

## ***Aproximación al abordaje clínico de los síntomas psicóticos desde la Aceptación***

**José M. GARCÍA-MONTES**

*Universidad de Almería*

**Marino PÉREZ-ÁLVAREZ**

*Universidad de Oviedo*

**Adolfo CANGAS-DÍAZ**

*Universidad de Almería*

### *Resumen*

El presente trabajo ofrece una revisión de las aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en sintomatología psicótica. En primer lugar, se presenta brevemente la Terapia, sus objetivos, el procedimiento canónico de aplicación y las técnicas más habituales. Posteriormente se analizan las adaptaciones que sería conveniente tener en cuenta al aplicar ACT a sintomatología psicótica, repasando los resultados habidos hasta la fecha. Así, se exponen los dos ensayos clínicos aleatorizados de ACT con pacientes diagnosticados de esquizofrenia, que suponen el mayor aval empírico de la Terapia. Igualmente se presentan tres estudios de caso relativos, por este orden, a alucinaciones auditivas, delirios y síntomas psicóticos negativos. Por último, se revisan las afinidades de ACT con otros enfoques basados en la aceptación de síntomas psicóticos y se propone un mayor énfasis en las variables sociales por parte de ACT.

*Palabras clave:* ACT, alucinaciones, delirios, síntomas negativos.

### *Abstract*

This paper offers a revision of the research of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the treatment of psychotic symptoms. First the Therapy is briefly exposed, as well as its main objectives, the canonical procedure and the more common techniques. Then, the required fittings for adapting ACT to psychotic symptoms are analyzed. The main empirical evidence of the efficacy of ACT in this field are two controlled randomized trials, which are exposed and discussed. Three case-studies relating hallucinations, delusions and negative symptoms are also presented. Lastly, similarities between ACT and other therapeutic acceptance-approaches are exposed. The paper ends proposing a more social emphasis in the application of ACT to psychotic symptoms.

*Key words:* ACT, Hallucinations, Delusions, Negative Symptoms.

---

*Dirección del primer autor:* Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Almería, La Cañada de San Urbano s/n, 04120-Almería, España. *Correo electrónico:* jgmontes@ual.es.

*Agradecimientos:* Este trabajo se ha realizado dentro del marco del proyecto de investigación SEJ2005-00455/PSIC.

*Recibido:* enero 2006. *Aceptado:* marzo 2006.

El título que se ha dado al presente trabajo es deliberadamente amplio en la medida en que no nos vamos a centrar en todos los *síntomas psicóticos* ni vamos a exponer o analizar todos los enfoques terapéuticos que existen basados en la *aceptación*. Por razones de espacio y de especialización, nos centraremos en el abordaje mediante Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, en adelante) de las alucinaciones, los delirios y los síntomas negativos propios de la esquizofrenia. El desfase entre lo prometido por el título y lo ofrecido por el texto tiene su por qué. Se pretende señalar, en primer lugar, que la aceptación como estrategia de intervención no es una marca registrada y, por ende, queremos hacer énfasis en las similitudes que ACT tiene con otros enfoques provenientes de otras tradiciones que, de forma similar, se basan en la aceptación. Aunque sea tangencialmente, se traerán a colación procedimientos y técnicas que no desdican de la filosofía subyacente a ACT y que pueden ayudar a dar un nuevo contexto a dicha terapia.

Por otro lado, al hablar de *síntomas psicóticos*, en general, y no de alucinaciones, delirios y síntomas negativos, queremos poner de manifiesto la necesidad de una intervención holista que incluya la globalidad de la conducta de la persona; esto es, su relación con el medio social. La investigación clínica ha prestado especial atención a signos y síntomas concretos: alucinaciones, habla desorganizada, delirios, etc. De ahí que la exposición de este trabajo se organice en torno a tales conceptos, sin que ello suponga asumir que los delirios, alucinaciones, etc. deban ser el núcleo de la intervención mediante ACT. A nuestro juicio, más que ensañarse en el síntoma (o en la aceptación del mismo), el psicólogo que interviene mediante ACT debería fijarse en la relación que el paciente mantiene con el mundo para ayudarle a cambiar lo que

sea posible y beneficioso y a aceptar aquello que la vida lleva consigo.

## ACT

ACT es el acrónimo en inglés de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), la cual representa, junto con la Psicoterapia Analítico Funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991) y la Terapia Dialéctica (Linehan, 1993) una derivación de lo que se ha dado en llamar *análisis de la conducta clínica*. Este enfoque puede ser definido como la aplicación de los supuestos, principios y métodos del análisis funcional de conducta moderno a cuestiones clínicas tradicionales (Dougher y Hayes, 1999). Nos encontramos, pues, con una aproximación radicalmente conductual para el tratamiento de las cuestiones propias de la clínica con pacientes externos (García-Montes y Pérez-Álvarez, 2003; Kohlenberg, Tsai, Ferro, Valero, Fernández Parra y Virués-Ortega, 2005). Al contar con excelentes y exhaustivas exposiciones en castellano (Ferro y Valero, 1998; Luciano, 1999; Luciano y Molina, 2003; Pérez-Álvarez, 1996a, 1996b; Wilson y Luciano, 2002) resumiremos muy brevemente lo más fundamental de la filosofía de la Terapia.

