiosa. Y se le recordó la importancia de seguir caminando hacia los valores importantes no sólo cuando el viento estaba de cara sino cuando también soplaban en contra (García Montes, José, M., Luciano, Carmen, M., Hernández López, M., Basurto Zaldívar, F., 2004). Progresivamente B. ha ido bajando la medicación y actualmente se mantiene con la dosis mínima de risperidona.

E. Baruch, David., W. Kanter, Jonathan., M. Busch, Andrew., L. Juskiewicz, Kristin (2009), nos presentan el caso de un chico de 21 años, John, un estudiante sin trabajo que vive en casa de sus padres. Trabaja duro en la universidad, tiene varios amigos del instituto y de la universidad, pero él describe esas relaciones como poco profundas. Informa de que tiene una buena relación con su madre pero distante con su padre, y describe la mayoría de sus interacciones familiares como estresantes y poco gratificantes.

John cuenta que ha buscado tratamiento con anterioridad para paliar sentimientos depresivos, sobretodo su bajo estado de ánimo y su falta de capacidad para salir por sí mismo, sobre todo cuando está solo. John padece una enfermedad intestinal que le hace sufrir dolores fuertes, los cuales desencadenan su bajo estado de ánimo y sus pensamientos negativos, y sus pensamientos recurrentes de suicidio y sus sentimientos de que “la vida es mala y no va a ser mucho mejor”. A parte de los típicos síntomas depresivos, John presenta desconfianza hacia las demás personas, sentimientos y sensaciones de que le van a atacar, que van a usar información personal en contra suya, etc. y alucinaciones breves o fugaces, donde ve imágenes raras en el espejo en la visión periférica.

John cuenta que no puede recordar un día en su vida en el que no se sintiera desgraciado y deprimido. Ya en el instituto experimentaba delirios paranoides pero no sabría situar cuándo empezaron las alucinaciones. También se autolesiona, como demuestra enseñando unas cicatrices en las piernas. A pesar de todo lo que nos cuenta, nunca ha recibido tratamiento en salud mental por esos síntomas. En las primeras sesiones John nos habla de que experimenta delirios no bizarros como que el gobierno le ha pinchado los teléfonos y que van detrás de él, y también alucinaciones bizarras como ver un demonio en el espejo, lo que hace que se aisle socialmente. Se diagnosticó a John de un trastorno psicótico sin especificar.

Desde la perspectiva de ACT, los síntomas depresivos y paranoides son debidos a la fusión cognitiva que éste tiene con sus pensamientos paranoides, resultando las alucinaciones como un modo de evitación experiencial que desemboca en una depresión, ya que elimina de la vida de John el contacto social con refuerzo positivo y hace que se aisle y que su estado de ánimo sea muy bajo. Por ejemplo, tiene miedo de volverse loco, entonces se encierra en su habitación a jugar a videojuegos durante largos períodos de tiempo, alejado de todo contacto social. John desearía responder a esos pensamientos paranoides de manera más distante y de manera más social.

El tratamiento comprendió 37 sesiones semanales y bisemanales alrededor de un año aproximadamente. El tratamiento incluyó ACT e intervenciones con Terapia Analítica Funcional (FAP). De las sesiones 1 a la 5, se estableció el contexto de cambio, generando en John la desesperanza creativa, que sirvió para que éste se diera cuenta de que lo que hacía para afrontar o reducir sus síntomas depresivos y las alucinaciones y delirios sólo mermaba su capacidad para establecer relaciones reales y genuinas con los demás. Así que se estableció como una meta el conectar con otras personas a pesar del miedo que John sentía al hacer esto.

En la sesión 6 se le enseñó a John a ser capaz de observar la corriente de pensamientos sin engancharse en el contenido de cada uno. Además se introdujo el concepto del yo-contexto, a través de cual John fue animado a observar los pensamientos como desde detrás de sus ojos, como una entidad separada, sintiéndose libre de darse cuenta de los pensamientos y sentimientos sin responder de manera explícita a ellos.

En las sesiones de la 7 a la 15 se pasó a la fase de compromiso y voluntad. John se comprometió a perseguir su objetivo de conectar con otros aunque estuviera experimentando pensamientos paranoides. Para John fue de gran ayuda la metáfora del *pasajero en el autobús*, donde los pensamientos y sentimientos angustiosos son los pasajeros sentados en la parte de atrás que nunca se callan, y donde los intentos del conductor (tú) por hacerles callar iba en detrimento del control del autobús.

John empezó a poner en práctica las reacciones mindfulness, donde él se daba cuenta de los pensamientos pero no los evaluaba y era capaz de aguantar las sensaciones angustiosas para conseguir o caminar hacia sus valores. También se le mandaron ejercicios de compromiso, donde se incluyeron compartir sentimientos genuinos y conversaciones profundas con amigos elegidos por él, pidiendo después, feedback a los amigos de cómo habían visto la interacción y compartiendo información personal. Ahora John pasaba más tiempo con sus amigos, se involucraba en conversaciones más profundas y participaba en eventos sociales a pesar de sus reservas a hacerlo. Por ejemplo llegó a ir a una fiesta a pesar de sentirse encerrado o atrapado en la multitud. A pesar de ello, John aún seguía evitando compartir información personal y reconoció sentir desconfianza hacia los demás y que éstos pensarían que estaba loco. Para mejorar estos aspectos se animó a John a que buscara feedback durante la terapia preguntando al terapeuta si éste creía que John estaba loco, a lo que el terapeuta contestaba, para así que John fuera teniendo ejemplos para luego poder generalizar fuera de la terapia.

