

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

Diversas Aplicaciones Clínicas
Ansiedad, Depresión y Psicosis



Ps Jaime E Vargas M

CONTENIDO:

ANSIEDAD

- 1.- Terapia de aceptación y compromiso (act) en el trastorno de angustia con agorafobia:
un estudio de caso
Francisco Javier Carrascoso López
- 2.- Más Allá de los Comportamientos Evitativos. Un Estudio de un Caso de Crisis de Angustia con Agorafobia desde la Perspectiva de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)
Guillermo Blanco Bailac
- 3.- Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el Tratamiento del Desorden de Pánico:
Algunas consideraciones de la Investigación sobre Procesos Básicos
Carrascoso-López & Valdivia-Salas
- 4.- Terapia grupal de aceptación y compromiso para la ansiedad por la salud (ACT-G):
Un ensayo controlado al azar
Eilenberg, Fink, Jensen & Rief
- 5.- Terapia de aceptación y compromiso para niños y adolescentes ansiosos:
Protocolo de estudio para un ensayo controlado al azar
Swain, Hancock, Dixon, Koo & Bowman
- 6.- Aplicación de la Terapia de Aceptación Y Compromiso (ACT) en trastornos de ansiedad en la infancia. Un caso de fobia a la oscuridad
Ruiz, Luciano, Vizcaíno & Sánchez
- 7.- Una Revisión de la Terapia de Aceptación y Compromiso para los Trastornos de Ansiedad
Katie Sharp

DEPRESIÓN

- 8.- Breve Tratamiento ACT de la Depresión
Zettle & Hayes
- 9.- Una Explicación Analítico-conductual de la Depresión y el Reporte de un Caso utilizando procedimientos basados en la Aceptación
Dougher & Hackbert
- 10.- Intervención breve de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en ancianos institucionalizados con sintomatología depresiva
Ruíz-Sánchez, Cangas-Díaz y Barbero-Rubio
- 11.- Terapia de Aceptación y Compromiso para el Tratamiento de la Depresión con Adolescentes:
Un estudio piloto en un escenario psiquiátrico ambulatorio
Hayes & Sewell
- 12.- El enfoque de la Terapia de Aceptación y Compromiso para el Suicidio Adolescente
Murrell, Al-Jabari, Moyer, Novamo & Connally

PSICÓISIS

13.- Terapia de Aceptación y Compromiso para la Psicosis

Pankey & Hayes

14.- Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) a sintomatología delirante:

Un estudio de caso

García, Luciano, Hernández & Zaldívar

15.- Terapia de Aceptación y Compromiso para la disfunción emocional luego de la Psicosis

White, Gumley, McTaggart, Rattrie, McConville, Cleare & Mitchell

16.- Terapia de Aceptación y Compromiso aplicada a la esquizofrenia.

Estado actual y direcciones futuras.

García & Pérez



Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el trastorno de angustia con agorafobia:

Un estudio de caso

Francisco Javier Carrascoso López

Psicothema, 1999, 11, 1-12

Desde el punto de vista de la ACT se asume que centrar únicamente el esfuerzo terapéutico en topografías de respuesta definidas operacionalmente, como los pensamientos o la hiperventilación, sobre las que se postula su rol causal, oscurece factores que pueden ser críticos en la etiología y el mantenimiento del trastorno de angustia, tales como los factores contextuales, entendidos como *setting factors* (Kantor, 1924) o como contextos *socioverbales* (Hayes, 1987). Es decir, un pensamiento catastrofista relacionado con una brusca aceleración de la tasa cardiaca adquiere su papel causal no por sí mismo, sino en relación con un marco o escenario (*setting*) convencional.

En este sentido, Hayes y Hayes (1992) han propuesto que la intervención psicológica debe orientarse a la modificación del contexto que transforma en problemáticas un conjunto de topografías de respuesta; esto es, en términos estrictamente conductistas radicales, el objetivo de cambio debe ser una clase de conducta contextualmente controlada.

MÉTODO

Sujeto

El usuario fue un varón de 28 años de edad, de estado civil soltero, con pareja y un nivel académico de primer año de estudios profesionales.

Su problema comenzó 5 años antes de acudir por primera vez a nuestra consulta... Debutó con un ataque de pánico inesperado... dos semanas más tarde se produjo un nuevo ataque... comenzando un periodo con ataques... prácticamente diarios. El usuario acabó abandonando los estudios... pedía consejos... a sus amigos y especialmente a su novia, estudiante de psicología en aquel tiempo... en el caso de que los ataques se llegaran a desarrollar, escapaba de la situación presente. En el periodo precedente al inicio del tratamiento sólo aparecían crisis ocasionales... cuyas sensaciones fisiológicas fundamentales eran la taquicardia, la opresión torácica y la sensación de ahogo. Se mantenían las conductas de evitación y escape y la aprensión de nuevos ataques. De este modo el usuario fue diagnosticado según la taxonomía DSM-IV, de trastorno de angustia con agorafobia (300.21).

Materiales

Se llevaron a cabo cuatro entrevistas clínicas semiestructuradas con el usuario. Paralelamente, se le administró una batería de pruebas con los siguientes elementos: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Penn Worry State Questionnaire (PSWQ),

Inventario de Agorafobia de Echeburúa y del Corral (IA), Cuestionario de Temores de Wolpe, Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) versión colectiva. El STAI, el BAI y el PSWQ fueron administrados durante la línea base, a la novena sesión y al alta. El resto de cuestionarios se emplearon en línea base y al alta.

Para el registro de la frecuencia de los ataques, se empleó la Hoja de Registro de Ataques de Pánico de Barlow y Cerny (1988). Para el análisis de la conducta en general durante las situaciones problemáticas y los ataques de pánico y la contabilización de la frecuencia de las conductas de evitación y de escape, se solicitó al usuario que cumplimentara un autorregistro estándar con columnas referidas a la situación, los pensamientos, la emoción, la conducta y las consecuencias.

El análisis funcional realizado (ver Figura 1), determinó que el problema del usuario podía ser descrito como un caso de insensibilidad a las contingencias.

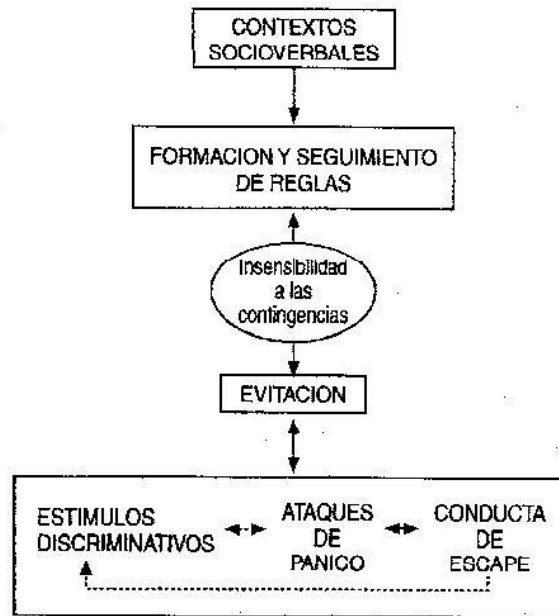


Figura 1

Como objetivos funcionales para la intervención se seleccionaron los siguientes: a) romper el control por estímulos de la conducta de tracking; b) que el usuario formulara reglas de tipo diferente al track o tracks más precisos; c) eliminar las clases de conducta de escape y evitación; d) alterar los contextos socioverbales que dotan de función a las clases de conducta operativas en el mantenimiento del problema. Como objetivos de cambio específicos y propios de la ACT se seleccionaron las cinco metas propias de esta terapia: a) establecer un estado de desesperanza creadora; b) hacer ver el control como problema; c) diferenciar entre el yo y la conducta; d) abandono de la lucha contra los síntomas; e) compromiso y aceptación.