Como su propio nombre indica, ACT pretende un doble objetivo. Por un lado se busca que el paciente llegue a aceptar aquellos aspectos de su experiencia (pensamientos, emociones, voces, etc.) que ha estado intentando modificar sin éxito. Por otro lado, se trata de que tales experiencias no paralicen ya la vida de la persona. Como dicen J. A. Velasco y E. Quiroga:

*La aceptación es un concepto que se refiere a la renuncia a cambiar lo que no se puede cambiar, como son los*

*propios sentimientos o deseos [...] El compromiso, por su parte, es el proceso por el cual el sujeto actúa para cambiar lo que efectivamente se puede cambiar, o dicho de otro modo, el compromiso es la toma de postura por parte del sujeto de hacer algo determinado dentro de las opciones disponibles... (Velasco y Quiroga, 2001, pág. 55).*

Y es que los límites entre lo que se puede cambiar y lo que, de suyo, es inalterable no son siempre fáciles de establecer. Frente al énfasis que el análisis de conducta tradicional dio a la modificación de la conducta (Hayes, 1994), ACT propone una ponderación entre el cambio y la aceptación (Kholenberg y cols., 2005). Esta ponderación no es tanto una cuestión de proporción como de ocasión. Así, la aceptación sería clínicamente relevante en aquellas situaciones que suponen un conflicto o, dicho en términos conductuales, cuando una misma conducta está bajo control de contingencias opuestas (Dougher, 1994). Piénsese, por ejemplo, en el paciente con delirios paranoides para el que salir a la calle puede estar controlado a la vez por contingencias apetitivas (relacionarse con gente, divertirse, etc.) y aversivas (ansiedad, miedo a sufrir algún ataque, a ser espiado, etc.) A su vez, para este mismo paciente, quedarse en casa estaría controlado por reforzamiento negativo (evitación del miedo, de los pensamientos persecutorios, etc.); a la par que supondría una pérdida de potenciales reforzadores (contacto con la gente, diversión, etc.). Es claro, pues, que cualquier decisión que la persona tomara tendría su *lado negativo*, bien por aparición de consecuencias aversivas, bien por pérdida de consecuencias apetitivas. En este tipo de situaciones conflictivas la aceptación (unida al compromiso) cobra todo su sentido. Aceptar es, pues, hacerse responsable y elegir, asumiendo todas las consecuencias

que ello traiga consigo (Dougher, 1994; Ferro, 1998, 2000; Velasco y Quiroga, 2001). De ahí el que las afinidades que se han visto entre ACT y la Terapia existencial estén, a nuestro juicio, enteramente justificadas (Carrascoso, 2001; García-Montes y Pérez-Álvarez, en prensa; Pérez-Álvarez, 2001).

Para conseguir el fin antedicho se ha ido desarrollando un procedimiento terapéutico que tradicionalmente se expone agrupado en 6 fases, que son:

1. *Promover un estado de desesperanza creativa*; es decir, hacerle ver al cliente que los intentos por solucionar su problema, aunque lógicos y voluntariosos, no le han ayudado a salir de la situación en la que se halla.
2. *Hacer ver que el control es el problema*; esto es, mostrar a través de distintas metáforas y ejercicios que el control tiene efectos paradójicos con los sentimientos, emociones, pensamientos y demás sucesos privados.
3. *Reducir la fusión con el lenguaje*, o lo que es lo mismo, debilitar el control que los pensamientos tienen sobre la conducta del paciente.
4. *Diferenciar el yo como contenido del yo como contexto*, es decir, crear en la persona un sentido de identidad que esté más allá de los estados que puede atravesar en ciertos momentos.
5. *Aclarar y promover los valores del paciente*, es decir, ayudar al paciente a definir lo que es importante en su vida, fomentando las conductas que persigan esas metas.
6. *Desarrollar la voluntad*; esto es, tratar que el paciente se abra a la experiencia y emprenda aquellas acciones que son valiosas aunque conlleven los sucesos privados que anteriormente se evitaban.

A lo largo de estas fases se utilizan tanto las técnicas clásicas de la terapia de conducta (exposición, moldeamiento, etc.) en el marco de la relación terapéutica, como metáforas, paradojas y ejercicios experienciales que tendrían su fundamento en la nueva investigación sobre lenguaje y cognición desde la teoría de los marcos relacionales (RFT) (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001).

En cualquier caso, y por lo que interesa al objeto de este trabajo, es interesante señalar que ACT no es una terapia específicamente pensada para los pacientes con síntomas psicóticos. En realidad, podría decirse que ACT no ha sido concebida como un tratamiento dirigido a alguna problemática en concreto de las recogidas en los manuales de clasificación de enfermedades mentales tradicionales. Al hallar sus raíces en el análisis funcional de la conducta, ACT se dirige a una *clase funcional* de conductas que puede estar presente en multitud de desórdenes psicológicos. Dicha clase funcional, conocida como Evitación Experiencial (EE), se da cuando una persona no está dispuesta a hacer contacto con determinadas experiencias privadas (pensamientos, sentimientos, emociones, recuerdos, voces, sensaciones, etc.) e intenta evitar, alterar o cambiar la ocurrencia o la forma de tales sucesos, suponiendo tal evitación un óbice para lograr metas personalmente valiosas (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahal, 1996; Luciano y Hayes, 2001). En este sentido, la terapia no ve en los síntomas psicóticos funciones o características que no se hallen igualmente presentes en otros problemas psicológicos de carácter emocional o, si se prefiere, neurótico. Ello se sitúa en una línea reciente que viene a sugerir que procesos psicológicos similares influyen en el mantenimiento tanto de los problemas emocionales como de los tradicionalmente considerados psicóticos (Freeman y Gare-

ty, 2003; García-Montes, Pérez-Álvarez, Soto-Balbuena, Perona-Garcelán y Cangas, 2006).