Las sesiones 16 a la 27 tuvieron como objetivo el aumentar el compromiso social de John. En este periodo John relató que sintió la necesidad de autolesionarse debido a un altercado verbal que tuvo con un compañero de trabajo. Pero para John era muy difícil revelar esto al terapeuta por el miedo a defraudarlo. Se revisó la metáfora del *pasajero en el autobús* para que fuera consciente de por qué le pasaba todo esto. El terapeuta interpretó que John compartiera sus angustia emocional con él como una respuesta de acercamiento, así que lo que hizo fue responder sin sugerir que pensaba que John estaba loco y compartiendo con éste lo orgulloso que estaba de él por estar mejorando y aumentando la voluntad de ir hacia sus valores y el hacerlo. También en este periodo John nos comenta que han bajado mucho los síntomas psicóticos pero, aún más importante desde el punto de vista terapéutico, es que respondía la mayor parte de las veces a éstos de una manera mindfulness. Esto hizo que mejorar en diversas áreas como relatar información personal, expresar emociones con otros, y compartir interacciones genuinas y cercanas con un círculo social amplio. Empezó a conectar de manera más profunda con algunos amigos y empezó a perseguir el objetivo de entablar alguna relación romántica.

Las sesiones finales, de la 28 a la 37, se dedicaron a la prevención de recaídas. Los síntomas psicóticos ya no eran una preocupación para John, ya que la aceptación de los pensamientos angustiosos, miedos y visiones, era cada vez mayor. El tratamiento se orientó cada vez más a la discusión del progreso de John y maneras de manejar los estresores ambientales actuales y futuros. El tratamiento se centró en el progreso hacia las metas, sobre todo en que se comprometiera en aplicar las herramientas personales aprendidas en sus relaciones.

Al final del tratamiento, John había encontrado un trabajo de media jornada y en general, estaba satisfecho con sus relaciones personales. Cada vez llegaba a consulta con menos problemas que comentar y, aunque tenía sus reticencias en acabar la terapia, estaba seguro de que ahora podría tratar los problemas que le fueran surgiendo por sí mismo. En la sesión de seguimiento, un mes después de terminar el tratamiento, ya no tenía criterios para ningún trastorno y tras una conversación informal tras 6 meses de haber acabado el tratamiento, John aún tenía trabajo, su estado de ánimo era estable y su red social continuaba existiendo. Aunque aún comentaba que tenía ocasionalmente síntomas psicóticos, sólo interferían mínimamente en sus relaciones interpersonales y en su funcionamiento general.

Como anteriormente dijimos, ACT se puede aplicar a todas las personas que tenga lenguaje, por lo tanto se podría aplicar a alguien con retraso mental. Para poder ver un ejemplo de cómo sería la terapia con una persona con retraso mental, Pankey, J. y Hayes, S.C. (2003), nos ofrecen el ejemplo de un caso de terapia ACT aplicado a un paciente con retraso mental. Ya en 2003 estos autores comenzaron a probar esta terapia con pacientes psicóticos que sufrían algún tipo de retraso mental. Ya en esa época los resultados eran esperanzadores. El caso que nos presentan es un caso breve que consta de 4 sesiones donde se usó un protocolo de tratamiento para pacientes con psicosis con sus correspondientes sesiones de seguimiento. Se trata de una chica mejicana de 22 años, que fue retirada de su hogar a los dos años debido a una situación de abuso y negligencia por parte de los padres. Estuvo en varios sitios de acogida hasta que perdió el contacto con sus padres. Durante el estudio la paciente vivía en un piso de acogida con personal las 24 horas. Los trabajadores la ayudaban en los hábitos de higiene, el transporte, actividades de la vida diaria, ocio y la adherencia a la medicación. En el momento de la terapia estaba tomando medicación antipsicótica. En la primera consulta se pudo observar que el relato de su historia era grandioso, exagerado y delirante. Hablaba de manera tangencial y divagaba. Presentaba labilidad emocional, pasando de una sonrisa y sensación de mareo a lloros y a una actitud muy distraída. Estaba orientada, tanto en el espacio como en el tiempo. La paciente tenía buena capacidad de escucha, miraba a los ojos cuando hablaba o le hablaban y presentaba un buen flujo de comunicación.

La paciente oía voces que le decían que se matara. Presentaba delirios relacionados con una familia biológica y un niño que ella dio a luz, pensaba que el equipo de profesionales del piso era parte de su familia y también creía tener un largo número de problemas, incluyendo debilidad en las piernas, fallo cardíaco y apoplejías. Presentaba algunas conductas problemáticas, incluyendo desmontar electrodomésticos repetidamente, comer de manera desregulada, dormir excesivamente y poca adherencia al tratamiento farmacológico.