PROCEDIMIENTO

Se pactó con el usuario una intervención mínima de 12 sesiones, negociable a ejecutar tras las 4 sesiones de línea base. Las sesiones 1 a 7 tuvieron una periodicidad semanal, las sesiones 8 a 10 una periodicidad quincenal y las sesiones 11 y 12 una periodicidad mensual, procediéndose al alta en la sesión 12. Todas las sesiones tuvieron una hora de duración. El programa de intervención finalmente ejecutado, sus técnicas y sus objetivos funcionales y específicos, quedan recogidos en la Tabla 1.

SE- SIÓN	OBJETIVOS DE ACT OBJETIVOS FUNCIONALES	TÉCNICAS EMPLEADAS
1	ACT: - Generar desesperanza creativa - Abandono de la lucha con los síntomas FUNCIONALES: - Romper control por estímulos del tracking - Iniciar alteración de contextos socioverbales	- Información sobre el problema - Metáfora de los hoyos - Metáfora del autobús - Discusión socrática
2	ACT: - Hacer ver el control como problema FUNCIONALES: - Formular reglas diferentes - Seguir con objetivos de sesión 1	- Respiración diafragmática - Metáfora del polígrafo - Habla paradójica
3	ACT: - Abandono de la lucha con los síntomas FUNCIONALES: - Iniciar eliminación de escape y evitación - Seguir con objetivos de sesión 2	- Tarea de pares asociados - Experimento de hiperventilación - Habla paradójica - Revisión de convenciones lingüísticas
4	ACT: - Seguir con objetivos de sesión 3 FUNCIONALES: - Seguir con objetivos de sesión 3	- Mismas técnicas que en sesión 3 - Ejercicios de hacer por ganas (autoexposición en vivo)
5	- Mismos objetivos ACT y FUNCIONALES que en sesión 4	- Mismas técnicas que en sesión 4
6	ACT: - Revisar el control como problema - Compromiso y Aceptación FUNCIONALES: - Mismos objetivos que en sesión 5	- Experimento de controlar la respiración - Ejercicios de hacer por ganas (autoexposición en vivo)
7	- Mismos objetivos ACT y FUNCIONALES que en sesión 6	- Ejercicios de hacer por ganas (autoexposición en vivo)
8	- Mismos objetivos ACT y FUNCIONALES que en sesión 7	- Ejercicios de hacer por ganas (autoexposición en vivo) - Metáfora del río y la cámara
9-12	- Revisión de objetivos ACT y FUNCIONALES de sesiones anteriores	- Ejercicios de hacer por ganas (autoexposición en vivo) - Habla metafórica - Habla paradójica

RESULTADOS

Los resultados cuantitativos obtenidos pueden verse recogidos en la Tabla 2. Como se aprecia en la Tabla 2, los instrumentos empleados exhibieron patrones de cambio diferentes y complejos. La escala A/R del STAI mostró apreciables descensos durante el curso del tratamiento, así como las puntuaciones del BAI y en todas las escalas del ISRA en especial en el factor 3 (ansiedad fóbica).

Aunque globalmente se observa una importante disminución de puntuación al alta, los datos expuestos en la Tabla 2 muestran que sólo en Respuestas fisiológicas y respuestas cognitivas se produjeron disminuciones apreciables de puntuación respecto a la línea base.

PRUEBAS (Con tres momentos de administración)	LÍNEA BASE	9ª SESIÓN	ALTA
STAI			
- ANSIEDAD ESTADO (A/E)	11	10	3
- ANSIEDAD RASGO (A/R)	60	30	15
BAI	32	1	1
PSWQ	43	36	33
PRUEBAS (Con dos momentos de administración)	LÍNEA BASE		ALTA
CUESTIONARIO DE TEMORES DE WOLPE	92		104
IA			
ÁREA DE RESPUESTAS MOTORAS			
- Lugares			
* Solo	6		10
* Acompañado	2		7
- Transportes			
* Solo	9		9
* Acompañado	9		8
- Situaciones			
* Solo	13		7
* Acompañado	9		6
ÁREA DE RESPUESTAS FISIOLÓGICAS			
* Frecuencia	26		3
* Grado de temor	26		3
ÁREA DE RESPUESTAS COGNITIVAS			
- PUNTUACIÓN TOTAL	111		54
ISRA			
- ANSIEDAD COGNITIVA	60		10
- ANSIEDAD FISIOLÓGICA	70		20
- ANSIEDAD MOTORA	80		40
- ANSIEDAD TOTAL	70		15
- F-I	55		20
- F-II	30		15
- F-III	99		25
- F-IV	50		35
MMPI (Factores de segundo orden)			
- NEUROTICISMO	63		57
- PSICOTICISMO	50		53
- INTROVERSIÓN	50		54

Respecto a la frecuencia de los ataques de pánico y las clases de conducta de evitación y escape, su evolución puede apreciarse en la Figura 2.

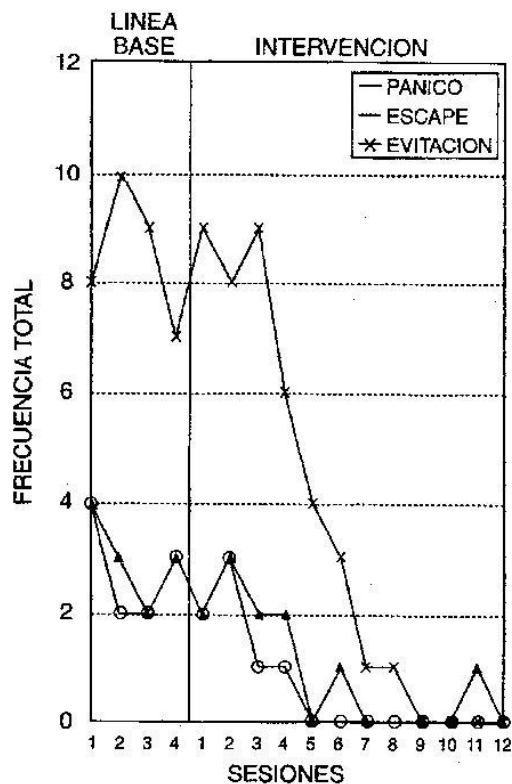


Figura 2

En la Figura 2 se observa cómo la frecuencia de los ataques de pánico y de las clases de conducta de evitación y escape, disminuyó siguiendo patrones diferentes, relativamente dissociados unos de otros.

