

Aplicación de la terapia de aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso

José M. García Montes, M. Carmen Luciano Soriano, Mónica Hernández López y Flor Zaldívar Basurto
Universidad de Almería

Se presenta un caso de sintomatología delirante abordado mediante ACT. Primeramente se reconceptúan los delirios como formas activas de Evitación Experiencial. Seguidamente se presenta la historia del cliente y se realiza un análisis funcional de las conductas problemáticas. Se expone la intervención llevada a cabo agrupando la misma en función de los objetivos terapéuticos. Los resultados hallados reflejan una reducción de las verbalizaciones delirantes y de las verbalizaciones de evitación a la par que un incremento en las verbalizaciones de «estar abierto» a la experiencia y de las acciones dirigidas a valores. Finalmente se discuten estos resultados y su relación con el tratamiento de los delirios, haciendo hincapié en la necesidad de un sistema de evaluación que tenga presente el funcionamiento global del individuo.

Application of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in delusional symptomatology: a case study. This article presents a case study of a client with delusions approached by means of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). First of all, delusions are analyzed as active episodes of experiential avoidance. Then, the history of the patient is exposed and a functional analysis of problematic behaviors is intended. This is followed by a description of the intervention carried out, with an order that tries to clarify the goals of the therapy. Results show a progressive lower number of in-session delusional and avoidance speech utterances. At the same time, a progressive higher number of «being open» sentences and actions in direction to personal values are registered. Finally, these results are discussed and related to certain implications for delusions' treatment, with special emphasis on a evaluation approach that takes into account the global functioning of the client.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002) constituye uno de los desarrollos más recientes del conductismo radical en el tratamiento de diversos problemas que presentan pacientes externos (Dougher y Hayes, 1999; Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993). Muy resumidamente puede decirse que el objetivo de la terapia es doble. Por un lado se pretende que el cliente acepte aquellos aspectos de su experiencia que ha estado intentando modificar sin éxito (la ansiedad, las obsesiones, la tristeza, etc.) Por el otro, se intenta que ello no paralice la vida de la persona, de tal forma que el cliente pueda dirigirse hacia aquellas metas que le son personalmente valiosas (relaciones sociales, laborales, etc.) aun teniendo ansiedad, obsesiones o con cualquier otra experiencia hasta entonces bloqueante. Como puede verse, frente a los enfoques cognitivo-conductuales clásicos, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT en adelante) supone un cambio del foco terapéutico. La intervención no va ya dirigida a eliminar o reducir los síntomas, sino que pretende conseguir un *distanciamiento* de la persona respecto de ellos o, lo que es lo mismo, una forma distinta de autoconocimiento (Freixa i Baque, 2003).

La terapia cuenta con resultados a su favor provenientes de estudios comparativos que tuvieron como referente la terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión (Zettle y Hayes, 1986; Zettle y Raines, 1989). Igualmente existen diversos estudios de caso que muestran la utilidad de ACT en trastornos de ansiedad (Carrasco, 1999; Luciano y Gutiérrez, 2001; Zaldívar y Hernández, 2001), depresión (Dougher y Hackbert, 1994), bulimia (Nash y Farnes, 1999) y adicciones (Luciano, Gómez, Hernández y Cabello, 2001; Wilson y Hayes, 2000). Por lo que se refiere a síntomas psicóticos un primer estudio de caso mostró que ACT podría ser de utilidad a la hora de abordar las alucinaciones auditivas, si bien el contexto en que estos pacientes se encuentran puede suponer un grave inconveniente a la hora de poner en práctica la terapia (García y Pérez, 2001). Un estudio controlado de mucho mayor alcance encontró que una intervención mediante ACT de tan sólo 4 sesiones reduce de forma significativa el número de rehospitalizaciones que sufre diverso tipo de pacientes con síntomas psicóticos positivos (Bach y Hayes, 2002). El único subgrupo que no se benefició de la intervención mediante ACT fue aquel compuesto por pacientes con delirios *que negaban tales síntomas*. Y es que, como señalan Bach y Hayes (2002), los delirios pueden constituir una defensa contra ciertos sentimientos de desesperanza o baja autoestima, de tal forma que quizás una intervención tan breve sería incapaz de atajar el problema de fondo.

Tal idea no es, desde luego, nueva en la literatura. Así Zigler y Glick (1988) propusieron que la esquizofrenia paranoide ocultaría

una forma de depresión «camuflada». Por su parte, Roberts (1991) encontró que los pacientes con delirios crónicos presentan un nivel mucho mayor de propositividad y sentido en su vida y niveles menores de depresión e ideación suicida que otro grupo de pacientes esquizofrénicos crónicos en remisión. Más recientemente Bentall, Kinderman y Kaney (1994) han ofrecido un modelo de los delirios de persecución según el cual la función de los mismos sería la de reducir las posibles discrepancias entre el «yo real» y el «yo ideal», lo que ha sido corroborado en diferentes investigaciones (Bowins y Shugar, 1998; Kinderman y Bentall, 1996, 2000). Todo ello hace pensar que los delirios persecutorios pueden ser *formas activas* de lo que se ha dado en llamar «Evitación Experiencial» (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001).