### ACT en psicosis

A pesar de que ACT puede ser aplicada a los síntomas psicóticos de manera prácticamente idéntica a como es aplicada a cualquier otro trastorno psicológico, se requiere en muchos casos adaptar el lenguaje, las metáforas y los ejercicios experienciales a las características propias de este tipo de población (Pankey y Hayes, 2003). Así, por ejemplo, las intervenciones suelen ser más concretas y experienciales. García-Montes (2003) ha presentado una breve exposición de los aspectos más relevantes de la terapia en su aplicación a pacientes diagnosticados con esquizofrenia. Por su parte, Pankey y Hayes (2003) sugieren nuevas metáforas y ejercicios que sí han sido desarrolladas con las miras puestas en población con síntomas psicóticos. Se remite al lector interesado a estos trabajos en que los procedimientos y técnicas de ACT son tratados ya con la vista puesta en población con sintomatología psicótica. Tampoco se tratará aquí en detalle la fundamentación experimental sobre la que se asienta la aplicación de la terapia a este tipo de problemática, remitiéndonos a García-Montes y Pérez-Álvarez (2005) para una revisión sobre el tema.

Por lo que se refiere a la evidencia clínico-empírica con la que cuenta ACT en su aplicación a población con síntomas psicóticos, se expondrán a continuación dos ensayos clínicos aleatorizados que suponen, a día de hoy, el más importante aval. Posteriormente se revisarán estudios de caso con población con alucinaciones, delirios y síntomas negativos. Se espera que, al hilo de la exposición, se pongan de manifiesto diversas cuestiones

que serán tratadas críticamente en la parte final de éste trabajo.

### ***Ensayos clínicos aleatorizados***

Bach y Hayes (2002) han presentado un ensayo aleatorizado en el que 80 pacientes que padecían experiencias alucinatorias o delirios en el momento de su admisión fueron asignados bien a un grupo en el que se aplicaba el tratamiento habitual bien a otro grupo en el que, además del tratamiento habitual, se aplicaba una intervención con ACT de cuatro sesiones. La primera se centró en revisar los esfuerzos que el paciente había hecho en el pasado para hacer frente a los síntomas positivos, al tiempo que se destacaba la posibilidad de notar los pensamientos o percepciones que uno tiene y no actuar en base a ellos. La segunda sesión se dirigió, sobre todo, a promover la aceptación activa de los síntomas por parte del paciente. La tercera se dedicó a la orientación del paciente a metas personalmente importantes, así como a examinar los distintos contextos en los que una respuesta acorde con los síntomas podría no ser efectiva. La cuarta y última sesión se aprovechó para revisar y afianzar las ideas que se trabajaron en las sesiones anteriores.

Los resultados hallados por Bach y Hayes (2002) vinieron a mostrar una reducción estadísticamente significativa del número de días de rehospitalización durante un periodo de seguimiento de 4 meses para el grupo al que se había aplicado, además del tratamiento usual, ACT. Según discuten los autores, estos beneficios no se podrían explicar ni por un mejor cumplimiento de la prescripción farmacológica, ni por una reducción en el nivel de estrés ante los síntomas ni tampoco por una reducción en la frecuencia de los mismos. Por otra parte, los participantes en el grupo de ACT estaban más inclinados a reconocer

la presencia de síntomas que aquéllos otros incluidos en el grupo al que se aplicaba únicamente el tratamiento habitual. Además, los participantes del grupo de ACT que referían síntomas positivos mostraban una credibilidad menor ante los mismos. Estos resultados son interpretados por los autores como absolutamente consistentes con la filosofía que subyace a una intervención mediante ACT, que, como ya se ha dicho, no pretende eliminar los síntomas, sino modificar las funciones de los mismos. Por otra parte, los peores resultados obtenidos en el grupo de ACT para aquellos pacientes con sintomatología delirante que negaban los síntomas son explicados atendiendo a la propia naturaleza de los delirios. Así los delirios consituirían formas de evitación de alguna otra cuestión, de tal suerte que lo más indicado no sería que el paciente se distanciara del síntoma, sino de aquellos aspectos de su experiencia que el síntoma trata de eludir (Bach y Hayes, 2002). Una intervención tan breve como la que tuvo lugar en el este estudio no pudo, por razones obvias, conseguir este objetivo. Bach y Hayes (2002) concluyen afirmando que el impacto de una intervención como la realizada vendría a indicar la conveniencia de dedicar una mayor atención a ACT como un tratamiento relevante para la población con síntomas psicóticos.

Precisamente con ese fin Gaudiano y Herbert (en prensa) han replicado, con algunas variaciones, el estudio de Bach y Hayes (2002). En la investigación de Gaudiano y Herbert tomaron parte un total de 40 pacientes hospitalizados bien por padecer un desorden psicótico o bien un trastorno afectivo con síntomas psicóticos, según los criterios diagnósticos del DSM IV de la *American Psychiatric Association* (APA, 1994). Los participantes fueron asignados aleatoriamente a una de estas dos condiciones experimen-

tales: tratamiento habitual (21 pacientes), tratamiento habitual complementado con Terapia de Aceptación y Compromiso (19 pacientes). La intervención realizada mediante ACT tuvo como referente la utilizada en el estudio anterior de Bach y Hayes (2002) aunque en esta nueva aplicación no existía un número fijo de sesiones, que variaban en función del tiempo que permanecía hospitalizado el paciente. Así todo, puede decirse que, de media, los pacientes recibieron 3 sesiones de ACT. Cada sesión, de una hora de duración, comenzaba con un breve componente de psicoeducación que se centraba en los síntomas psicóticos. A continuación se presentaba el modelo de ACT para dar un marco coherente al resto de la intervención. Acto seguido se realizaba algún ejercicio relativo a la aceptación y a hacer contacto con las experiencias privadas sin valorarlas. Posteriormente se pasaba a trabajar los valores del cliente y las barreras emocionales que existían para poner en práctica las acciones que conducen al logro de tales valores. Las sesiones finalizaban con un resumen y con algunas sugerencias para practicar ciertos ejercicios antes de la siguiente sesión. En el momento de abandonar el hospital, los resultados indicaban una mejoría en el grupo de ACT por lo que se refiere a síntomas afectivos, mejoría clínica global, dificultades en la interacción social y estrés causado por las alucinaciones. Además, un mayor número de participantes en el grupo de ACT alcanzaron una mejoría significativa de los síntomas psicóticos en comparación con los pacientes que recibieron sólo el tratamiento habitual de los servicios del hospital. Con todo, el estudio de Gaudiano y Herbert (en prensa) no ha conseguido los resultados de Bach y Hayes (2002) por cuanto tras cuatro meses de seguimiento después del abandono del hospital no se registraron diferencias estadísticamente