Los objetivos que se propusieron alcanzar se concretaron a través de entrevistas con la paciente y el equipo profesional. Éstos fueron: adherencia a la medicación, comer, dejar de desmontar los electrodomésticos en su apartamento y dormir. Las mejoras se vieron en todos los objetivos después de entrevistarse con la paciente y con los trabajadores. Sobre la sesión 3 la paciente ya no desmontaba los electrodomésticos en su apartamento y dormía por toda la noche. En la sesión 4 empezó a comer de manera regular y la adherencia al tratamiento se consiguió también en esta sesión. Lo curioso es que, a excepción de la adherencia a la medicación, ninguno de los otros objetivos se trabajó directamente en la sesión: el objetivo fue que la paciente se aproximara y planteara sus síntomas.

La credibilidad, frecuencia y estrés asociado a los síntomas era medido semanalmente con una escala Likert de 10 puntos. El nivel de estrés mostrado por la paciente fue lo que más cambió con la terapia ACT. Por ejemplo, el nivel de angustia que la paciente sentía con respecto a sus alucinaciones auditivas fue de 8 en la primera sesión, pasando a 2 en el mes de seguimiento. Aunque la credibilidad de los delirios acerca de su salud permanecieron elevados, otras puntuaciones disminuyeron. En la sesión dos la creencia de que los trabajadores eran parte de su familia llegó a cero e informó que su angustia era cero también desde esa sesión hasta el seguimiento.

En general la paciente expresaba sus síntomas al terapeuta y a los trabajadores, la credibilidad y angustia asociadas a los síntomas cayó significativamente y su comportamiento mejoró enormemente. Con esta paciente se trabajó sobre todo la defusión cognitiva, el sentirse fusionada con sus pensamientos, verse a ella misma como los pensamientos y no como la tabla que los contiene, lo que fue un mecanismo importante para el cambio. Además se trabajó la voluntad de la paciente para experimentar emociones aversivas y su habilidad para caminar hacia sus metas. Aunque estos datos son muy restringidos en cuanto a su poder de generalización (Pankey, J. y Hayes, S.C., 2003), son prometedores, ya que sugieren que las mismas estrategias que se usan en ACT pueden ser beneficiosas para los pacientes con habilidades cognitivas limitadas.

ACT y mindfulness están muy relacionados, ya que el mindfulness se basa en cultivar la conciencia en el momento presente, experimentando una actitud de apertura y de curiosidad, permitiendo a las experiencias y pensamientos fluir, dejándolos ir, sin necesidad de juzgarlos ni cambiarlos. Con el mindfulness se pretende que la persona siga un objetivo aunque experimente pensamientos o sensaciones, sólo ha de dejarlos pasar y volver a su camino. Por ello, esta técnica puede ser de gran ayuda a la ACT, ya que ayudará a los pacientes a ser más conscientes de sus pensamientos y experiencias y a no juzgarlos o luchar contra ellos, sino a dejarlos pasar y seguir tu camino.

Para ello se entrenan la atención y la concentración a través de ejercicios de meditación que se centran en la conciencia en una meta específica, como respirar o actividades de nuestra rutina diaria (comer, andar, etc.). Las personas entrenadas en mindfulness están entrenadas para observar sus estados mentales, pero a no rumiar sobre ellos y a no actuar de una manera aversiva ante ellos. Mindfulness se diferencia de los acercamientos cognitivo-conductuales para ansiedad (Louanne W. Davis; Amy M. Satrasburguer; Linda F. Brown., 2007) en que ésta explora los pensamientos atemorizantes y sentimientos cuando aparecen en vez de cuestionar su fidelidad o exactitud y su utilidad. Pretende ayudar a la gente a que desaparezca la aversión a esas experiencias de miedo y ansiedad, ayudándoles a sustituir esta aversión por una actitud de apertura y curiosidad. El mindfulness nos puede servir en ACT para aliviar la ansiedad de los pacientes con esquizofrenia y a que sean capaces de ver sus delirios o alucinaciones y dejarlas pasar, no juzgarlas, desde un estado de calma y curiosidad, para así poder seguir sus objetivos importantes en la vida, a pesar de tener esas alucinaciones o delirios.

Lavay et al. (2005) citado en Louanne W. Davis; Amy M. Satrasburguer; Linda F. Brown. (2007), enseñó mindful yoga de manera muy exitosa a un grupo de personas con esquizofrenia, que dio como resultado un descenso significativo en sus experiencias de emociones negativas. Chadwick, Taylor y Abba (2005) citado en Louanne W. Davis; Amy M. Satrasburguer; Linda F. Brown. (2007), usaron mindfulness en un grupo para identificar los síntomas psicóticos en esquizofrenia y encontraron una mejora en el funcionamiento emocional y comportamental de estas personas. Por lo tanto, parece que es posible que el mindfulness pueda ser adaptado con éxito a personas con esquizofrenia y que puede reducir las emociones negativas como ansiedad, preocupación y miedo.

Louanne W. Davis; Amy M. Satrasburguer; Linda F. Brown. (2007), nos hablan de un experimento realizado en un grupo de veteranos de guerra diagnosticados sus integrantes de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Estos realizaron dos sesiones de una hora a la semana de mindfulness durante 8 semanas.