DISCUSIÓN

En general la ACT se mostró tan efectiva como los programas cognitivo-conductuales estándar en este estudio de un caso de trastorno de angustia con agorafobia, tanto en términos de tiempo de intervención empleado como de efectividad clínica. Teniendo en cuenta el formato de terapia individual de este estudio de caso, esta conclusión es similar a la extraída por Zettle y Hayes (1986) en una presentación de resultados preliminares de investigación sobre la ACT.

No se empleó en ningún momento la reestructuración cognitiva, sin embargo, se produjeron cambios en la manera de referirse del usuario a su problema. Concurrentemente a estos cambios, se comenzó a romper la funcionalidad de la clase de conducta de escape, lo que llevó a disminuciones en la frecuencia de los ataques de pánico y posteriormente, de la clase de conducta de evitación. Este complejo patrón de cambio no es el predicho desde los paquetes de intervención cognitivo-conductuales.

Parte de los objetivos terapéuticos de este estudio de caso se centraron en la modificación de los contextos socioverbales que dotaban de función, esto es, convertían en problemáticas a un conjunto de clases de conducta produciendo insensibilidad a las contingencias por el fuerte control verbal a que dichas clases estaban sometidas. Atacando estos contextos, se consiguió la mejoría clínica del usuario sin plantearse la eliminación de topografías particulares de respuesta.

Más Allá de los Comportamientos Evitativos. Un Estudio de un Caso de Crisis de Angustia con Agorafobia desde la Perspectiva de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)
Guillermo Blanco Bailac
Clínica Contemporánea, 2012, 3, 2, 181-196

El trastorno de pánico con agorafobia es uno de los diagnósticos que más puede llegar a invalidar a un individuo. Uno de los elementos más comunes en las personas que padecen este trastorno es el miedo a perder el control sobre sus propias reacciones y a que su temor llegue a estar fuera de control empujándoles a un ataque de pánico o algo peor, lo que provoca que el efecto del “miedo al miedo” (forma compleja de agorafobia, Zaldívar, 1998) gobierne sus vidas y empiecen a regirse por un patrón conductual generalizado cuyo objetivo principal es huir, evitar y/o escapar de todo aquellos lugares y situaciones susceptibles de generar pérdida de control o aversión, y todo ello en relación con dichas sensaciones originadas por su propia preocupación. Es por esto que las personas afectadas presentan miedo o angustia ante el simple hecho de sentir dichas emociones, dando lugar a que la respuesta de evitación se convierta en una respuesta funcional (Luciano y Hayes, 2001), lo que implica una pérdida significativa en la calidad de vida de las personas afectadas al limitar su nivel de actividad en prácticamente todos los contextos donde se desarrolla, además de modificar su vida diaria hasta el punto de convertirla en una forma de vida desadaptativa y acompañada de esa gran angustia y malestar propias de este trastorno. Es decir que estas personas no están dispuestas a sentir aquellas experiencias que viven con aversión y actúan de una manera premeditada buscando el alivio inmediato en la alteración tanto de la forma o de la frecuencia de dichas experiencias, o de las condiciones que las generan.

Esto es, básicamente, lo que se ha definido como el “Trastorno por Evitación Experiencial” (T.E.E.) (Hayes, Wilson, Gilford, Follette y Stroschal, 1996; Luciano y Hayes, 2001) dentro de un paradigma conductual radical y que es la base de otros trastornos, donde este tipo de respuesta de evitación (llanto, aislamiento, agresión, consumos...) es lo que marca el fundamento de la sintomatología (el diagnóstico).

La intervención psicológica clásica va orientada a buscar la modificación del aspecto funcional de la propia evitación con el objetivo de extinguir aquellos comportamientos que realizan y desarrollan los pacientes por reducir su angustia y miedo, ya que se entiende que esa conducta es perjudicial porque, a pesar de parecer muy razonable el modo en que está intentando resolver, finalmente no lo resuelve al ser la propia actuación la que se interpone en lo que esa persona desea para su vida.

Por otro lado, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una forma de tratamiento psicológico basada en la terapia de conducta radical, ya que la conducta es un todo en un contexto y entre sus componentes se encuentra el contexto social verbal, así como al establecimiento de metas relativas a una modificación del contexto -de carácter ambiental propio del análisis de la conducta- sin tratar de modificar directamente la conducta. Su interés es modificar el contexto en el que se dan los problemas conductuales, de manera que la solución podría consistir –o no– en el cambio de dicha conducta. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se centra en cambiar el contexto para que se solucione el problema, no para modificar la conducta.

METODO

Sujeto

E. es un varón de 35 años, que vive solo y de forma independiente, E. viene derivado de la empresa donde trabaja, debido a una incapacidad total para desarrollar su trabajo por un diagnóstico de Trastornos de Angustia con Agorafobia. Es personal de vuelo en una compañía privada, por lo que antes de la baja solía viajar con frecuencia en avión. Debido a esta situación, cuando acude a consulta por primera vez lleva más de un año sin viajar ni trabajar y se declara incapaz de reincorporarse a su puesto de trabajo, hecho reconocido oficialmente bajo una incapacidad permanente.

Como aspectos importantes a tener en cuenta, tanto en el desarrollo de la intervención como en su posterior evolución, hay que destacar que E. manifiesta haber sufrido en el pasado episodios que podrían estar relacionados con un Trastorno de la Conducta Alimentaria, pero que no fueron diagnosticados ni tratados en su momento.

E. es hijo único. Sus padres viven bastante lejos de su lugar de residencia actual, por lo que las visitas son muy esporádicas. Su madre es la principal persona de referencia para él, ya que es su punto de apoyo. Le profesa mucho amor y cariño y mantiene muy buena relación con ella, a la que siente como punto de apoyo. Sin embargo, la relación con su padre es bastante fría. Se emancipó a la edad de 18 años y vivió en el extranjero de forma totalmente independiente. En cuanto a sus relaciones afectivas, hace más de cuatro años que no mantiene ninguna relación sentimental.

Y respecto a sus relaciones sociales y de amistad, E. ha sido una persona sin grandes conflictos a la hora de establecer relaciones afectivas, desde la amistad, pero con cierta tendencia a abandonar todo aquello que le supusiese conflicto y dificultades de asertividad.

Materiales

La evaluación se ha realizado sobre todo en base a la entrevista clínica, pero se han utilizado como complemento –para obtener medidas cuantitativas– un cuestionario de Personalidad (Big Five Questionnaire, BFQ) y un cuestionario Clínico (Cuestionario de Análisis Clínico CAQ). Este segundo cuestionario fue aplicado al inicio de la evaluación y al final de la intervención como medida objetiva de los progresos del paciente.

Respecto al cuestionario de Personalidad (BFQ) aclarar que las dimensiones que lo componen se corresponden con el modelo de Eysenck, de tal forma que los rasgos Energía y Apertura Mental se aglutinan en la dimensión de Extraversión, la de Estabilidad Emocional se identifica en sentido inverso con la dimensión de Neuroticismo, y las facetas de Afabilidad y Tesón correlacionan negativamente con la dimensión de Psicoticismo de este modelo.