La evitación experiencial tendría lugar cuando una persona no está dispuesta a establecer contacto con sus experiencias privadas y se comporta deliberadamente para alterar tanto la forma o la frecuencia de tales experiencias como las condiciones que las generan. Si se convierte en crónico este patrón de comportamiento puede llegar a producir una limitación en la vida de la persona (Luciano y Hayes, 2001). Ahora bien, si en los trastornos neuróticos clásicos lo que el paciente trata de evitar es el propio síntoma (la ansiedad, las obsesiones, la tristeza, etc.), en los trastornos psicóticos la evitación experiencial sería mucho más elaborada, de tal forma que el síntoma vendría a ser él mismo una forma de evitación de algún otro problema o cuestión. Esta concepción de los delirios como formas activas de evitación experiencial posibilitaría su abordaje mediante ACT y viene a destacar el carácter funcional de la terapia en la línea señalada por Luciano (1999). A continuación se expondrá un caso que pretender servir como ilustración de la lógica que seguiría una intervención ACT en el campo de los delirios persecutorios.

Método

Sujeto e historia del problema

Beatriz es una mujer de 28 años, soltera, que vive con sus padres. Acude a consulta con un diagnóstico de esquizofrenia. En el momento de iniciarse la intervención B. se encontraba bajo tratamiento farmacológico (clorpromazina) desde hacía 9 meses. Los primeros síntomas se remontan a 3 años antes de acudir a terapia cuando B. trabajaba en un bar y conoció a una chica, con quien mantuvo un breve encuentro sexual. Después, B. se asustó y no quiso eludir cualquier contacto con dicha persona. A raíz de este episodio, parece ser que la otra chica sufrió un brote esquizofrénico. Al principio, B. se sentía culpable por ello, pero no así en el momento actual, ya que refiere que esta chica la persigue, le ha retorcido las tripas por telepatía, la ha amenazado de muerte mandándole mensajes a través de terceros, etc. Según comenta un familiar de la cliente, los síntomas se hicieron evidentes al año de este incidente: B. dejó de comer, apenas dormía y tampoco hablaba con las personas de su entorno, aduciendo que «todos estaban compinchados». De la misma forma tuvo que dejar el trabajo, ya que llegó a creer que los clientes eran enviados de esta chica. Por lo que describen sus familiares B. andaba «completamente ida» por la calle. Por todo ello, se decidió su ingreso en Salud Mental. La sintomatología que B. presentaba remitió durante cierto tiempo, pero en el momento de acudir a consulta sigue presentando delirios, un elevado nivel de ansiedad, aspecto motórico muy rígido y sumi-

da en sus delirios. En general, afirma no estar contenta con su vida y demanda del terapeuta «que le saque a esta chica de la cabeza».

Información recogida y análisis funcional

En las primeras sesiones se trató de generar una relación de confianza entre cliente y terapeuta, que permitiera recoger la información relevante del caso y proporcionara un contexto en el que situar la terapia. Igualmente administró el *Metacognition Questionnaire* (Cartwright-Hatton y Wells, 1997) que proporciona datos acerca de la relación que mantiene la persona con sus cogniciones. La información recogida permitió hacer un «esquema» del problema como sigue: Beatriz reclamaba ayuda por estar obsesionada con una persona; se quejaba de estar continuamente pensando en ella, lo que le generaba miedo y angustia; no detectaba situaciones relacionadas con la aparición de estos pensamientos, sino que, como ella decía, «lo relaciono todo». Cuando esos pensamientos aparecían B. intentaba «sacárselos de la cabeza». Para conseguir esto, había estado bajo tratamiento con distintos psiquiatras, tomaba medicación, se había apartado de sus amigos y de su familia, había dejado de ir a sitios, de confiar en la gente, etc. Algunas de estas estrategias habían mostrado ser útiles a corto plazo, pero a largo plazo, estos pensamientos y emociones, lejos de desaparecer, seguían atormentándola. Y lo que es más importante, todos los intentos deliberados por acabar con dichas experiencias privadas, habían tenido un enorme costo en relación con lo que B. quería en su vida, pues había perdido su trabajo, dependía de sus padres, con los que no mantenía una buena relación, no estudiaba, apenas salía con sus amigos, etc. Desde una perspectiva funcional-contextual, el problema de B. podría ser definido como un Trastorno de Evitación Experiencial (T.E.E.) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Luciano y Hayes, 2001).

Procedimiento

Se adoptó la Terapia de Aceptación y Compromiso como un tratamiento radical del TEE. El objetivo de la intervención se centró en conseguir que la cliente caminara por la vida, cambiando aquellas cosas que podía y quería cambiar, y aprendiendo a estar abierta a todo aquello que no es susceptible de cambio, comprometiéndose, al mismo tiempo, con las elecciones de su vida.

Se siguió una terapia intensiva (meses), con una media de 3 sesiones semanales, debido tanto a las propias características del caso como al lugar de residencia de la cliente. Hubo 2 sesiones de evaluación, 23 sesiones de tratamiento, con una pausa tras la 4ª sesión (coincidiendo con las vacaciones de Navidad); un primer seguimiento al mes (3 sesiones) y una nueva sesión de seguimiento a los 10 meses del fin de la intervención. Otra peculiaridad que merece ser destacada es la intervención de dos terapeutas, uno que estuvo presente en todas las sesiones, y otro que se encargó de labores de supervisión y que colaboró en algunas de las sesiones. Todas éstas fueron grabadas en video a excepción de la sesión nº 10 que se realizó a puerta cerrada por abordar un tema relativo a la identidad sexual de B. Se expone a continuación el procedimiento general empleado respondiendo a los objetivos terapéuticos y los componentes centrales en ACT.