En cada sesión se comenzaba con saludos y discusiones acerca de preguntas, comentarios y retos pertenecientes a las actividades a realizar y sobre la materia dada en la anterior clase. Luego se les daba instrucciones sobre la nueva meditación y luego se practicaba entre 5 y 20 minutos, seguidos de una discusión donde se hablaba de las sensaciones, pensamientos y emociones despertadas durante la sesión y qué pensaban los pacientes acerca de ellas, de su percepción general y cualquier pregunta que tuvieran, dudas o dificultades. Al final de la clase se realizaba una cita reflexiva que se centraba en algo relevante que se hubiese trabajado en la sesión. Como siempre, se adaptó la sesión a pacientes con esquizofrenia. Por ejemplo, los silencios entre las meditaciones se acortaron a 1 ó 2 minutos, para reducir la posibilidad de que se exacerbaran los síntomas psicóticos y se limitó el número máximo de participantes a 5. Se usó lenguaje más simple y concreto, usando para la parte teórica frases cortas con metáforas y ejemplos, además de aprovechar los momentos de concentración de la meditación para introducir algún concepto teórico importante. Los deberes escritos se redujeron y se redujo la práctica diaria que se aconseja de 45 minutos a 30, que aunque era opcional sí se animaba a los participantes a llevarla a cabo.

Ninguno de los participantes informó de un aumento en las sensaciones de angustia o estrés en relación a los síntomas psicóticos durante la meditación. Incluso hubo un paciente que dijo que le era más fácil redirigirse cuando tenía alucinaciones durante la meditación cambiando el foco de su atención a la respiración o a la meditación en sí misma. Algunos de los beneficios expresados por los participantes fueron: ayuda en el afrontamiento con las cosas insoportables que estaba pasando en sus vidas, mejor comprensión de ellos mismos, control del comportamiento impulsivo, aceptación de las cosas malas y buenas de uno mismo, reducción del aislamiento y la soledad, reconocer y parar pensamientos negativos y estar menos frustrados y más relajados. Según los participantes, las meditaciones que incluían autocompasión eran mencionadas más frecuentemente como las que más les ayudaban. Los participantes disfrutaban aprendiendo mindfulness. Los autores achacan esto a que la autocompasión puede suavizar las autocríticas internas y aumentar la aceptación, que puede mejorar la habilidad de no juzgar esos pensamientos angustiosos.

Chadwick, Paul; Newman, T. Katherine; Abba, Nicola; (2005), la aceptación supondrá estar abierto y receptivo a lo que sea que escuchemos, pensemos o veamos, ya que está ahí. Pero el reto sería responder de una manera “mindful”, la cual comprendería el observar esas sensaciones psicóticas displacenteras pasar sin enzarzarnos en la rumiación o confrontarnos con ellos. Aunque estas sensaciones seguirán siendo displacenteras e incluso dolorosas, ya no llevarán asociada una sensación de sufrimiento, debido a que dejamos de luchar contra ellas. Con la práctica del mindfulness conseguiremos reducir la ansiedad y el estrés sufridos por la persona, a la vez que aumentamos su sensación de control sobre sus síntomas.

Para ver qué cambios se producen con la ayuda de la práctica del mindfulness en pacientes con psicosis, contamos con experimentos y estudios de caso, donde se perciben los beneficios de esta práctica. Louanne W. Davis; Amy M. Satrasburguer; Linda F. Brown. (2007), nos presentan el caso de Mark, que llegó a la terapia mindfulness con una historia reciente de delirios de grandiosidad, a pesar de que estaba tomando correctamente la medicación. No podía funcionar correctamente en su día a día, debido a que sentía mucho estrés y ansiedad e incapacidad de pensar en las necesidades de los demás. Evitaba las interacciones con los demás.

Durante la realización del programa mindfulness, Mark fue capaz de observar mejor sus pensamientos y era más consciente de sus emociones, lo que dio lugar que con la ayuda de su terapeuta, se diera cuenta de que estaba evitando las interacciones con otras personas para protegerse anticipadamente del rechazo de los demás. Además mejoró notablemente su capacidad para pensar y reconocer pensamientos y sentimientos en los otros, lo que le ayudó en sus relaciones personales a nivel social y romántico. Según palabras de Mark, él notaba que el mindfulness le servía para tener los pies en la tierra y para usar el sentido del humor cuando las cosas iban mal, en vez de enfadarse consigo mismo o con el mundo, lo que le permitía resolver mucho mejor los problemas.

Chadwick, Paul; Newman, T. Katherine; Abba, Nicola; (2005), realizaron un estudio donde participaron 11 personas con psicosis, las cuales además del programa de mindfulness recibieron medicación y cuidados psiquiátricos estándar, por lo que en el estudio se examinaba la eficacia del mindfulness junto con la eficacia del tratamiento usual. Los participantes aprendieron a focalizar su mente en otras cosas que no fueran sus pensamientos, alucinaciones, emociones negativas, etc. Lo describieron como una nueva manera de mirar a la enfermedad, aceptándola en vez de luchar, siempre preocupados. La participación en este grupo se asoció a una mejora general del funcionamiento en 10 de las 11 personas que participaron. Además 6 de las 11 personas decidieron participar en un segundo grupo, de lo que se concluye que no encontraron la experiencia dolorosa ni dañina.