En los resultados del Cuestionario Clínico (CAQ), en principio muestra un desajuste psicológico importante (Ps), caracterizado por la falta de confianza en sí mismo, inseguridad acompañada de sentimientos de inferioridad y una muy baja autoestima. Respecto a los factores de protección (D3 Agitación y Pp Desviación Psicopática) ha obtenido las puntuaciones más bajas, lo que significa que le cuesta reaccionar ante las dificultades, no encuentra rápida salida a los problemas, y no es capaz de distanciarse de sus emociones, lo que le impide evaluar la realidad de forma objetiva, y le hace más temeroso a la hora de afrontarlos. Teniendo en cuenta que las puntuaciones obtenidas por E. en esta prueba son extremas, y que la comparación de su perfil con los baremos de población normalizada nos impediría la correcta discriminación de los resultados, se decide utilizar los baremos de población clínica.

Las puntuaciones de las escalas de depresión (D1, D2 y D5 primarias y D4, D6 y D7 secundarias) muestran rasgos depresivos importantes, con bastante insatisfacción global ante su vida y excesiva preocupación por su salud, su imagen, los desarreglos y las funciones corporales, lo que unido a su elevada meticulosidad como rasgo de personalidad, provoca que en ciertos momentos actúe de forma casi compulsiva. Cuando se encuentra con alguna dificultad de tipo emocional tiende al aislamiento, rehúye las relaciones personales y evita los contactos interpersonales porque no se siente comfortable, apareciendo una connotación de desconfianza significativa hacia los demás.

Las escalas de Ansiedad (D6, As, D4, Pp- y Sc) se encuentran bastante elevadas en general, ya que vive los conflictos con bastante intensidad y, debido a su alta impulsividad, en algunos momentos puede mostrar reacciones incontroladas que le alejan de la realidad, provocando que pueda comportarse de forma “extraña” ante los demás. Además, entre otras cosas, sufre mucha tensión interna que afecta, principalmente, a su patrón de sueño y de alimentación.

En resumen, E. se muestra en el momento inicial de la evaluación e intervención como una persona con muchas conductas de ansiedad, predisposición a percibir el entorno de forma negativa lo que provoca episodios depresivos frecuentes con correlación de baja autoestima. Muestra comportamientos inestables (con episodios de bajo control de emociones y de impulsos) provocados por situaciones que percibe de estrés y a experimentar un mayor número de emociones negativas, por lo que rehúye todo aquello que le pueda generar conflicto y malestar.

Procedimiento

Según las características del caso y siguiendo la lógica del análisis funcional, la intervención se dirigió inicialmente a eliminar la conducta de control de su comportamiento a la hora de salir de casa, ya que partimos del supuesto de que el control forma parte del problema (Hayes et al., 1999; Carrascoso, 1999). Posteriormente se trabajaron los intereses propios del paciente con la intención de buscar acciones coherentes con lo que realmente considera importante para sí mismo y para su vida. Y es por este motivo, por lo que se planteó la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como la intervención más adecuada para el caso. Tras las sesiones iniciales de evaluación, se clarificaron las expectativas del paciente para poder marcar los objetivos terapéuticos.

El primer paso fue informar al paciente de qué era y en qué consistían los ataques de pánico y la agorafobia –tomando como referencia los modelos explicativos de Botella y Ballester (1997) y de Mathews, A. M., Gelder, M. G. y Johnston, D. W. (1986)– así como la psicoeducación sobre qué son las emociones y cuáles son sus funciones. Esta primera fase, permitió al paciente encontrar cierto alivio al sentir que todo lo que le ocurría tenía sentido y que no era tan “raro” como él pensaba. Esta normalización es básica, ya que es una de las claves principales para conseguir la aceptación de las situaciones y el posterior abandono de la lucha por parte del paciente.

En las sesiones posteriores se dedicó tiempo para la explicación y comprensión del análisis funcional de su comportamiento, generando conflicto interno y provocando un debate que le llevase a discutir y a confrontar las estrategias ineficaces que venía poniendo en práctica, haciéndole ver que los intentos por manejar su angustia no habían dado el resultado esperado, por lo que era necesario establecer la búsqueda de nuevas alternativas. De esta manera, se provocó una de las primeras fases fundamentales dentro de la ACT: la *desesperanza creativa*.

También se utilizaron algunas metáforas como “El campo de hoyos” y “Las arenas movedizas” (Wilson y Luciano, 2002), lo que provoca de forma espontánea que el paciente sienta que nuestro acervo cultural (social y verbal) nos hace prisioneros de nuestros pensamientos y

emociones, e insensibles a las contingencias naturales. Se trata de empezar a *desmantelar el control* y de que abandone la lucha interna, ya que tanto pensamientos como sentimientos son conductas. De ahí que poco podamos hacer, más allá de comportarnos al margen de ellos, para lo que es necesario abandonar la idea y los intentos de control. Para llegar a esta premisa básica se utilizó la metáfora “Un hombre y un dragón”, propuesta por Velasco, J. A.; Quiroga, E. (2001) –y que se describe en la Tabla 1– con el objetivo de poner de manifiesto la imposibilidad de controlar su ansiedad e identificar ese control como parte del problema.

Tabla 1. La metáfora del hombre y del dragón

EL HOMBRE Y EL DRAGÓN

Existía en cierto lugar un hombre que tenía una bonita casa al pie de una colina. Cultivaba la tierra, jugaba con sus hijos, se veía con los amigos, charlaba con su mujer y hacía planes con ella... En definitiva, llevaba una vida apacible y feliz. Cierta día descubrió con alarma que en lo alto de la colina bajo la cual se encontraba su casa, vivía un monstruo. Pensó en irse con toda su familia.

Pero no; había mucho de ellos en aquel lugar como para abandonarlo. Lo que al buen hombre se le ocurrió fue subir y encerrar al monstruo en su cueva, así que subió y construyó un muro a la entrada. Pero el monstruo, al día siguiente, sencillamente rompió el tabique y salió.

Alarmado por la fuerza de aquel ser, nuestro hombre decidió ir en persona y obligar al monstruo a permanecer dentro de la cueva, pero no bien se daba la vuelta para regresar a su casa, tozudamente, el bicho volvía a salir, así que cada vez el hombre pasaba más tiempo en la colina,... y menos con sus amigos, su mujer y sus hijos. Todos intentaban convencerle de que, si el monstruo siempre había estado allí y nunca había hecho nada a nadie, no había, en realidad, motivos para preocuparse.

Pero el hombre se enfadaba con quienes así le aconsejaban, así que se volvió huraño, y empezó a llevarse un poco peor con todo el mundo. De paso prestaba mucha menos atención a sus negocios y estaba a punto de perder su trabajo. No tenía en la cabeza más que subir a la colina a encerrar al monstruo, y allí se pasaba los días, de manera que prácticamente o hacía otra cosa a lo largo de la jornada. Los amigos y familiares consultaron a diversos expertos sobre cómo ayudar a aquel hombre a solucionar su problema, pero todos decían que lo que tenía que hacer el hombre era intentar olvidarse de que existía el monstruo,... pero nadie sabía cómo.