significativas en la tasa de rehospitalización entre los dos grupos. Los autores señalan, como un punto fuerte de su trabajo, el haber tratado una muestra con una muestra étnicamente distinta de la habitual y que, a pesar de no alcanzar la significatividad estadística, las tasas de rehospitalización fueron más bajas en el grupo de ACT. Además, se destaca que durante el tratamiento se observó un descenso en la credibilidad que los pacientes tratados con ACT daban a las alucinaciones y que dicho descenso se relaciona directamente con la mejoría en el nivel de estrés producido por las alucinaciones, lo que es consonante con la filosofía de ACT.

Tomados en conjunto estos dos estudios vienen, a nuestro juicio, a presentar la Terapia como un enfoque altamente prometedor. A este respecto debería tenerse en cuenta que tanto el número de sesiones del trabajo de Bach y Hayes (2002) como del de Gaudiano y Herbert (en prensa) es extremadamente reducido, lo que no suele ser habitual en tratamientos que abordan una problemática tan compleja como son los síntomas psicóticos.

### **ACT y alucinaciones auditivas**

Determinado tipo de alucinaciones auditivas puede ser fácilmente entendido como formas de evitación experiencial (García-Montes y Pérez-Álvarez, 2001, 2005). Dicha evitación consistiría en atribuir a una fuente externa (la voz o las voces que se escuchan) determinados pensamientos que son propios. Este tipo de evitación podría ser llamada, siguiendo a Perona-Garcelán (2004), *metacognitiva* por cuanto el sujeto con alucinaciones evita la responsabilidad (la autoría) sobre sus propios pensamientos. Siendo esto así, cabría esperar que tras una intervención con ACT disminuyeran sensiblemente el número de alucinaciones o,

cuando menos, la credibilidad que el paciente otorgue a las mismas.

Un estudio de caso presentado por García-Montes y Pérez-Álvarez (2001) viene a mostrar, sin embargo, las dificultades que una intervención como ACT presenta en el contexto psiquiátrico tradicional para un paciente con sintomatología alucinatoria. Se trataba de un varón de 17 años de edad, soltero y que llevaba 15 meses bajo tratamiento farmacológico, habiéndose ensayado diversas variedades de medicación antipsicótica que no habían dado resultado hasta el momento. El procedimiento empleado se basó en la exposición original de ACT (Hayes, McCurry, Afari y Wilson, 1991, de acuerdo con su reexposición al contexto español de Pérez-Álvarez (1996a). Los objetivos de la intervención fueron los siguientes: crear una cierta desesperanza creadora, hacer ver que el problema es el control, diferenciar entre la persona y la conducta, abandonar la lucha contra los síntomas y establecer compromisos de actuación. En total se emplearon 18 sesiones de una hora para cubrir estos objetivos, con una media de dos sesiones por semana. Los resultados ofrecidos muestran una reducción drástica del número de alucinaciones auditivas que el paciente refería, pasando de una media de 25 voces por día antes de la intervención, a permanecer asintomático en las últimas sesiones del tratamiento. Estos resultados se mantuvieron durante 20 semanas y ello a pesar de una reducción del 40 % en la dosis de la medicación antipsicótica. Además, el cliente empezó a plantearse nuevas metas en su vida y llegó a retomar los estudios, que había abandonado hacía ya tiempo, conforme a objetivos que la propia terapia contempla.

Sin embargo, a los siete meses de la finalización del tratamiento, el paciente volvió a referir alucinaciones auditivas, lo que

llevó a su psiquiatra a aumentar la dosis de medicación antipsicótica a niveles incluso superiores a los que se administraban en la fase pretratamiento (aun sin haber tenido antes éxito), y, así, a echar por tierra los logros habidos. Hay que añadir que un cambio a otro tipo de neuroléptico tampoco fue eficaz. Esta circunstancia la discuten los autores como una cuestión de *cultura clínica* (la concepción médica tradicional y la nueva concepción *antipsiquiátrica* representada por ACT). Y es que la idea de que las alucinaciones en sí mismas no son lo fundamental puede ser más difícil de asumir de lo que parece a primera vista. A este respecto, puede ser interesante recordar que en nuestro contexto cultural el escuchar voces se suele relacionar muy estrechamente con el padecimiento de algún trastorno mental severo (Cangas, García-Montes, López de Lemus y Olivencia, 2003; Rojcewicz y Rojcewic, 1997), algo que no siempre ha sido así (Leudar y Thomas, 2000).