Langer I. Álvaro; Cangas J. Adolfo; Gallego, José (2010), no presentan un estudio que realizaron donde querían comprobar si un entrenamiento en mindfulness tenía efecto en las experiencias psicóticas; en particular, los componentes asociados con la ansiedad y el estrés o la angustia resultante de este tipo de experiencias. El estudio se dividió en grupo experimental y grupo control y contó con una sesión de seguimiento. El grupo experimental recibió un entrenamiento en terapia cognitiva basada en el mindfulness (MBCT) de ocho horas divididas en sesiones de una hora. Primero recibieron entrenamiento en Body Scan, respiración mindful, espacio de respiración, yoga (ejercicios de stretching) y meditación sentados. Al final de la sesión recibían una especie de folleto con un resumen de lo que había sido la sesión. Recibieron también un CD con ejercicios para realizar body scan y meditación y deberes para casa. El grupo control consistió en ocho horas de video fórum, donde vieron películas y cortometrajes. Al final de las sesiones se invitaba a los participantes a discutir la película y dar su opinión. 16 semanas después de haber completado el tratamiento, los participantes fueron llamados para completar otra vez los mismos cuestionarios que habían completado en la primera sesión y después de terminar el tratamiento.

En cuanto a los efectos inmediatos, cuando se compararon los resultados del grupo experimental y del grupo control en su puntuación en ansiedad, se pudo ver una diferencia significativa entre los dos grupos. Aunque hubo importantes cambios en la angustia y en los pensamientos intrusivos y las alucinaciones auditivas, no fueron estadísticamente significativos. A largo plazo se observó que las diferencias en ansiedad al acabar el tratamiento se mantenían y que había una diferencia notable en la variable angustia/estrés, aunque ésta seguía sin ser significativa. Apenas hubo diferencias perceptibles en cuanto a pensamientos intrusivos y alucinaciones auditivas.

De este estudio se pudo concluir que la ansiedad era menor en el grupo experimental que en el control. Estos resultados se mantuvieron 16 semanas después de completar la intervención. Además los efectos del tratamiento son duraderos, al menos en la sesión de seguimientos que se realizó. Estos autores dedujeron que “MBCT permite a las personas distanciarse de sus experiencias internas, lo que lleva a un cambio en la función de esa experiencia, en este caso, reduciendo la ansiedad que ésta provoca”.

Taylor Newman, Katherine; Harper, Sean; Chadwick, Paul (2009), nos presentan un estudio de dos casos únicos donde se prueba la hipótesis de que el entrenamiento en mindfulness no sólo cambia la ansiedad sino que también incide en el significado y la convicción asociada a las voces. Los dos participantes eran dos hombres que padecían esquizofrenia paranoide con alucinaciones auditivas. Ambos tomaban medicación y recibían cuidados en un servicio de salud mental de Inglaterra, recibiendo vivitas semanales a sus casas. Accedieron a participar en 12 sesiones de mindfulness, con sesiones de una hora a la semana que incluían dos prácticas simples y cortas guiadas por el terapeuta. Cada sesión práctica iba seguida de una discusión con los participantes del uso del mindfulness, así como una revisión de las prácticas realizadas en la semana anterior. La práctica guiada consistía en body scan, seguido de respiración mindfulness y ser conscientes de todas las sensaciones, incluyendo pensamientos, sentimientos, imágenes y voces.

En cuanto a los resultados, al principio se vieron cambios con respecto a la línea base en cuanto a la convicción de las creencias y al estrés, pero no había evidencia de un cambio sistemático. Tres o cuatro semanas después, se observan en ambos participantes aumentos y variaciones, donde se ve que tanto la cognición como el afecto cambian juntos. Subjetivamente, los pacientes describieron estar menos sobrepasados por sus experiencias, y tener más confianza en su habilidad para poder convivir con las voces. El participante A describió que con la práctica había dejado de rumiar y analizar el por qué de las voces, y era más consciente de que las voces estaban unas veces en un primer plano y otras en un segundo plano. Así podía centrarse en realizar otras cosas. El participante B describió que ahora ya no intentaba descubrir qué era o que las voces decían, y que les permitía estar presentes mientras él era capaz de realizar otras tareas.

Como vemos a partir de estos diferentes estudios, la práctica de mindfulness puede ser un complemento para la terapia ACT, ya que ayuda a las personas a reducir su ansiedad y estrés con respecto a las voces o los delirios y esto les permite centrarse en ir hacia sus objetivos. Además, como se ha visto, estos pacientes no sienten incomodidad, ni empeoran sus síntomas psicóticos, sino que les gusta aprender mindfulness, porque disminuye su malestar y eso les permite seguir realizando otras actividades que, seguramente, hubiesen dejado atrás y, además, les otorga mayor poder y control sobre sí mismos y sobre sus síntomas. Además, debido a estos efectos beneficiosos aumenta la motivación para dirigirse hacia las metas valoradas y a aceptar que no se puede evitar que ocurran los síntomas psicótico, lo que deriva en aumento de la adherencia al tratamiento (tanto terapia como medicación), en vez de seguir actuando de acuerdo a los síntomas o malgastar energía evitándolos e intentando escapar de ellos.

Como podemos observar, la mayor diferencia que hay entre la ACT y la TCC, es que la primera no tiene un modelo de tratamiento específico para la psicosis, sólo que el modelo ACT se considera que es aplicable a la psicosis. Sin embargo, la TCC sí que cuenta con modelos para síntomas específicos.