Un día acertó a pasar por el lugar un científico que se dio cuenta de que era imposible que el monstruo avanzase más allá de la explanada en la que estaba su cueva. Y es que, efectivamente, para llegar a esa explanada, había que pasar por un estrechísimo desfiladero a través del cual era imposible que el monstruo pudiese pasar, pues su tamaño le impedía atravesarlo.

Cuando comentaron esto a nuestro amigo pareció reconfortarse y parecía que por fin su problema encontraba una salida. Sin embargo, pasados unos días, se sintió aterrorizado y angustiado con la idea de que el monstruo les causara algún daño, así que corrió colina arriba a ver qué era de él, y a los pocos días estaba nuevamente igual. Por más que le recordaban la imposibilidad de que el monstruo saliera de las inmediaciones de la cueva, el hombre, sin dejar de reconocerlo, repetía que el miedo no se le quitaba, que no tenía más remedio que subir a cerciorarse de que el monstruo seguía en su sitio, pero, al mismo tiempo, se sentía agobiado y harto de tener que estar pendiente en todo momento de esa situación: en pocas palabras, estaba harto de vigilar al monstruo, pero no podía dejar de hacerlo.

Así pues, tenemos a nuestro hombre en una encrucijada, en una especie de problema sin solución. Veamos algunas cuestiones:

- Tal y como se plantea, ¿es en realidad un problema irresoluble el que tiene el protagonista de la fábula?
- Si hay una solución ¿cuál crees tú qué es?

Una vez generada la duda sobre sus conductas actuales y sobre el control de su propio comportamiento, entramos en la fase de búsqueda de alternativas. Pero antes de concretarlas es necesario que la persona encuentre la dirección hacia la que quiere avanzar, buscando en sus propias expectativas y valores, por lo que se procedió a trabajar con el paciente la promoción de la orientación de la vida a los valores como alternativa del ensañamiento contra los síntomas que venía ejerciendo hasta el momento. Con ello se busca otorgarle un espacio psicológico a aquellos eventos temidos a través de la desactivación del lenguaje y la potenciación de la dimensión del yo como contexto, para poder contemplar así dichos eventos privados propios desde una perspectiva experiencial estable, para lo que es necesario clarificar las direcciones valiosas de cada persona y fortalecer el compromiso con éstas.

Para conseguir este objetivo se trabajó de forma directa con las direcciones valiosas e importantes para E., a través de un registro donde podía focalizarse en las distintas áreas y rescatar qué cosas son realmente las que le pueden hacer sentirse bien consigo mismo a largo plazo. El esquema del registro utilizado se muestra en la Tabla 2 y está basado en los modelos propuestos por Wilson y Luciano (2002) y Hayes, Strosahl y Wilson (1999).

Tabla 2. Registro de Direcciones valiosas para mí
DIRECCIÓN VALIOSA/PRIORIDAD EN LA VIDA
V: Valores / A: Acciones /B: Barreras

PAREJA	TRABAJO
V:	V:
A:	A:
B:	B:
HIJOS	FORMACIÓN
V:	V:
A:	A:
B:	B:
FAMILIA	CUIDADO FÍSICO
V:	V:
A:	A:
B:	B:
AMIGOS	INTELECTUAL
V:	V:
A:	A:
B:	B:
VIDA SOCIAL	Y/O ESPIRITUAL
V:	V:
A:	A:
B:	B:
OCIO PERSONAL	
V:	
A:	
B:	

En la medida en la que se profundizaba en estos aspectos, la propia situación iba forzando la necesidad del paciente de saber cómo gestionar de una manera más operativa –más allá de la propia aceptación– todas aquellas sensaciones y pensamientos que provocaban malestar. Para ello se empezó a profundizar en otra de las fases claves de la ACT, como es la Defusion, a través del *distanciamiento comprensivo* (Pérez, 1996), que consiste básicamente en el desmantelamiento o la desactivación del pensamiento. En el caso de E. se trabajó la metáfora de “El ajedrez” tomado de Pérez (1996) y que se incluye en la Tabla 3. Uno de los objetivos de esa metáfora es el introducir la posibilidad de que una vida valiosa pueda surgir por el mero hecho de estar dispuesto a tener y contemplar dichos eventos privados y proporcionar experiencias en vivo que permitan a la persona establecer ese contacto directo con los beneficios de estar receptivo a dichos pensamientos y emociones.

Tabla 3. La metáfora del ajedrez

METÁFORA DEL AJEDREZ

Vamos a jugar al ajedrez. Tenemos, naturalmente un tablero y las figuras de distinto color. Se constituirá una partida en la que, lógicamente, dos bandos intentarían vencer. Un bando de esos, “el bueno”, representaría los sentimientos de control y los pensamientos de autoconfianza que quieren ganar la partida a la ansiedad, las obsesiones y demás “figuras malas”, que por otro lado, son jugadores de ventaja, ya que un simple movimiento de escape es interpretado por el bando contrario como una gran derrota. En verdad, se trataría de una partida sin final, por cuanto que las piezas nunca pueden desaparecer del tablero, de modo que con más o menos beligerancia el juego continúa.

- ¿Este ejemplo alude a su situación?
- ¿Con qué se identifica del tablero?

Resultados

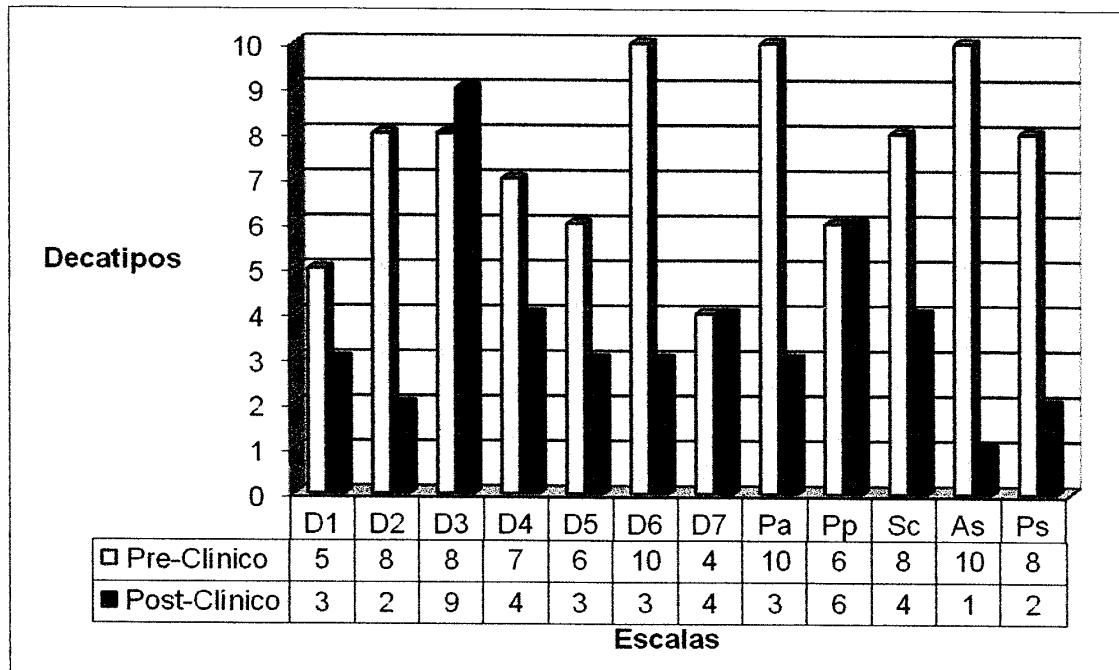
Para respaldar la consecución de éxito, se le aplicó de nuevo el Cuestionario Clínico (CAQ) utilizado al inicio de la intervención, con la finalidad de detectar los cambios significativos en su evolución al finalizar el tratamiento (10 meses de intervención). Dichos resultados se muestran en la Figura 1, y todos ellos –tanto los obtenidos al inicio del tratamiento como los obtenidos al final del mismo– han sido analizados respecto a los baremos correspondientes a población clínica. En ellos se pueden observar claramente los cambios fundamentales que apoyan y refuerzan la idea de éxito en la intervención terapéutica realizada con el paciente E.