### **ACT y delirios**

Cierto tipo de delirios también podría ser considerado una forma de evitación experiencial. Como explican Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood y Kinderman (2001), las variadas teorías motivacionales que se han dado sobre los delirios, y especialmente sobre los delirios persecutorios, vienen a sugerir que tales síntomas reflejan algún tipo de inseguridad encubierta sobre el yo. El delirio serviría, pues, como mecanismo de evitación de estas inseguridades que presenta la persona. Por lo tanto, mientras que las alucinaciones serían un objeto de la evitación, los delirios serían una forma de evitación de alguna otra cuestión (inseguridad, baja autoestima, desconcierto, etc.) (Bach y Hayes, 2002). Justamente por ello García-Montes,

Luciano, Hernández y Zaldívar (2004) han sugerido que los delirios serían formas *activas* de evitación experiencial. Mediante el delirio el sujeto no sólo escapa de algún evento aversivo (un pensamiento molesto, una emoción dolorosa, etc.); sino que construye –psicóticamente– una realidad que suplantaría o justificaría la situación en la que se halla. Ahora bien, el éxito de la estrategia delirante sería siempre parcial, con lo que el paciente no acaba de resolver los problemas que se encuentran en la base del trastorno (García-Montes y Pérez-Álvarez, 2005). Como puede apreciarse, la problemática delirante requeriría no solamente trabajar sobre la evitación; sino, al mismo tiempo, promover en el cliente aquellas conductas que le encaminarían a mostrar una mayor competencia y, por consiguiente, a valorarse más a sí mismo. Así pues, no sería extraño que en el estudio aleatorizado de Bach y Hayes (2002), la sintomatología delirante fuera la más resistente a una intervención breve con ACT. En este sentido, García-Montes y cols. (2004) han insistido en la importancia que presenta el trabajo continuado en valores con este tipo de población. Dichos autores han ofrecido un estudio de caso en que se expone el tratamiento mediante ACT de una paciente de 28 años de edad con sintomatología básicamente delirante (García-Montes y cols., 2004). Los delirios habían aparecido dos años antes de ser recibida en consulta y habían sido tratados con diverso tipo de medicación antipsicótica. En el momento de ser atendida en consulta por primera vez, la paciente refería diversas ideas delirantes relativas a una persona que la perseguía, le retorció las tripas por telepatía, la amenazaba de muerte mandándole mensajes cifrados a través de terceros, etc. La intervención consistió en dos sesiones de evaluación y 23 de intervención mediante ACT que siguieron el

procedimiento del texto canónico de Hayes y cols. (1999). Se hizo especial insistencia en la *clarificación de los valores* de la paciente, que fueron abordados sistemáticamente en casi todas las sesiones. Se realizaron, igualmente, dos seguimientos, uno al mes y otro a los 10 meses de concluida la intervención. Los resultados indicaron un descenso radical del número de verbalizaciones delirantes en sesión, que llegan a desaparecer finalmente. Igualmente, se observa un aumento del número de actuaciones en dirección a los valores de forma contingente con el progreso de la intervención. Por lo que respecta a los contextos verbales, los datos obtenidos a partir del Cuestionario de metacogniciones (Cartwright-Hatton y Wells, 1997), indican una menor fusión de la paciente con sus contenidos cognitivos, que son progresivamente aprehendidos como menos capaces de producir, por sí mismos, algún efecto sobre el medio. Todo esto lleva a los autores a defender la eficacia de la intervención realizada. A la vez se indica explícitamente que una de las posibles causas del éxito pudo ser el que la intervención no se centrara sobre los delirios, sino que se pretendió abordar toda la clase funcional, rompiendo allí donde fuera necesario la relación entre pensar (o sentir) en un sentido y actuar en la misma dirección (García-Montes y cols., 2004). Y es que, además del trabajo en valores, sería fundamental ayudar a reducir la fusión que el paciente tiene con el lenguaje o, dicho de otro modo, que los pensamientos (y por lo tanto los delirios) no tengan un control total sobre el comportamiento.

Resumiendo lo fundamental de una intervención ACT en sintomatología delirante podría decirse que el objetivo de la terapia sería que el paciente sustituyera el delirio por la acción. Ambos serían intentos de dar solución a una situación desafortunada, con la diferencia de que el delirio supone un cambio meramente privado. Lo que Sampson

(1981) ha dicho del cognitivismo se podría trasladar, cambiando lo mínimo, a la estrategia delirante:

*Al sustituir el pensamiento por la acción, la transformación mental por las transformaciones reales en el mundo, el cognitivismo [el delirio, diríamos nosotros] vela las fuentes objetivas y las bases de la vida social, relegando la potencia del individuo al mundo interior de la gimnasia mental* (Sampson, 1981, pág. 735).

Y es que la lógica delirante tendría no sólo un anclaje cultural (Pérez-Álvarez, 2003; Pérez-Álvarez y García-Montes, 2006, en este mismo volumen; Sass, 1992; 1994); sino también una cobertura psicológica. Tal cobertura se hallaría en buena parte de la psicología popular (*folk psychology*) que prima la comprensión intelectual sobre la acción, el control de los eventos privados sobre el control de las situaciones sociales, etc (Ferro, 1998). De ahí que ACT se suela presentar como una terapia a contra-corriente de la cultura psicológica dominante (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Luciano, 1999; Wilson y Luciano, 2002). Y de ahí también, a nuestro juicio, parte de las dificultades con que cuenta una intervención mediante ACT.

### **ACT y síntomas negativos**

Como se muestra con más detalle en este mismo número (Pérez-Álvarez y García-Montes, 2006), los síntomas negativos lejos de revelar ausencia o vacío, están acompañados de una gran variedad de alteraciones experienciales. Tales síntomas podrían constituir, pues, una forma de reaccionar ante el flujo de pensamientos y emociones que invaden a la persona con esquizofrenia. Así, desde

el punto de vista del análisis funcional de conducta moderno, nos encontraríamos ante relaciones conducta-conducta (Hayes y Hayes, 1992). ACT, como procedimiento terapéutico, está pensado justamente para modificar estas relaciones a través del cambio contextual.