Generar una experiencia de desesperanza creativa

El primer paso fue tratar de generar una experiencia de desesperanza creativa, esto es, hacer caer en la cuenta a la cliente del

costo que tiene la evitación. Para ello se utilizó el «esquema» del problema anteriormente citado. El objetivo terapéutico era que B. llegara a experimentar que todo lo que había hecho (y continuaba haciendo) para «sacarse a esa chica de la cabeza», no había servido de nada, pues aunque a corto plazo su lucha había tenido algún sentido, a largo plazo estos pensamientos volvían con más fuerza. En estos momentos de gran confusión se intentó no instruir, no proporcionar a la cliente ninguna estrategia concreta, pues cualquier cosa que se le dijera, podría ser utilizada para hacer lo único que sabe, «seguir cavando» (en referencia a la *metáfora del Campo de Hoyos* (vid. Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002)) Fue muy útil el uso de paradojas a fin de romper los esquemas lógicos que conducen a la evitación. Así, hubo momentos en los que B. decía no entender nada, a lo que el terapeuta replicaba «bien, si no entiendes nada es que lo estas entendiendo». Con ello se respondía a los efectos de la paradoja con una segunda paradoja.

Si bien caer en la cuenta de que no iba a poder acabar con los pensamientos que le atormentaban le provocó gran confusión y pesadumbre, la verdadera desesperanza surgió al darse cuenta de que en el camino había perdido todo lo que para ella era importante: la relación con sus padres, sus hermanos, sus amigos, el trabajo, los estudios, etc. En este sentido tuvo un gran impacto *el ejercicio del Funeral* en el que se le pide a la cliente que imagine que asiste a su funeral y que piense las cuestiones por las que le gustaría ser recordada por sus seres queridos. Este ejercicio fue vivido con una fuerte carga emocional, interrumpiéndose con varios episodios de llanto, ya que B. llegó a sentir que todo aquello que más le importaba, aquello que perdía con la muerte, lo estaba perdiendo ya en vida. En estos momentos se trató de hacerle ver que ella no estaba desesperada, sino que era la situación la que no tenía esperanza. Y no estaba desesperada porque podía responder. El terapeuta, en este punto, le indicó que si bien él no iba a poder ayudarla a «sacarse a esa chica de la cabeza», sí podía ayudarla a retomar su vida y los objetivos que tenía en la misma. Beatriz presentaba un patrón de evitación altamente cronicado, por lo que a lo largo de la intervención hubo numerosas oportunidades para practicar la experiencia de la desesperanza creativa, a la par que se avanzaba en otros objetivos.

Clarificar valores

Todas las técnicas utilizadas en ACT están al servicio de que los clientes mantengan una trayectoria valiosa en su vida. Por ello, desde la primera sesión, se trabajó sobre este objetivo. La cliente mostraba dificultades a la hora de identificar sus valores, centrada como estaba en «sacarse de la cabeza» aquellas ideas que le molestaban. Con este fin, se comenzó proponiendo preguntas abiertas del tipo: «¿qué hay importante en tu vida?, si no hubieras tenido ese miedo, ¿qué estarías haciendo?...». En un principio las respuestas eran altamente imprecisas, y B. sólo alcanzaba a decir que para ella lo más importante eran su familia y sus amigos. Pero, con el transcurso de las sesiones, comenzó a proponer acciones concretas. Al mismo tiempo se fueron haciendo patentes las barreras psicológicas: «antes de eso necesito que me la saques de la cabeza», «necesito que me dejen en paz para hacer mi vida», etc.

Tratando de precisar los valores de la cliente se realizó *el ejercicio para clarificar los valores en diferentes áreas* (vid. Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002). Éste demanda que la cliente establezca líneas de actuación generales que querría

llevar a cabo enmarcadas en diferentes áreas (relaciones íntimas, familia, relaciones sociales, trabajo, estudio y formación, ocio, salud, etc.). A su vez se pretende que se detallen objetivos y acciones concretas que le llevarían por el camino de esos valores, así como las barreras u obstáculos que se prevea puedan aparecer. Así, por ejemplo, en cuanto a las relaciones íntimas, para la cliente era importante mantener una relación de amor y comprensión mutua. Como objetivo se proponía conocer a alguien, y las acciones que pensaba poner en marcha consistían en salir, hablar con la gente, etc. Ella pensaba que la barrera fundamental con la que podía encontrarse eran sus propios pensamientos de «puede ser un amigo de ella; estará compinchado» (de la misma forma se obtuvo información del resto de las áreas, aunque con el fin de agilizar la exposición no se detalla aquí). Desde el momento en el que se pusieron encima de la mesa los valores de la cliente, se dedicó una buena parte de las sesiones a ver qué pasos había dado para «recuperar su vida» (recuérdese la «metáfora del funeral»). También se discutían otras acciones que podía emprender, y se analizaban las barreras que dificultaban moverse en la dirección valiosa. A partir de la sesión 19, tras una recaída en la que B. se apartó del horizonte de sus valores, viéndose atrapada en la lucha con los pensamientos, se introdujo un registro en el que debía anotar las acciones que emprendía para retomar el camino, lo que dio buenos resultados.

Una metáfora de gran relevancia en este caso fue *la metáfora del Jardín* (vid. Luciano y Cabello, 2001; Wilson y Luciano, 2002), y ello en la medida en que ayudó notablemente a poner de manifiesto la necesidad de un trabajo continuado y perseverante para lograr la vida que B. deseaba. En esta metáfora se pide a la cliente que imagine que tiene un jardín. Éste cuenta con distintas parcelas, en referencia a las áreas en las que se agrupan los valores. Se le dice que si uno quiere tener un buen jardín, tiene que trabajarle día a día. Al principio resulta duro, y es difícil ver los frutos del trabajo. Incluso podría ocurrir que plantara las semillas, las regara, y, al final, nada brotara. Pero lo cierto es que la única manera de tener un bonito jardín es trabajándolo. De esta forma, se indicó a la cliente que la única manera de conseguir la vida que quería tener era trabajando, día a día, en la dirección valiosa, sabiendo que los resultados no están garantizados.