Queremos destacar un aspecto que nos parece significativo en cuanto a los resultados post-tratamiento obtenidos en el CAQ. Es muy significativo que el indicador de desajuste psicológico (Ps) –estrechamente relacionado con la autoestima– se encuentre en un percentil bastante bajo, lo que indica que el paciente confía en sí mismo y se ve con capacidad para afrontar problemas y situaciones conflictivas una vez concluido el tratamiento. Por otro lado, entre las dos escalas que se consideran de protección ante las dificultades, se encuentra la única que ha experimentado un leve aumento (D3), mientras que la desviación psicopática (Pp) se mantiene al mismo nivel. Estos resultados se deben, precisamente, a que se ha producido un aprendizaje a la hora de buscar soluciones cuando surjan dificultades, así como el intento de no dejarse llevar en su comportamiento por su parte más emocional. Se puede apreciar también como los rasgos depresivos han experimentado una disminución significativa, lo que supone que ha empezado a

ver la vida con satisfacción y que disfruta de ella (D2), al mismo tiempo que han ido disminuyendo de forma importante aquellos episodios de bajones anímicos que se producían frecuentemente al inicio de la intervención (D5).

En cuanto a las escalas de Ansiedad, se aprecia un descenso importante tanto en el sentimiento de culpabilidad que generaba ante las situaciones de fracaso (D6), como en la parte más obsesiva, donde las ideas inoportunas y hábitos compulsivos dejan de tener su espacio (As). Sus comportamientos han perdido vehemencia e impulsividad, logrando que el paciente evalúe con más realismo tanto a las personas como a las situaciones (Sc), que confíe más en la gente y que no vea dobles intenciones en los comportamientos de los demás (Pa). Por último queremos destacar también el descenso experimentado en su tensión interna, lo que le ha permitido regular sus ciclos de alimentación y sueño, entre otros aspectos (D4).

Figura 1. CAQ: Comparativa Pre-tratamiento y Post-tratamiento (baremos clínicos)



Conclusión

La intervención del caso expuesto se ha basado en las premisas fundamentales de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), mostrándose eficaz tanto en la reducción de ataques de pánico como en la normalización y recuperación de la vida de la persona. Debido a que la aceptación es un concepto que describe la renuncia a cambiar todo aquello que no pueda cambiarse –incluyendo las propias emociones y pensamientos– con el objeto de luchar por los propios valores, no se ha perseguido de forma directa la reducción de síntomas ni del malestar asociado a sensaciones corporales provocadas por la ansiedad (para evitar la trampa verbal que se produce en estos casos donde la propia evitación forma parte del problema), sino que se ha trabajado en la línea de la normalización y aceptación de dichos eventos privados y en el compromiso del individuo, como toma de postura por hacer algo concreto dentro de sus posibilidades reales. Además, la terapia también ha resultado eficaz en la recuperación y clarificación de aquellas direcciones valiosas para la vida del propio paciente.

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el Tratamiento del Desorden de Pánico:

El desorden de pánico (DP) se define tradicionalmente por la ocurrencia de episodios de miedo intenso e inesperado, acompañado de síntomas físicos y cognitivos (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994). Algunas de las características más sobresalientes del DP incluyen: 1) ataques de pánico acompañados de temores sobre futuros ataques, las consecuencias de estos o los cambios conductuales relacionados y 2) generalmente involucra la evitación de situaciones, comportamientos o eventos que pudieran provocar síntomas somáticos similares a aquellos experimentados durante el ataque de pánico. Las personas con DP generalmente presentan una historia temprana de aprendizaje en donde los peligros potenciales de las sensaciones físicas se han enfatizado. También, es probable que estas personas hayan observado síntomas de pánico o enfermedades crónicas en los miembros de su familia y haber recibido motivación parental para la conducta o rol de enfermo durante sus propias experiencias de síntomas parecidos a los del ataque de pánico (Orsillo, Roemer, Block-Lerner, LeJeune & Herbert, 2004).

Los tratamientos de primera elección para tales desórdenes son las diversas variantes de las técnicas de exposición y de reestructuración cognitiva. Como lo cita Orsillo et al (2004), el tratamiento cognitivo-conductual (TCC) para el DP ha conseguido grandes efectos (.68 a .88; Gould, Otto & Pollack, 1995), estimándose que entre el 41% y el 100% de los pacientes se liberan del pánico por 12 meses después de terminado su tratamiento (Barlow, 2002). Así, se asume que, los tratamientos para los desordenes de ansiedad que mantienen y fortalecen el componente de exposición tienen más probabilidad de producir resultados clínicamente significativos.

A pesar de todo, hay ciertas lagunas en la literatura sobre la eficacia, la efectividad y la eficiencia de estos tratamientos. Primero, entre el 20% y el 30% de los pacientes a quienes se ha administrado terapia conductual y TCC, no mejoran. Segundo, un porcentaje de pacientes (entre el 5% y el 15% dependiendo de la fuente) abandonan el tratamiento antes de completarlo. Tercero, hay poco conocimiento sobre los procesos conductuales que subyacen los cambios observados con la aplicación de TCC (Eifert & Forsyth, 2005). Estos datos junto con la investigación sobre los efectos paradójicos de la supresión del pensamiento, desarrollados inicialmente por D. M. Wegner y colaboradores en los años 90's y extendidos por diversos autores al presente, han motivado a los investigadores y médicos para explorar aproximaciones terapéuticas alternativas.

El DSM-IV establece que una de las características principales entre los desordenes de ansiedad es la evitación o el escape de las situaciones o funciones de estímulo que probablemente pudieran provocar ansiedad, así como los esfuerzos deliberados para controlar de alguna manera tales situaciones (i.e. comportamientos de seguridad).