García-Montes y Pérez-Álvarez (en prensa) han expuesto un estudio de caso de un paciente con sintomatología predominantemente negativa, que ilustraría tanto el exceso conductual que acompaña a los síntomas negativos, como un procedimiento terapéutico basado en la normalización mediante ACT de cuestiones con clara raigambre existencial. El paciente al que se aplicó el tratamiento era un varón de 28 años, soltero, que había recibido durante los anteriores 11 años una gran variedad de tratamientos farmacológicos y psicológicos sin éxito alguno. En el momento de ser atendido en consulta por primera vez, el paciente no recibía ningún tipo de tratamiento farmacológico, si bien su situación clínica respondía a los criterios de *esquizofrenia negativa*. Según refería el propio paciente, notaba cómo en ocasiones perdía sus conocimientos y habilidades sin causa aparente. Además, se veía incapaz de tomar iniciativa alguna o de combatir determinadas sensaciones corporales que le habían llevado a permanecer dos años enteros encerrado en su casa. El historial psiquiátrico del paciente registraba varios intentos de suicidio, uno de ellos por inanición, además de diversos ingresos de urgencia en unidades de Salud Mental.

La intervención clínica mediante ACT se realizó siguiendo los objetivos y pautas establecidos por Hayes y cols. (1999), a la vez que se tomaron algunos de los ejercicios recogidos por Hayes, Batten, Gifford, Wilson, Afairi y McCurry (1999). El tiempo total durante el que tuvieron lugar las sesiones clínicas fue de cinco meses, con una media de dos sesiones por semana. El tratamiento

se focalizó especialmente en conseguir que el paciente abandonara la lucha contra ciertas experiencias corporales que había tratado pertinazmente de combatir, en independizar la conducta de los pensamientos, ideas o creencias que se tengan y en fomentar un comportamiento dirigido a valores.

Los resultados de la aplicación mostraron un incremento notable de los niveles de actividad del paciente, aun cuando éste seguía refiriendo el mismo tipo de experiencias privadas que anteriormente le bloqueaban. Se hizo un seguimiento del caso que se prolongó hasta un año y diez meses después de haber concluido el tratamiento. El paciente pasó de una actividad realmente mínima a conseguir logros fundamentales como el manejo sofisticado de programas de diseño gráfico y creación de páginas web o un trabajo a tiempo completo. Igualmente, fue ampliando su círculo de amistades, relaciones personales y actividades de ocio (García-Montes y Pérez-Álvarez, en prensa). A la hora de interpretar los resultados, los autores destacan el hecho de que el paciente, en el momento en que recibía tratamiento, no estaba siendo tratado mediante neurolépticos u otro tipo de drogas. Ello permitiría atribuir los beneficios terapéuticos al tratamiento mediante ACT con más claridad que en los estudios de casos en los que coexistían las intervenciones farmacológicas y las psicológicas (si bien la mejoría de los casos era contingente a la intervención psicológica). A la vez, se pone de relieve la naturaleza existencial que tienen ciertos síntomas negativos, relativos al *abandono de la vida*, muy patente en este caso. La problemática del paciente ilustraría la hiperreflexividad que caracteriza a la esquizofrenia. Así, el diagnóstico que se dio al caso fue el de *exceso de lucidez*, haciendo hincapié en algo que el propio paciente venía a referir frecuentemente: Que cuando contaba sus problemas a otras personas, éstas le decían que

también ellas vivían experiencias similares. Y, en efecto, la diferencia entre el paciente y otra persona cualquiera no estaría en lo que siente o piensa, sino en el exceso de reflexión aplicado a lo que se siente o se piensa. Este *plus* de reflexión y de *lucidez* llevaría a una parálisis conductual. ACT, como una terapia orientada a la vida, intentaría que la hiperreflexividad no paralizara la existencia de la persona.

### **ACT y otros enfoques basados en la aceptación de los síntomas psicóticos**

Como se ha pretendido resaltar, la aceptación que propugna ACT no supone ninguna especie de resignación, fatalismo o indolencia. Aceptar es también cambiar. Ahora bien, lo que se cambia no es el contenido psíquico (el pensamiento, la emoción, el recuerdo, las sensaciones corporales, etc.), sino la relación que la persona establece con tales síntomas. Se puede observar, pues, que ACT persigue logros similares a los que se proponen, verbigracia, los nuevos enfoques basados en la metacognición (Wells, 1999, 2000). Así, por ejemplo, desde una perspectiva metacognitiva, Freeman y Garety (1999) han venido a sugerir que la preocupación que los delirios producen no es consecuencia únicamente del contenido de éstos, sino que depende directamente de las creencias sobre la necesidad de controlar tales síntomas que tiene la persona. En la misma dirección viene a apuntar también la terapia estratégica cuando proponen su distinción entre cambio 1 y cambio 2 (Perez-Álvarez, 2001). Se trata, en definitiva, de producir un cambio en el contexto (llámese socio-verbal, metacognitivo o comunicacional) desde el que la persona aprehende los síntomas.

No es de extrañar, pues, que ACT se haya ido relacionándose con enfoques y técnicas con objetivos similares (Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg y Gifford, 2004; Ellis,

2005; Hayes, 2005). Entre las técnicas con las que se ha emparentado recientemente, cabría destacar (por ser una afinidad electiva), la contemplación (*mindfulness*) (Fletcher y Hayes, en prensa; Hayes, Follette y Linehan, 2004). Aunque se han dado muy diversas definiciones de lo que es la contemplación, se podría decir que supone prestar atención a ciertos eventos de manera intencional, tal y como se presentan en el momento presente y sin juzgarlos (Kabat-Zinn, 1994). Pues bien, Chadwick, Taylor y Abba (2005) han puesto en práctica una intervención grupal basada en 6 sesiones de contemplación aplicada a 10 pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Se obtuvieron resultados positivos tanto por lo que se refiere al estado clínico del paciente como a su habilidad para practicar la contemplación. Los autores concluyen afirmando la necesidad de estudios posteriores, dadas las limitaciones metodológicas del trabajo por ellos presentados.