El control de los eventos privados es el problema

Otro objetivo al que se orientó el tratamiento fue a que B. contactara con el verdadero problema, que no eran sus pensamientos negativos, el miedo o los sentimientos de culpa, sino aquello que hacía con el propósito de controlarlos. Así, se sugirió que el control funciona con muchas cosas, pero tal vez, con los sucesos privados, las estrategias de control no fueran igualmente eficaces. La cliente disponía de una amplia experiencia en este sentido. En cada sesión surgían nuevas estrategias de control, al hilo de las barreras con las que B. se encontraba en la dirección a sus valores, y para hacer contacto con la inutilidad de la lucha se dispusieron preguntas del tipo: «¿lo has intentado?, ¿y te ha funcionado?, ¿qué te dice tu experiencia?».

El primer paso era que B. llegara a distinguir lo que se puede controlar y lo que no. A este respecto, y para socavar el sistema de creencias que conduce a un patrón de evitación, se utilizaron diversas metáforas como la del *Polígrafo* (vid. Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002). Del mismo modo se introdujeron diferentes ejercicios experienciales. Por ejemplo, se in-

trujo el ejercicio de los números. En éste se le pide a la cliente que recuerde los números 1, 2 y 3, para posteriormente pedirle que se olvide de ellos, lo que obviamente resulta imposible. En la misma línea se presentó el *ejercicio del Reflejo Rotuliano*, en el que se le daba un golpe en la rodilla y se le pedía a la cliente que controlara la respuesta refleja de la misma forma que intentaba controlar sus pensamientos. Se trataba de que B. llegara a abstraer, a través de múltiples ejemplos, que hay ocasiones en las que el control no funciona, e incluso puede tener efectos paradójicos.

A lo largo de las sesiones se presentaron algunas conductas clínicamente relevantes en relación con el control de los eventos privados. Por ejemplo, al cambiar la medicación neuroléptica de clorpromazina a haloperidol (sesión 14), B. se empezó a sentir muy inquieta. Para intentar acabar con esa inquietud se movía constantemente, e incluso se levantaba de la silla. Estos episodios proporcionaron oportunidades para hacerle ver que, mientras trataba de controlar sus experiencias privadas, se perdía el establecer una buena relación terapéutica, lo que para ella representaba un valor vital, a la par que se normalizaba la exposición a tales sensaciones.

Desliteralización o desactivación de las funciones verbales

Otro de los objetivos en ACT es alterar el contexto de literalidad, por el cual los clientes se comportan ante las palabras como si se tratara de los hechos a los que dichas palabras se refieren. B. pensaba que la iban a matar, y ante ese pensamiento actuaba como si el peligro de muerte fuera inminente, esto es, escapando. El propósito de la intervención era que las palabras no llegaran a controlar conductas que situaban a la cliente en contra de la dirección que quería seguir. Así se utilizaron distintas técnicas para que B. pudiera ver sus pensamientos y sus sentimientos como lo que son y no lo que dicen ser. Por ejemplo, se introdujo el *ejercicio de repetir muchas veces, y sin parar, una palabra* (vid. Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002), en este caso «guindilla», elegida por la propia cliente. Al pronunciar esta palabra una sola vez, B. comentó que notaba la saliva en su boca y que, prácticamente, experimentaba lo mismo que si la guindilla estuviera presente. Pero tras repetir muchas veces la palabra lo único que quedaba eran los sonidos, y B. ya no tenía las sensaciones que le aparecieron cuando la pronunció la primera vez. De la misma forma, se le pidió que repitiera muchas veces uno de los pensamientos que más frecuentemente le asaltaban: «me van a matar». Se trataba de cambiar el contexto en el que estas palabras aparecían, de forma que llegara a diferenciar los pensamientos de sus funciones.

B. contaba con una mente evaluadora, que le hablaba todo el día. Para estar abierto a lo que la mente dice se introdujo el *ejercicio de Sacar la Mente a Pasear* (vid. Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002) En este ejercicio, el terapeuta tomaba el papel de la mente de la cliente mientras daban un paseo por el campus, y constantemente le decía cosas como «te van a matar», «te persiguen», etc. La cliente, por su parte, debía andar por donde quisiera, independientemente de lo que la «mente» le dijera. Este ejercicio fue repetido en tres ocasiones. Durante la realización de este ejercicio, en algunos momentos, la cliente empezaba a discutir con «su mente» como hacía en su vida cotidiana. Si esto ocurría el terapeuta le decía «nunca discutas con tu mente». Acto seguido, y de vuelta a la consulta, se insinuaba que discutir con la mente sería equivalente a discutir con un loro y «¿nos va a hacer caso un loro por muchas y buenas razones que le demos?». Estos ejercicios, y otros equivalentes fueron retomados hasta que

B. estuvo dispuesta a contactar con sus experiencias privadas, sin que ello supusiera una alteración en el camino de su vida (en un sentido similar, vid. el excelente caso de Cuevas-Yust, Perona-Garcelán y Martínez-López, 2003).

Separación del Yo contexto y el Yo contenido

Para Beatriz, su «yo» estaba íntimamente ligado a sus propios contenidos verbales. Éstos eran tenidos por ella como molestos, desagradables y terribles. Por ello, estaba en una guerra continua para eliminarlos, sin entenderlos como una parte de sí misma. El objetivo aquí era crear la experiencia del yo, esto es, un contexto seguro desde el cual poder contemplar los pensamientos, emociones y sentimientos, tanto los que le resultaban agradables, como aquellos que más duelen.