La evitación experiencial (EE) ocurre cuando un individuo no está dispuesto a estar en contacto con una variedad de eventos privados que son experiencialmente aversivos (dolor, miedo, sentimientos de soledad, inseguridad, ansiedad, recuerdos traumáticos, etc.) y ejecutan diversos esfuerzos deliberados para alterar la forma y frecuencia de estos eventos y el contexto que los ocasionan (Hayes et al, 1996). La consecuencia inmediata de estos variados esfuerzos es el

alivio momentáneo del estado de aversión que la persona experimenta, que cambia volviéndose un poderoso reforzador negativo para la evitación. Sin embargo, a largo plazo, la intensidad y frecuencia de esos eventos privados experimentados como aversivos aumenta hasta el punto en donde la persona restringe su vida, haciendo lo que sea, para escapar del sufrimiento, abandonando las directrices valiosas y significativas de su vida.

El mantenimiento de un patrón rígido de evitación experiencial se relaciona con cuatro contextos verbales potencializados por la comunidad verbal: la literalidad, la evaluación, el dar explicaciones y el control de las causas. La literalidad significa la fusión con la función o el referente de las palabras. De esta manera, la literalidad ocurre cuando una persona que tiene el pensamiento “uno de estos días voy a morir de un ataque de pánico”, se comporta de acuerdo con el significado literal que ha establecido para la palabra morir, esto es, evitar la posibilidad de morir, en este caso, evitar la posibilidad de tener cualquier síntoma que defina un ataque de pánico para esa persona, que han adquirido las mismas funciones que el morir de verdad. La evaluación significa la tendencia a evaluar todo y quedarse fusionado con el contexto de la evaluación, por ejemplo, “los ataques de pánico le suceden a los locos”, “debo estar loco”, “estar loco es malo”, “estoy mal, no sirvo”, etc. Dar explicaciones significa la tendencia a establecer una explicación para cualquier ocurrencia de cualquier tipo de evento. Resulta especialmente relevante aquí, cuando el acceso a las causas de un comportamiento en particular es limitado, ahí el contexto de dar explicaciones potencializa el establecimiento de eventos internos que correlacionan con tales conductas como causas, por ejemplo, se salió de ese lugar por estar hiperventilándose, se mantendrá dentro de su casa pues su corazón late rápidamente, etc. Controlar las causas es la tendencia a retirar lo que sea aversivo y perseguir lo que sea reforzante, lo que resulta extremadamente útil cuando se aplica a eventos que ocurren en el mundo exterior (si reemplazo los cables rotos, la computadora trabajará de nuevo). El problema se da cuando tratamos de aplicar las mismas reglas que funcionan en el mundo exterior a lo que se ha establecido como causas de nuestra conducta, i.e. a nuestros eventos privados.

Dependiendo de las consecuencias que controlan este tipo de regulación verbal destructiva, el desorden de pánico puede ser una instancia de una pliance generalizada, que interfiere con la sensibilidad de las consecuencias directas de la acción o una tracking sobre extendida, reaccionando a los eventos privados de una manera que no es útil para las metas de largo plazo o un tipo de augmenting, que transforma los eventos privados en barreras para la acción y promueve el control por reglas.

La meta de la ACT es entonces, demeritar los eventos privados como barreras para la acción y la promoción de la flexibilidad en la reacción ante aquellos eventos privados, de manera que facilite la ocurrencia de comportamientos en trayectorias valiosas.

Procesos de cambio en ACT y DP

Los comportamientos que tradicionalmente definen al desorden de pánico (DP) con o sin agorafobia, pueden dividirse en tres clases de acuerdo con un criterio funcional: a) evitación y escape de sus propias experiencias de pánico (hiperventilación, relajación, distracción, etc.), b) esfuerzos por controlar las situaciones que producen respuestas de pánico (comportamientos

de seguridad, esfuerzos por suprimir pensamientos y recuerdos) y c) separación funcional de los valores personales propios. Estos tres grupos funcionales están bien descritos en el algoritmo FEEE (fusión, evaluación, escape, explicaciones). Aplicado al caso del DP, este algoritmo describe a la persona que está involucrada en un proceso de evitación experiencial caracterizado por 1) la evaluación constante de las sensaciones físicas y situaciones en las que estas ocurren (la hiperventilación es mala, peligrosa; salir de casa es peligroso, podría morirme, etc.), 2) comportamiento literal con respecto al contenido de tales evaluaciones, esto es, esfuerzos sistemáticos para evitar, escapar y controlar las situaciones temidas en todo lo que sea posible (hiperventilar y salir de casa podría matarme, mejor me quedo en casa), 3) justificar las conductas de evitación y escape, así como sus resultados (no puedo salir pues si lo hiciera moriría; con semejantes reacciones fisiológicas no puedo hacer nada), 4) esfuerzos deliberados por controlar los ataques de pánico, lo que es incompatible con una vida valiosa.

La intervención terapéutica busca remplazar el funcionamiento FEEE, presente en todas las formas de evitación experiencial incluyendo el desorden de pánico, con el funcionamiento AEA (aceptar, elegir, actuar), que resulta más flexible y adaptativo y permite que la persona mantenga su compromiso con sus valores personales.

La Tabla 1 nos muestra los seis procesos de cambio definidos en la literatura y cómo estos se aplican a las tres clases de conducta que definen el DP. Como se ve ahí, las intervenciones basadas en la ACT deben incluir al menos tres metas principales: 1) aceptar los eventos privados temidos, 2) debilitar el razonamiento verbal que sustenta la evitación de las experiencias privadas y 3) promover y reforzar los comportamientos que se emiten bajo directrices valiosas.

Tabla 1. Procesos de cambio en ACT.

Proceso	ACEPTACIÓN Y DISTANCIAMIENTO Definición breve
1. Aceptación	Literalmente significa “tomar lo que se nos ofrece”. Implica el actuar de acuerdo con direcciones personales valiosas en la presencia de eventos privados que se experimentan como aversivos.
2. Defusión	Tomar perspectiva desde los eventos privados propios, prestándoles atención por lo que son (pensamientos, emociones, recuerdos, etc.), y no como barreras para la acción.
3. Self contextual	Diferenciar entre un self como contenido (“es imposible vivir con ataques de pánico”) y el self como contexto para todos los contenidos y procesos privados (“Estoy teniendo el pensamiento de que es imposible vivir con ataques de pánico”).

.....

COMPROMISO Y CAMBIO

Proceso	Definición breve
1. Mindfulness	Estar en contacto total con las experiencias propias tal como estas ocurren en el aquí y el ahora. Estar consciente del self como contenido y del self como proceso en el aquí y el ahora, mientras se actúa en dirección a nuestros valores.
2. Valores	Identificar las direcciones valiosas que dirigirán la conducta del paciente. Lo que también dará sentido al contacto con las Experiencias aversivas privadas.
3. Acción Comprometida	Comportarse de acuerdo con los valores personales para el logro de las metas que resulten coherentes con las directrices planteadas.