Lo cierto es que, tal vez, para llegar a aceptar los síntomas (del tipo que sean) no hagan falta importaciones con sabor oriental ni procedimientos demasiado sofisticados. Luengo, García y Fernández (2003) han resaltado la importancia que tiene la familia a la hora de ayudar a que se produzca la aceptación de los síntomas psicóticos y una mayor responsabilidad del paciente sobre su conducta. Cabría pensar, pues, que algo tan sencillo como la integración de la familia en el tratamiento de los síntomas psicóticos mediante ACT podría mejorar los resultados conseguidos (García-Montes y Pérez-Álvarez, 2001). Un primer estudio de caso en que las técnicas cognitivas fueron aplicadas de manera informal por la madre de un paciente con delirios de referencia (George, Bando-padhy y Cowan, 2005) parece ofrecer un respaldo empírico a la incorporación de la familia, cuando ello fuera posible.

En esta misma dirección cabría destacar el enfoque de la psiquiatría social (Romme y Escher, 1989; 1996; 2000) que vincula el origen de las voces con la biografía del paciente y, en especial, con determinadas experiencias traumáticas unidas a otras dificultades sociales que se imponen a la persona. Así, las voces no serían en sí mismas algo patológico, sino una reacción ante una determinada situación por la que la persona atraviesa. Ahora bien, los problemas y la cronificación pueden aparecer cuando el sujeto se enfrenta a las voces con una estrategia inadecuada (Escher, Romme, Buiks y Delespaul, 2002; Romme y Escher, 1996). La terapia pasaría, entonces, por *dar un sentido a las voces* (Romme y Escher, 2000); esto es, discutir las e integrarlas como parte de la historia personal, con sentido y significado en el momento actual que atraviesa el paciente.

En definitiva, creemos que ACT se beneficiaría de modelos que han dado un mayor papel a variables sociales, bien sea incorporando a la familia, bien discutiendo el sentido de los síntomas en la situación vital que atraviesa la persona y promoviendo los cambios que fueran necesarios para mejorarla. Se trataría, pues, de unir tratamiento psicológico y rehabilitación social (Perona-Garcelán, 2004; Perona-Garcelán y Cuevas-Yust, 1997, 2002).

## Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Ed.)*. Washington, DC: Author.
- Bach, P. y Hayes, S.C. (2002). The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent the rehospitalization of Psychotic Patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1129-1139.

- Bentall, R.P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N. y Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 21, 1143-1192.
- Callaghan, G.M., Gregg, J.A., Marx, B., Kohlenberg, B.S., y Gifford, E. (2004). FACT: The utility of an integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy. *Psychotherapy*, 41, 195-207.
- Cangas, A.J., García-Montes, J.M., López de Lemus, M. y Olivencia, J.J. (2003). Social and personality variables related to the origin of auditory hallucinations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 195-208.
- Carrascoso, F.J. (2001). Algunas implicaciones derivadas y peculiaridades de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Apuntes de Psicología*, 19, 327-360.
- Cartwright-Hatton, S., y Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognition Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 3, 379-296.
- Chadwick, P., Newman, K., y Abba, N. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 351-359.
- Dougher, M.J. (1994). The act of Acceptance. En S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette y M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and Change: content and context in psychotherapy* (págs. 37-45). Reno: Context Press.
- Dougher, M.J., y Hayes, S.C. (1999). Clinical behaviour analysis. En M.J. Dougher (Ed.), *Clinical Behavior Analysis*. (págs. 11-25). Reno: Context Press.
- Ellis, A. (2005). Can Rational-Emotive Behavior Therapy (REBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) resolve their differences and be integrated. *Journal of Rational-Emotive y Cognitive Behavior Therapy*, 23, 153-168.
- Escher, S., Romme, M., Buiks, A. y Deslepaal, P. (2002). Independent course of childhood auditory hallucinations: A sequential 3-year follow up study. *British Journal of Psychiatry*, 181 (43), 210-218.
- Ferro, R. (1998). La aceptación y la terapia de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 217-237.
- Ferro, R. (2000). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema*, 12, 445-450.
- Ferro, R. y Valero, L. (1998). Psicoterapias conductistas: nuevos enfoques clínicos. *Psicologemas*, 12, 31-62.
- Fletcher, L. y Hayes, S.C. (en prensa). Relational Frame Theory, Acceptance and Commitment Therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavioral Therapy*.
- Freeman, D. y Garety, P.A. (1999). Worry, worry processes and dimensions of delusions: an exploratory investigation of a role for anxiety processes in the maintenance of delusional distress. *Behavioural y Cognitive Psychotherapy*, 27, 47-62.
- Freeman, D. y Garety, P.A. (2003). Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusion and hallucinations. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 923-947.
- García-Montes, J.M. (2003). Terapia de Aceptación y Compromiso en la esquizofrenia. En A. J. Cangas y J. Gil (Coords.), *Avances en la etiología y tratamiento de los trastornos del espectro esquizofrénico* (págs. 130-135). Granada: Némesis.