Se introdujo, en este punto, la *Metáfora del Tablero* (vid. Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002). Así, se le pide a la cliente que imagine un tablero, con todas sus figuras: las blancas que serían aquellas experiencias privadas que resultan agradables, y las negras que serían aquellas que entiende como desagradables o dolorosas. Se trató de hacerle ver que tanto las figuras blancas como las negras formaban parte de ella, pero ella era algo más que sus ideas, ella era el tablero que las contenía a todas. Empeñada en la lucha entre las piezas, B. había descuidado mover el tablero (con las piezas que fueran) en una dirección valiosa.

También se realizó el *ejercicio del Observador de sí mismo* (vid. Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002). B. pudo verse aquí con distintas edades y las diferentes fisonomías que había tenido en su vida, realizando distintos papeles, con estados de ánimo contrapuestos, y aun así siempre había algo común, la persona que se veía de todas esas formas distintas, y que era siempre ella.

Estar abierto a los eventos privados y comprometerse con la dirección elegida

Todos los componentes expuestos hasta el momento sientan las bases para facilitar que B. abandonara la lucha y se dirigiera hacia donde quería en la vida, haciendo un hueco a los pensamientos, recuerdos y emociones anteriormente evitados. Desde las primeras sesiones se trabajó para que B. fuera dando pasos en dirección a sus valores, pero al mismo tiempo fueron apareciendo las barreras. En este punto se indicó que hay que pagar un precio por ir hacia las cosas que uno quiere por medio de distintas metáforas como la *metáfora del Autobús* (vid. Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002). Se trabajó para detectar la lucha y abandonarla, y se introdujo el *ejercicio de «ponerse enfrente»* (vid. Luciano y Cabello, 2001; Wilson y Luciano, 2002). El terapeuta, haciendo el papel de los pensamientos de la cliente, se situaba enfrente impidiendo a B. llegar a un lugar en la consulta que simbolizaría una dirección valiosa para ella. Al mismo tiempo, le iba diciendo aquellas cosas que le decía su mente: «te van a matar», «no va a acabar nunca», «no vas a poder», etc. En un principio la cliente trataba de apartar al terapeuta para pasar, hasta que pudo comprobar que eso no daba resultado, pues cuanto más empujaba ella más lo hacía el terapeuta. Sus ideas seguían interponiéndose entre ella y sus valores. Se le propuso, entonces, una alternativa: coger a las ideas del brazo y caminar con ellas hacia el lugar que quería. Como se le hizo explícito a la cliente, todo lo que se había hecho en la terapia estaba destinado a que cuando aparecieran las barreras verbales que

anteriormente la habían paralizado pudiera cogerlas y llevarlas. No se trataba de que Beatriz quisiera tener pensamientos de «me van a matar», o sentimientos de tristeza, sino que estuviera abierta a experimentarlos si ello estaba al servicio de sus valores.

Especial relevancia tuvo también la *metáfora de montar en bicicleta*. En ésta se le plantea a la cliente cuál es la única forma de aprender a montar en bicicleta y convertirse en un buen ciclista: practicando mucho. Cuando uno empieza a montar es fácil caerse. Pero la única manera de aprender es volviendo a montar. A veces, cuando uno monta en bicicleta puede soplar viento en contra, y uno tiene que invertir mucho esfuerzo. Pero no se puede controlar el viento. La cliente estaba aprendiendo a caminar en la dirección de sus valores, y los principios siempre son duros. Hubo momentos, a lo largo de la terapia en los que sopló mucho viento en contra para B. y le era difícil continuar haciendo aquello que era valioso. En el proceso, tuvo que caer y aprender a levantarse, y llevar las riendas de su vida. Al final, en las sesiones de seguimiento, B. se encontraba feliz, acompañada, con una medicación que la protegía, esto es, montaba en bicicleta con el viento a favor. En estos momentos se destacó la importancia de seguir en la dirección de los valores de cada uno no sólo en los momentos en los que no sopla el viento, sino en aquellos en los que sopla fuerte el viento en contra.

Resultados

La tabla 1 refleja los cambios habidos en las puntuaciones del Metacognition Questionnaire (Cartwright-Hatton y Wells, 1997) a lo largo de la intervención. La variación más notoria se ha produ-

cido en relación con el factor «superstición y responsabilidad sobre los propios pensamientos», que mide hasta qué punto el paciente considera que sus pensamientos pueden provocar algún efecto directo sobre el mundo, así como el grado de responsabilidad que se atribuye por tener ciertos pensamientos. Este factor tendría que ver, pues, con la credibilidad que se otorga a los pensamientos y con grado de fusión que mantiene el paciente con ellos.

En la figura 1 se muestran los cambios producidos en relación con las ideas delirantes. En la primera fase de la intervención se produce un descenso en el número de verbalizaciones delirantes ocurridas en sesión. A partir de la sesión 22 no volvió a presentarse ninguna referencia a las mismas.

La figura 2 muestra comportamientos en sesión. Por un lado, verbalizaciones referidas a los intentos de control de recuerdos, pensamientos y emociones que producían gran malestar; por otro, verbalizaciones de estar abierta a la vida. Se observa claramente que fueron mucho más frecuentes las verbalizaciones de evitación y los intentos de control. Aunque en algunas sesiones ambos tipos de verbalizaciones corrieron parejas, las de evitación repuntan coincidiendo con el cambio de medicación que tuvo lugar entre las sesiones 14 y 15. Sólo se invierte la proporción en las sesiones de seguimiento, coincidiendo con otro cambio de medicación antipsicótica (sesión 25) a la par que con la práctica de caminar por lo que a B. más le importa.