Como hemos dicho anteriormente, ACT se basa en aceptar esos síntomas, no intentar luchar contra ellos para así, poder dirigirnos a nuestros objetivos en la vida. Sin embargo TCC se centra, entre otras cosas, en reducir el estrés causado por los síntomas psicóticos modificando los delirios y creencias acerca de las alucinaciones. Al trabajar analizando estos delirios y/o alucinaciones hace que la persona siempre lo tenga presente y en la conciencia. Además, si esa persona intenta no tenerlos, lucha contra ellos, es probable que aumenten y que generen más angustia y estrés. Haddock, Slade, Bentall, Reid y Faragher (1998) citado en McLeod J. Hamish (2009), compararon las técnicas de distracción y de focalización respectivamente. Estos autores no encontraron diferencias en la gravedad de los síntomas en el seguimiento que realizaron dos años después, pero los participantes que habían recibido la técnica de focalización, era más probable que reconocieran que sus voces eran sus propios pensamientos. Por lo tanto, se puede decir que la aceptación en vez de la distracción ofrece la oportunidad a las personas con psicosis de ver de acercarse a sus voces de manera diferente.

La TCC defiende que se debe ayudar al paciente a modificar la relación que tiene con sus voces para que mejore su funcionamiento. Trabajan expresamente para reducir la credibilidad del delirio o de la alucinación, para hacerle ver que esa voz la crean ellos o que es falsa. Desde la perspectiva ACT esto sería contraproducente. Por ejemplo, el énfasis que la terapia ACT pone en que la persona persiga sus objetivos en la vida, podría reducir los síntomas negativos, ya que incrementa las actuaciones que la persona realiza para conseguir esos objetivos. Sin embargo, estos resultados no se han visto en los estudios de TCC.

Un número importante de personas no responden a estas intervenciones y los que lo hacen no eliminan sus síntomas por completo. Muchos investigadores están intentando aumentar la efectividad de la TCC incluyendo ACT y terapias basadas en el mindfulness en el programa de intervención. En la TCC hace falta un largo periodo para establecer la alianza terapéutica, ya que se van a cuestionar los delirios y/o alucinaciones del paciente. Estos métodos pueden dar lugar a malos resultados con la población psicótica, por lo que ACT puede ser una buena solución, debido a que sus dos principios son la aceptación en lugar de la disputa y tratar los síntomas indirectamente alterando el contexto en el que éstos se dan en vez de intentar modificar la frecuencia y la credibilidad que se les otorga como centro de la terapia. Además, al eliminar esa barrera se mejora rápidamente el desarrollo de la alianza terapéutica.

Bond y Bunce (2000) citado en Bach A. Patricia; Gaudiano, Brandon; Pankey, Julieann; Herbert D. James; Hayes C. Steven (2006), examinaron mediadores del cambio en ACT y en una intervención conductual centrada en los problemas para reducir el estrés de los trabajadores. ACT era significativamente más efectivo en producir mejoras a largo plazo en la salud mental y estrés y que era efectivo también en producir cambio en las variables relacionadas con el trabajo, pero sólo las mejoras en la condición ACT estaba mediada por la aceptación de esos eventos privados. Además, resultados similares se han mostrado también en otros estudios, como el de Hayes y Masuda en 2004. Estos resultados se pueden extrapolar también a la psicosis. Bach y Hayes (2002) demostraron unos buenos resultados en pacientes que no negaban sus síntomas y que mostraban disminuciones en su credibilidad, datos que han sido demostrados por otros investigadores también. Se necesitarían más estudios para comprobar si esos efectos se obtendrían también con la TCC, aunque algunos estudios han mostrado que estos efectos parecen ser más fuertes en ACT comparado con TCC (Bach A. Patricia; Gaudiano, Brandon; Pankey, Julieann; Herbert D. James; Hayes C. Steven 2006).

4. CONCLUSIONES

Como se ha podido observar a lo largo del trabajo, ambas terapias son efectivas a la hora de trabajar con población esquizofrénica con síntomas positivos como delirios y/o alucinaciones. La TCC ha sido siempre la terapia de elección para el tratamiento de esta enfermedad, pero en la última década se han estado realizando estudios e investigaciones acerca de la efectividad de la ACT en el tratamiento de las personas con esquizofrenia. Los resultados han sido esperanzadores, ya que se ha observado que el tratamiento puede empezar a ser efectivo mucho antes, ya que como no intenta que la persona elimine sus delirios o alucinaciones sino que los acepte para poder vivir con ellos, no se necesita un período de creación de alianza terapéutica tan extenso como en la TCC. Además se ha visto que los pacientes en los que se aplica ACT reducen significativamente sus niveles de estrés y ansiedad, ayudando a seguir la dirección que quieren tomar en sus vidas y aceptando esos pensamientos y/o alucinaciones que, de alguna manera siempre van a estar ahí. También se ha comprobado que los efectos a largo plazo son mayores en ACT que en TCC, por lo que sería recomendable utilizarla, ya que el paciente tardará más tiempo en sufrir una recaída que si se usa la TCC.