- García-Montes, J.M., Luciano, M.C., Hernández, M. y Zalvivar, F. (2004). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 16, 117-124.
- García-Montes, J. M. y Pérez-Álvarez, M. (2001). ACT como tratamiento de síntomas psicóticos. El caso de las alucinaciones auditivas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 455-472.
- García-Montes, J. M. y Pérez-Álvarez, M. (2003). La Psicoterapia Analítico Funcional. En I. Caro (Ed.), *Psicoterapias cognitivas. Evolución y comparaciones* (págs. 167-186). Barcelona: Paidós Ibérica.
- García-Montes, J.M. y Pérez-Álvarez, M. (2005). Fundamentación experimental y primeras aplicaciones clínicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el campo de los síntomas psicóticos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 379-393.
- García-Montes, J.M. y Pérez-Álvarez, M. (en prensa). Exposition in existential terms of a case of “negative schizophrenia” approached by means of Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy*.
- García-Montes, J.M., Pérez-Álvarez, M., Soto-Balbuena, C., Perona-Garcelán y Cangas (2006). Metacognitions in Patients with Hallucinations and Obsessive-Compulsive Disorder: The Superstition Factor. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1091-1104.
- Gaudiano, B.A. y Hayes, S.C. (en prensa). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: pilot results. *Behaviour Research and Therapy*.
- George, S., Bandopadhyay, S., y Cowan, C. (2005). A case report of informal cognitive therapy of delusions by a carer: a novel paradigm? *European Psychiatry*, 20, 80-81.
- Hayes, S.C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. En S.C. Hayes, N.S. Jacobson, V.M. Follette y M.J. Dougher (Eds.), *Acceptance and Change: content and context in psychotherapy* (pp. 13-32). Reno: Context Press.
- Hayes, S.C. (2005). Stability and Change in Cognitive Behavior Therapy: Considering the implications of ACT and RFT. *Journal of Rational-Emotive y Cognitive Behavior Therapy*, 23, 131-151
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D., y Roche, B. (Eds.) (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Plenum Press.
- Hayes, S.C., Follette, V.M., y Linehan, M.M. (Eds.) (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S.C. y Hayes, L.J. (1992). Some clinical implications of contextualistic behaviorism: The example of cognition. *Behavior Therapy*, 23, 225-249.
- Hayes, S.C. Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C., McCurry, S.M., Afari, N., y Wilson, K.G. (1991). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT). A therapy manual for the treatment of emotional avoidance*. Reno: Context Press
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment*

- Therapy. An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follete, V.M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnoses and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever You Go, There You Are: mindfulness meditation in everyday life*. Nueva York: Hyperion.
- Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy. Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships*. Nueva York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferro, R., Valero, L., Fernández Parra, A., y Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 349-371.
- Leudar, I. y Thomas, P. (2000). *Voices of reason, voices of insanity. Studies of verbal hallucinations*. Londres: Routledge.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Luciano, M.C. (1999). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Fundamentos, características y precauciones. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 497-584.
- Luciano, M.C. y Molina Cobos, F.J. (2003). El trastorno de evitación experiencial y la terapia de aceptación y compromiso. En I. Caro (Ed.), *Psicoterapias cognitivas. Evaluación y comparaciones* (págs. 187-206). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Luciano, M.C. y Hayes, S.C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 109-157.
- Luengo, M.A., García, A. y Fernández, J. (2003). La aceptación de la esquizofrenia en la familia: riesgos y potencialidades. En A.J. Cangas y J. Gil (Coords.), *Avances en la etiología y tratamiento de los trastornos del espectro esquizofrénico* (págs. 142-149). Granada: Némesis.
- Pankey, J. y Hayes, S. (2003). Acceptance and commitment therapy for psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 311-328.
- Pérez-Álvarez, M. (1996a). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez-Álvarez, M. (1996b). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Pérez-Álvarez, M. (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 15-33.
- Pérez-Álvarez, M. (2003). Esquizofrenia y cultura moderna. En A. J. Cangas y J. Gil (Coords.), *Avances en la etiología y tratamiento de los trastornos del espectro esquizofrénico* (págs. 31-40). Granada: Némesis.
- Pérez-Álvarez, M. y García-Montes, J.M. (2006). Entendimiento filosófico de la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 24 (en este volumen).
- Perona-Garcelán, S. (2004). A psychological model for verbal auditory hallucinations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 129-153.
- Perona-Garcelán, S. y Cuevas-Yust, C. (1997). Tratamiento conductual de las

- alucinaciones auditivas en un paciente esquizofrénico: un estudio de caso. *Psicothema*, 9, 33-45.
- Perona-Garcelán, S. y Cuevas-Yust, C. (2002). Aplicación de la terapia cognitivo-conductual sobre las ideas delirantes y las alucinaciones auditivas en un sujeto con el diagnóstico de esquizofrenia. *Psicothema*, 14, 26-33.
- Rojcewicz, S. y Rojcewicz, R. (1997). The "human" voices in hallucinations. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28, 1-41.
- Romme, M.A. y Escher, S. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 209-216.
- Romme, M.A. y Escher, S. (1996). Empowering people who hear voices. En G. Haddock y P.D. Slade (Eds.), *Cognitive-Behavioural interventions with psychotic disorders*. (págs. 137-150). Londres: Routledge.
- Romme, M.A. y Escher, S. (2000). *Making sense of voices*. Londres: Mind publications.
- Sampson, E.E. (1981). Cognitive psychology as ideology. *American Psychologist*, 36, 730-743.
- Sass, L.A. (1992). *Madness and modernism. Insanity in the light of modern art, literature, and thought*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Sass, L.A. (1994). *The paradoxes of delusions. Wittgenstein, Scherber and the schizophrenic mind*. Ithaca: Cornell University Press.
- Velasco, J.A. y Quiroga, E. (2001). Formulación y solución de un caso de abuso de alcohol en términos de aceptación y compromiso. *Psicothema*, 13, 50-56.
- Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 86-95.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