La figura 3 muestra la frecuencia de actuaciones en dirección a los valores. Durante la primera fase de la intervención apenas se ponen en marcha acciones en la dirección valiosa. El avance coincide con las sesiones especialmente dedicadas a clarificar los valores y

Tabla 1

Cambios registrados en las puntuaciones de los distintos factores del cuestionario de metacogniciones (Cartwright-Hatton y Wells, 1997). Se recoge la fase de evaluación inicial (Ev. inicial), el primer seguimiento (Seg. 1) y el último seguimiento (Seg. 2)

Factor del MCQ	Ev. inicial	Seg. 1 (1 m)	Seg. 2 (10 m)
Creencias sobre los aspectos positivos de estar preocupado	41	46	31
Creencias sobre incontrolabilidad y peligro de los pensamientos	54	54	48
Desconfianza sobre los procesos cognitivos	28	36	26
Creencias relacionadas con superstición y responsabilidad que la persona asume sobre sus pensamientos	38	32	26
Autoconciencia cognitiva	27	26	28

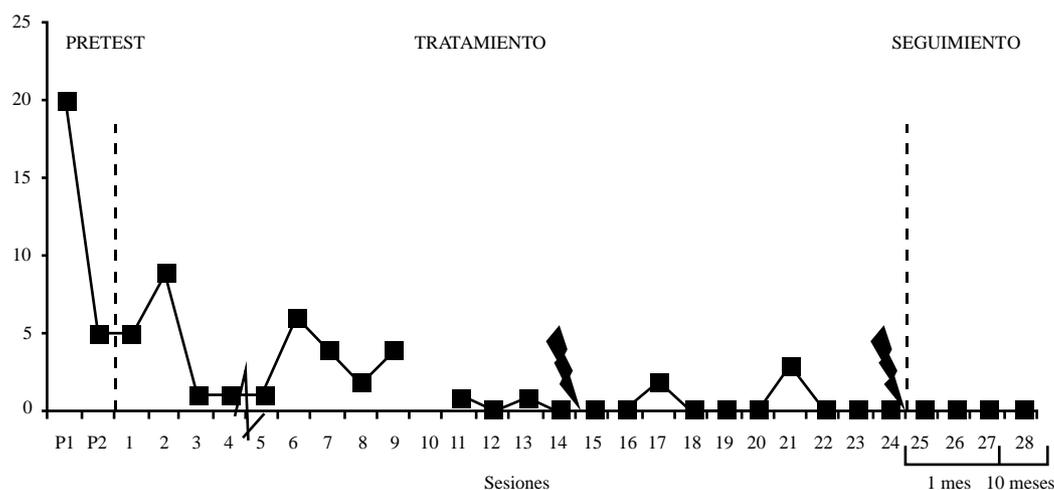


Figura 1. Frecuencia de verbalizaciones delirantes emitidas en la sesión. La ruptura en el eje inferior señala el momento en el que no hubo sesiones coincidiendo con las vacaciones. Los «rayos» señalan los cambios en la medicación antipsicótica

definir la dirección, pero el cambio fundamental se produce a partir de la sesión 19 cuando se produce una recaída que obliga a valorar lo conseguido hasta el momento, a la par que se introduce, como apoyo, un registro de actuaciones en la dirección valiosa. Aunque no se muestra en la gráfica, ha de resaltarse que paralelamente se produjo un descenso en las renunciaciones que B acostumbraba, esto es, hubo oportunidades en las que la cliente hubiera podido no actuar conforme a los valores de su vida y sin embargo lo hizo.

En el primer seguimiento, B. había recuperado parte de su vida, tenía más cosas plantadas en su jardín, que debía seguir cuidando, etc. Pero, como se le indicó, «la verdadera terapia comienza cuando acaba ésta». Progresivamente se ha ido bajando la medicación antipsicótica y en la actualidad B. se mantiene con una dosis mínima de risperidona.

Discusión

La evolución de la paciente ha seguido, contingentemente a la aplicación de ACT, un curso positivo en diversos aspectos relati-

vos tanto a la sintomatología, como en lo que es más relevante, las acciones emprendidas en su vida. En primer lugar, debemos señalar que los resultados obtenidos no pueden atribuirse sin más a la intervención realizada. Durante el tiempo en que se desarrolló el tratamiento B. fue tratada con tres tipos diferentes de medicación antipsicótica. Se supone que los tres tipos de medicación tienen un efecto equivalente sobre los delirios, pero afectan diferencialmente a los niveles de sedación por su acción anticolinérgica y extrapiramidal. Por tanto, el mantenimiento de los fármacos junto con el tratamiento psicológico hace que los efectos conseguidos se deban atribuir al contexto interactivo de ambos tratamientos. Con todo, varios aspectos parecen indicar que, cuanto menos, ACT ha tenido cierto peso en el logro de tales mejorías. En primer lugar, se observa que a pesar de variar la medicación antipsicótica, se ha producido una reducción no sólo en los pensamientos delirantes sino en la faceta central de cualquier trastorno, esto es, un aumento en las acciones valiosas para B. En segundo lugar, la medicación antipsicótica suele ser eficaz a la hora de reducir la sintomatología, pero no tanto a la hora de activar al sujeto a emprender