Otra de las ventajas de trabajar con ACT es que se puede aplicar a personas con discapacidad mental, donde ha obtenido muy buenos resultados adaptando la terapia a sus capacidades cognitivas, cosa que no se puede realizar usando la TCC, ya que necesita de un nivel de reflexión y diálogo más complicado para una persona con discapacidad física. Cuando se utiliza la ACT, la persona empieza antes a poder caminar hacia los objetivos importantes en su vida, ya que acepta esos pensamientos como parte de él, no se fusiona con ellos, los ve desde fuera y puede empezar a caminar con ellos al lado. Además, las recaídas se volverán menos dramáticas y/o problemáticas para el paciente, ya que éste habrá aceptado esa parte de sí mismo y aceptará que vuelva, sin luchar contra ello, sin dejar de dirigirse a sus objetivos.

Para reducir el estrés y ansiedad asociados a los delirios y/o alucinaciones, podemos hacer uso de una técnica novedosa como es el mindfulness, que ayudará al paciente a reducir la ansiedad y el estrés asociado a éstos, viendo sus pensamientos y dejándolos pasar, sin juzgarlos. Esto nos ayudará en la terapia ACT a que la persona esté más receptiva a la aceptación y a caminar hacia sus objetivos.

Aún así, no quiero decir con esto que se deba eliminar la TCC para el tratamiento de la esquizofrenia, sino que se debería adoptar una postura ecléctica, donde se pudiesen incorporar a la TCC aspectos de la ACT y nos pudiéramos ayudar de técnicas como el mindfulness, para así enriquecer nuestra terapia y sobre todo, facilitar el proceso de cambio de la persona, sin necesidad de que tenga que luchar en contra de esos pensamientos y/o alucinaciones, reduciendo su malestar y potenciando sus capacidades para poder llevar su vida del modo en que la persona lo decida, dirigiéndose hacia unos objetivos valiosos.

Desde mi punto de vista sería de utilidad científica realizar estudios donde se comparara la eficacia de la TCC y de la ACT por separado y su eficacia usadas combinadamente en el tratamiento a un mismo paciente. Casi con seguridad, los resultados serían mucho mejores que los que obtendría cada una por separado.

Por todo ello, sería recomendable que los psicólogos comenzáramos a usar elementos de todas estas terapias, según mejor convenga y según las necesidades y el carácter del paciente, para así, expresar al máximo sus capacidades para que la mejora sea significativa y rápida, aumentando la funcionalidad de la persona en su día a día, enseñándole a aceptar esa parte de sí mismo, a no juzgarla y a saber caminar en la dirección escogida, sea lo que sea lo que su mente le diga.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Addington, Jean; Haarmans, Maria (2006). Cognitive-Behavioural Therapy for Individuals Recovering from a First Episode of Psychosis. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 36 (1), 43-49.

Bach, Patricia, y Hayes, C., Steven, (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 (5), 1129-1139.

Bach A. Patricia; Gaudiano, Brandon; Pankey, Julieann; Herbert D. James; Hayes C. Steven (2006). Acceptance, Mindfulness, Values, and Psychosis: Applying Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to the chronically mentally ill. *Mindfulness-Based Treatment Approaches* (93-115).

Baruch E. David., Kanter W. Jonathan., Busch M. Andrew., Juskiewicz L. Kristin (2009). Enhancing the Therapy Relationship in Acceptance and Commitment Therapy for Psychotic Symptoms. *Clinical case studies* 8 (3), 241-257.

Beck, AT, Rector, NA.(2000). Cognitive therapy for schizophrenia: a new therapy for the new millennium. *American Journal of Psychotherapy* 54 (3), 291-300.

Brandon A. Gaudiano (2005). Cognitive Behaviour Therapies for Psychotic Disorders: Current Empirical Status and Future Directions. *Clinical Psychology: science and Practice* 12 (1), 33- 50.

Brandon A. Gaudiano; James D. Herbert (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behaviour Therapy* 44, 415-437.

Brandon A. Gaudiano; James D. Herbert; Steven C. Hayes (2010). Is it Symptom or the Relation to it? Investigating Potential Mediators of Change in Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis. *Behavior Therapy* 41, 543-554.

Brüne, Martin (2005). "Theory of mind" in Schizophrenia: A review of the literature. *Schizophrenia bulletin*, 31(1), 21-42.

Chadwick, Paul; Newman, T. Katherine; Abba, Nicola (2005). Mindfulness Groups for People with Psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 33, 351-359.

Cather, C., Penn, D., Otto, M. y Goff, D.C. (2004). Cognitive Therapy for Delusions in Schizophrenia: Models, Benefits, and New Approaches. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 18(3), 207- 221.

Fowler, D., Garety, P. y Kuipers, E. (1998). Cognitive Therapy: Formulation, treatment, effects and service implications. *Journal of Mental Health*, 7(2), 123-133.

García Montes, José, M., Luciano, Carmen, M., Hernández López, M., Basurto Zaldívar, F. (2004). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psychothema*, 16 (1), 117-124.

García-Montes, José, M., Pérez-Álvarez, Mariano, y Cangas-Díaz, Adolfo(2006)

Garety, Philippa, A., Fowlwe, David. Y Kuipers, Elizabeth. (2000). Cognitive-Behavioural Therapy for Medication-Resistant Symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1): 73-86.