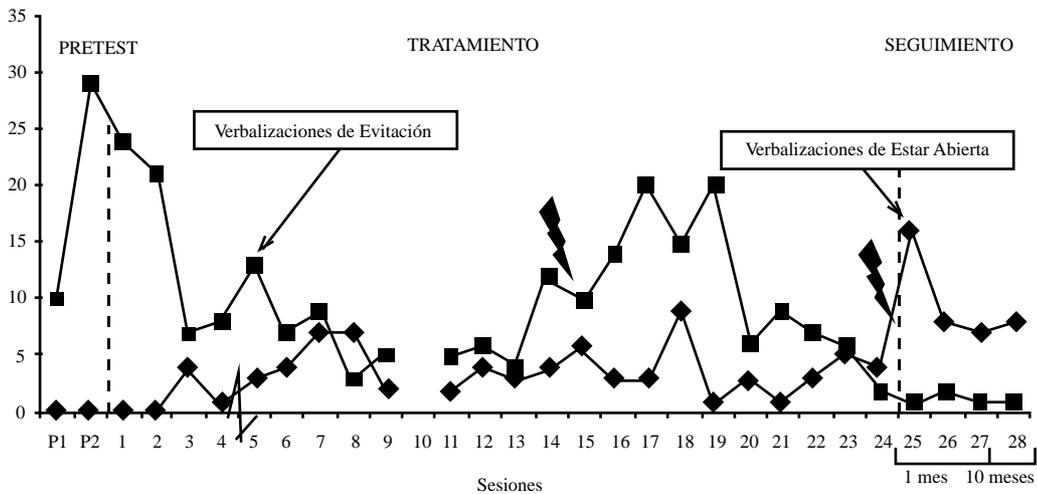


Figura 2. Frecuencia de verbalizaciones referidas a los intentos de control o evitación de los eventos privados y verbalizaciones de estar abierta a los mismos ocurridas en sesión. La ruptura en el eje inferior señala el momento en el que no hubo sesiones coincidiendo con las vacaciones. Los «rayos» señalan los cambios en la medicación antipsicótica

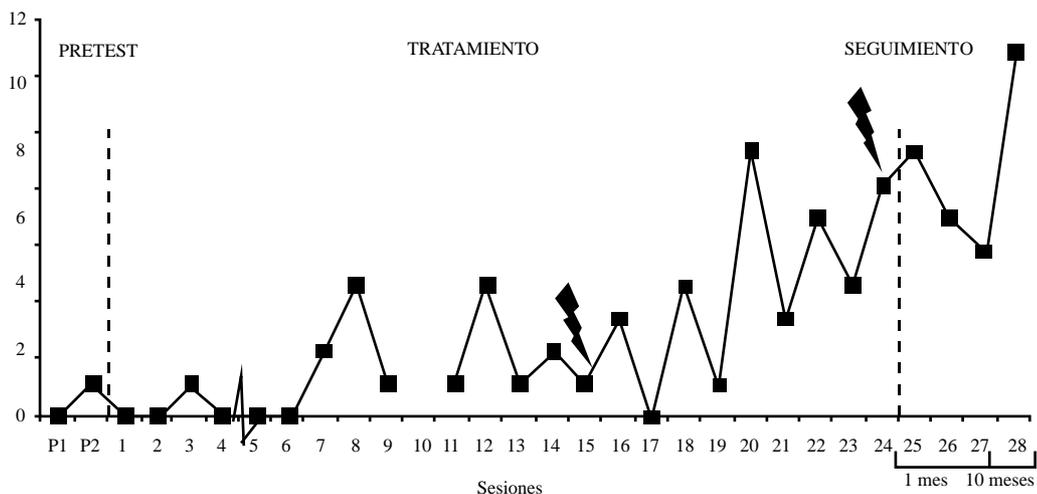


Figura 3. Frecuencia de actuaciones de la cliente en dirección a sus valores. La ruptura en el eje inferior señala el momento en el que no hubo sesiones coincidiendo con las vacaciones. Los «rayos» señalan los cambios en la medicación antipsicótica

nuevas acciones o empeñarse en alcanzar ciertos logros. Cabe señalar que el sucesivo cambio de medicación supuso una menor sedación y, por ello, una condición motivacional más propicia al cambio. Ahora bien, B. comenzó a dar pasos constructivos de un modo contingente a los componentes del tratamiento psicológico, con un repunte clínicamente significativo al concluir el tratamiento psicológico, esto es, durante el seguimiento. Este dato es una réplica del obtenido en otros casos al igual que lo es el valor terapéutico de las recaídas que afianzan o cambian la dirección que el cliente le da a su vida (véanse otros casos recopilados en Luciano, 2001).

Por otro lado, la importante reducción en la puntuación del factor «superstición y responsabilidad sobre los propios pensamientos» del MCQ difícilmente puede explicarse a partir del tratamiento farmacológico. Justamente el descenso en la puntuación de dicho factor vendría a mostrar que la terapia ha conseguido su propósito. Recuérdese que éste no es ya reducir o eliminar la sintomatología; sino producir un *distanciamiento* con respecto a ciertos sucesos privados, de tal forma que no controlen la vida de la persona.

Para conseguir esto creemos que un factor de especial importancia ha sido el trabajo en valores. Si los delirios constituyen formas activas de evitación de ciertos sentimientos de fracaso (Bentall et al., 1994; Roberts, 1991; Zigler y Glick 1988), sería fundamental que la cliente fuera adquiriendo un cierto sentido de capacidad, valía y control sobre su vida. Esto sólo puede lograrse en la medida en que sus acciones diarias se sitúen en un marco que el cliente considere importantes y que facilite la ruptura entre pensar de un modo limitante y comportarse en esa misma dirección. En este sentido, el foco de la intervención han sido los valores de B., en vez de los síntomas. La experiencia de B con los intentos para controlar sus delirios había producido resultados perjudiciales en su vida, de modo que se trataba de facilitar el distanciamiento de los delirios, abordándolos como componentes de una clase funcional, por lo que se trató de romper la relación entre pen-

sar (o sentir) en un sentido y actuar en esa misma dirección. Para ello se han utilizado muy variados ejemplos, metáforas y ejercicios provenientes, a su vez de ámbitos diversos, ya que exponer a situaciones específicas limitaría el tratamiento y produciría numerosas recaídas (Luciano, 1999).

Finalmente, un punto que querríamos abordar se refiere al sistema de evaluación utilizado. Dados los objetivos que ACT se propone carecería de sentido una evaluación centrada únicamente en la frecuencia de la sintomatología. Sin embargo, no se trata tanto de rechazar el uso de cuestionarios como de ponerlos en un contexto adecuado. Así, en el presente trabajo se ha utilizado el MCQ. Con ello se pretende resaltar que las pruebas que se utilicen deberían ir dirigidas más a averiguar la relación que el paciente establece con sus síntomas que a determinar el grado en que éstos tienen lugar. Por ello, la mejor forma de evaluar la efectividad de la terapia es atender a los logros u objetivos que el cliente consigue en su vida, que serían tanto más indicativos de un progreso terapéutico si se acompañan de ideas persecutorias, tristeza, ansiedad o cualquier otro síntoma que anteriormente paralizaba la vida del paciente (Luciano, 1999, 2001; Luciano y Hayes, 2001). Es posible (e incluso probable) que a lo largo de su vida B. vuelva a tener ideas extrañas o a sentirse triste y nerviosa. El punto, entonces, sería que tales síntomas no fueran ya óbice para que la paciente siga haciendo aquello que le es personalmente valioso. En definitiva, creemos que esta aplicación de ACT al campo de la sintomatología delirante ofrece, a pesar de limitaciones que conlleva un estudio de caso y, en general, las formas de intervención psicológica (Fuentes, 2002), una nueva alternativa a la hora de entender, evaluar y tratar este tipo de problemas.

Nota

Este caso formó parte de la investigación correspondiente al proyecto I+D PB98-1004 bajo la dirección del segundo autor.

Referencias

Bach, P. y Hayes, S.C. (1992). 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*, 1.129-1.139.

Bentall, R.P., Kinderman, P. y Kaney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy, 32*, 331-241.

Bowins, B. y Shugar, G. (1998). Delusions and self-esteem. *Canadian Journal of Psychiatry, 43*, 154-158.

Carrascosa, F.J. (1999) Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el trastorno de angustia con agorafobia: un estudio de caso. *Psicothema, 11*, 1-12.

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.

Cuevas-Yust, C., Perona-Garcelán, S. y Martínez López, M.J. (2003). Tratamiento cognitivo conductual de un paciente con diagnóstico de trastorno delirante. *Psicothema, 15*(1), 120-126.

Dougher, M.J. y Hackbert, L. (1994). A behavior analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures. *The Behavior Analyst, 17*, 321-334.

Dougher, M.J. y Hayes, S. C. (1999). Clinical behavior analysis. En M.J. Dougher (Ed.), *Clinical Behavior Analysis*. (pp. 11-25). Reno: Context Press.

Feixa i Baqué, E. (2003). El conocimiento de sí mismo desde la óptica conductista. *Psicothema, 15*(1), 1-5.

Fuentes, J.B. (2002) El carácter equívoco de la institución psicológica. *Psicothema, 14*(3), 608-622.

García, J.M. y Pérez, M. (2001). ACT como tratamiento de síntomas psicóticos. El caso de las alucinaciones auditivas. *Análisis y Modificación de Conducta, 27*, 455-472.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New 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*, 1.152-1.168.

Kinderman, P. y Bentall, R.P. (1996). Self-discrepancies and persecutory delusions: evidence for a defensive model of paranoid ideation. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 106-114.

Kinderman, P. y Bentall, R.P. (2000). Self-discrepancies and causal attributions. Studies of hypothesized relationships. *British Journal of Clinical Psychology, 39*, 255-273.

Kohlenberg, R.J., Hayes, S.C. y Tsai, M. (1993). Radical behavioral psychotherapy: two contemporary examples. *Clinical Psychology Review, 13*, 579-592.

Luciano, M.C. (1999). La psicoterapia analítico funcional (FAP) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y precauciones. *Análisis y modificación de conducta, 25*, 497-584.

- Luciano, M.C. (2001) (ed.) *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Libro de casos*. Valencia: Promolibro.
- Luciano, M.C. y Cabello, F. (2001). Trastorno de duelo y ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 313-324.
- Luciano, M.C., Gómez, S., Hernández, M. y Cabello, F. (2001). Alcohólico, evitación experiencial y terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 333-371.
- Luciano, M.C. y Gutiérrez, O. (2001). Ansiedad y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 113, 373-398.
- Luciano, M.C. y Hayes, S.C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- Nash, H.M. y Farmer, R. (1999). *Modification of bulimia-related behavior in the context of Acceptance and Commitment Therapy*. Comunicación presentada en Association for Behavior Analysis. Chicago, IL.
- Roberts, G. (1991). Delusional belief systems and meaning in life: a preferred reality? *British Journal of Psychiatry*, 159, 19-28
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento Conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Wilson, K.G. y Hayes, S.C. (2000) Why it is crucial to understand thinking and feeling: an analysis and application to drug abuse. *The Behavior Analyst*, 23, 25-43.
- Zaldivar, F. y Hernández, M. (2001). Terapia de Aceptación y Compromiso: aplicación a un trastorno de evitación experiencial con topografía agorafóbica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 425-454.
- Zettle, R.D. y Hayes, S.C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: the context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30-38.
- Zettle, R.D. y Raines, J.C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 438-445.
- Zigler, E. y Glick, M. (1988). Is paranoid schizophrenia really camouflaged depression? *American Psychologist*, 43, 284-290.