Gumley, Andrew; Karatzias, Athanasios; Power, Kevin; Reilly, James; McNay, Lisa, O'Grady, Margaret (2006). Early intervention for relapse in schizophrenia: impact of cognitive behavioural therapy on negative beliefs about psychosis and self-esteem. *The British Journal of Clinical Psychology* 45, 247-260.

Hayes, S., Prólogo. (2009) En Wilson, K.G., y Luciano, C., *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) un tratamiento conductual orientado a los valores* (4 Ed.) (pp.15-17). Madrid: Pirámide.

Kingdon, David; Turkington, Douglas; John, Carolyn (1994). Cognitive behavior therapy of schizophrenia: the amenability of delusion and hallucinations to reasoning. *British Journal of Psychiatry* 164, 581-587.

Landa, Yulia; Silverstein M. Steven; Schwartz, Fred; Savitz, Adam(2006). Group cognitive behavioural therapy for delusion. Helping patients improve reality testing. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 36(1), 9-17.

Langer I. Álvaro; Cangas J. Adolfo; Gallego, José (2010). Mindfulness-Based Intervention on Distressing Hallucination-Like Experiences in a Nonclinical Sample. *Behaviour Change* 27(3), 176-183.

Louanne W. Davis; Amy M. Satrasburguer; Linda F. Brown (2007). Minfulness. An intervention for anxiety in Sachizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing* 45(11) 23-29.

Luciano, C., y Valdivia, M.S., (2006).La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, Características y Evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27 (2), 79-91.

Luciano, Carmen; Páez-Blarrina, Marisa; Valdivia, Sonsoles (2006). Una reflexión sobre la Psicología Positiva y la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Clínica y Salud* 17 (3), 339- 356.

- McLeod, Hamish J. (2009). *ACT and CBT for psychosis: Comparisons and contrasts*. En Blackledge, J. T., Ciarrochi, Joseph, Deane, Frank P., (Eds.), *Acceptance and commitment therapy: Contemporary theory, research and practice* (pp. 263-279). Australia: Bowen Hill.
- Morrison P. Anthony; Barratt, Sarah (2009). What Are the Components of CBT for Psychosis? A Delphi Study. *Schizophrenia Bulletin* 36 (1), 136-142.
- Pankey, J. y Hayes, S.C. (2003). Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 311- 325.
- Rollinson, Rebecca; Haig, Catherine; Warner, Richard; Garety, Philippa; Kuipers, Elisabeth; Freeman, Daniel; Bebbinton, Paul; Dunn, Graham; Fowler, David (2007). The Application of Cognitive-Behavioural Therapy for Psychosis in Clinical and Research Settings. *Psychiatric Services* 58(10), 1297-1302.
- Ruiz, J., Francisco (2010). A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (1), 125-162.
- Steel, Craig (2008). Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Current Evidence and Future Directions. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 36, 705-712.
- Taylor Newman, Katherine; Harper, Sean; Chadwick, Paul (2009). Impact of Mindfulness on Cognition and Affect in Voice Hearing: Evidence from Two Case Studies. *British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies* 37, 397-402.
- Temple, Scott (2004). Cognitive Therapy for Auditory Hallucinations in Schizophrenia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 18 (3), 223- 236.
- Wilson, K.G., y Luciano, C. (2009). *Lenguaje y comportamiento gobernado por reglas*. En Wilson, K.G., y Luciano, C. *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) un tratamiento conductual orientado a los valores* (4 Ed.) (pp.43-72). Madrid: Pirámide.
- Wilson, K.G., y Luciano, C. (2009). *El Trastorno de Evitación Experiencial*. En Wilson, K.G., y Luciano, C. *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) un tratamiento conductual orientado a los valores* (4 Ed.) (pp.73-91). Madrid: Pirámide.
- Wilson, K.G., y Luciano, C. (2009). *Estableciendo el contexto para la terapia*. En Wilson, K.G., y Luciano, C. *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) un tratamiento conductual orientado a los valores* (4 Ed.) (pp.111-120). Madrid: Pirámide.
- Wilson, K.G., y Luciano, C. (2009). *Desesperanza creativa*. En Wilson, K.G., y Luciano, C. *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) un tratamiento conductual orientado a los valores* (4 Ed.) (pp. 121-136). Madrid: Pirámide.

Wilson, K.G., y Luciano, C. (2009). *ACT como un tratamiento orientado hacia valores*. En Wilson, K.G., y Luciano, C. *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) un tratamiento conductual orientado a los valores* (4 Ed.) (pp. 137-179). Madrid: Pirámide.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

www.arfes.org/enfermedad/datos.htm. Fecha desconocida. *Datos epidemiológicos actuales de la esquizofrenia (Web en línea) (Con acceso 9 Enero 2012)*.

Buisán, E (2012). *Esquizofrenia: Evolución del tratamiento psicosocial*. Recuperado el 12 de Febrero de 2010 en <http://www.forumclinic.org/esquizofrenia/reportajes/esquizofrenia-evolucion-del-tratamiento-psicosocial>

Simmering, K (2003). *El misterio de la Esquizofrenia*. Recuperado el 12 de Febrero de 2012 en <http://www.youtube.com/watch?v=Ygvk1xwsvAk>.