Resumen de la ACT aplicada al Desorden de Pánico

Lo central de la ACT aplicada al DP consiste en ver la ansiedad como lo que es, distinguiendo el self de los síntomas de la ansiedad y el pánico y permitir la actuación en direcciones valiosas (Orsillo et al, 2004). Los procedimientos indirectos son altamente recomendables para alcanzar estas metas. En otras palabras, las metáforas, las paradojas y los ejercicios experienciales constituirán el armamento básico de todo terapeuta ACT. Como hemos mencionado, una de las metas principales de la ACT consiste en debilitar los patrones rígidos y tóxicos de seguimiento de reglas en la medida que limiten el contacto de la persona con lo que esta valora en la vida. Los procedimientos indirectos tienen tres ventajas: 1) promueven un discurso menos literal que hace más probable el contacto con las contingencias presentes en el aquí y el ahora, 2) ayudan a identificar y discriminar las relaciones funcionales entre el contexto para una conducta específica, la conducta y sus consecuencias, lo que puede ayudar al paciente a discriminar lo que ha estado haciendo y aclarar sus verdaderos valores en la vida, 3) ayudan al paciente a establecer contacto con sus eventos privados temidos, promoviendo el distanciamiento y la aceptación (Wilson & Luciano, 2002).

Terapia grupal de aceptación y compromiso para la ansiedad por la salud (ACT-G):

Un ensayo controlado al azar

Eilenberg, Fink, Jensen & Rief

Psychological Med, 2015, 46, 01, 103-15

¿Qué es la ansiedad por la salud?

La ansiedad por la salud puede ser vista como un fenómeno multifacético que va desde moderada y transitoria hasta condiciones crónicas y severas. Muchas personas han experimentado una ansiedad por la salud transitoria en los momentos cuando tienen síntomas molestos y persistentes. Para algunos, la preocupación y la rumiación (pensamiento circular persistente) sobre la enfermedad se vuelve una conducta maladaptativa conforme la rumiación y el riesgo percibido se salen de proporción con un grado objetivo de riesgo médico y cuando general gran sufrimiento personal y una amplia incapacidad.

Clasificación diagnóstica de la ansiedad por la salud

El término hipocondriasis es considerado por mucha gente como un estigma que lleva una connotación peyorativa conforme implica que los síntomas no son reales, que todo está “en la mente”, es supuesto o inventado. Así que la expresión, ansiedad por la salud, se ha sugerido para remplazarlo.

En el 2004, Fink et al introducen un criterio de diagnóstico nuevo y empíricamente basado, en donde la ansiedad por la salud severa se caracteriza por una rumiación exagerada con preocupaciones intrusivas sobre tener enfermedades serias, con una preocupación persistente sobre la propia salud que lleva a una incapacidad significativa y a una reducción en la calidad de vida.

Fronteras de la ansiedad por la salud y comorbilidades

Aún cuando la ansiedad por la salud se mantiene clasificada como un desorden somatomorfo en el nuevo DSM-V, consideraciones respecto a una clasificación alternativa como un desorden de ansiedad han sido vertidas, enfatizando la relación conceptual entre la ansiedad por la salud y los desordenes de ansiedad. También, se han mostrado algunas evidencias de semejanzas fenomenológicas entre la ansiedad por la salud y los desordenes de ansiedad.

La literatura consigna un gran debate sobre si la ansiedad por la salud debe considerarse primaria o secundaria a otros diagnósticos como la depresión y ahora se reconoce que la ansiedad por la salud puede ocurrir sin otras condiciones pasadas o actuales. La ansiedad por la salud se ve co-ocurrir con diversos desordenes psiquiátricos y más de la mitad de los pacientes con ansiedad por la salud pueden tener un desorden psiquiátrico comórbido, siendo el más prevaleciente la depresión mayor y los desordenes de ansiedad.

Prevalencia de la ansiedad por la salud

La ansiedad por la salud es común, aunque la estimación de su prevalencia varía considerablemente entre estudios. Una revisión reciente de 55 reportes basados en 47 muestras independientes concluyó que las tasas de prevalencia para la ansiedad por la salud eran de 2.1 – 13.1%. También se encontraron tasas de prevalencia mayores en muestras médicas generales en un rango entre 4.5 y 30.6%.

Etiología de la ansiedad por la salud

La investigación sobre la etiología de la ansiedad por la salud se ha incrementado y diversos factores etiológicos han sido su objetivo: el contexto familiar y las experiencias durante la infancia, los eventos estresantes de la vida, factores socioculturales y factores genéticos... Los autores concluyen que la ansiedad por la salud es en buena medida un fenómeno aprendido, por lo que apoyan el uso de intervenciones ambientales como la psicoterapia como tratamiento de la ansiedad por la salud. Estudios retrospectivos han mostrado que factores ambientales como las experiencias traumáticas de la infancia (como el abuso infantil) y el modelamiento parental de la preocupación por las enfermedades, así como la sensibilidad ante sensaciones somáticas, se han asociado con la ansiedad por la salud.

Tratamiento de la ansiedad por la salud

Los pacientes con ansiedad por la salud han mostrado su preferencia por los tratamientos psicológicos sobre la farmacoterapia, aunque solo dos estudios han examinado el efecto de la farmacoterapia sobre la ansiedad por la salud. En ambos estudios, (respectivamente Fluoxetina y Paroxetina), se encontró que esta era superior al placebo, aunque en uno de los estudios, que incluyó la psicoterapia como condición de comparación, no hubo efecto significativo.

Nuevo enfoque para el tratamiento de la ansiedad por la salud

– Terapia de Aceptación y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es parte de una nueva generación de terapias conductuales que combina técnicas conductuales bien conocidas de la Terapia Cognitivo-Conductual con estrategias que promueven la aceptación, esto es el permitir intencionalmente eventos psicológicamente dolorosos tales como la preocupación por estar enfermo, que estén presentes y se sientan, con objeto de poder moverse en direcciones valiosas. En la terapia, la ACT combina la aceptación y los procesos basados en mindfulness con estrategias conductuales, para aumentar la flexibilidad psicológica de la persona. La flexibilidad psicológica abarca un rango amplio de habilidades humanas y puede definirse como la habilidad de reconocer y adaptarse ante demandas situacionales diversas en el momento presente y sin la necesidad de defenderse, priorizando los valores escogidos, aún cuando estén presentes pensamientos, emociones o sensaciones molestas. La posición contraria (la inflexibilidad psicológica) es considerada por la ACT

como emergente a partir de la evitación experiencial, la cual se refiere a los intentos rígidos e inútiles de evitar o ganar control sobre eventos privados, como pensamientos o sensaciones corporales molestas. Los patrones de conducta dominados por la evitación experiencial pueden ser problemáticos conforme restringen el comportamiento y pueden producir una baja calidad de vida debido a la dominancia de comportamientos guiados por reglas y no por valores.

La ACT enfatiza la función de las experiencias internas, esto es cómo se experimentan y regulan los pensamientos, más que el evaluar su validez, su forma, su intensidad o su frecuencia. De esta manera, la meta final de la ACT es el aumentar la flexibilidad psicológica y con ello fortalecer la habilidad para actuar de acuerdo con los valores personales aún en presencia de la ansiedad.

METODO

Sujetos

126 pacientes con una edad entre los 20 y 60 años, que cumplían los criterios de una severa ansiedad por la salud, mismos que de manera aleatoria fueron asignados a una de dos condiciones: la terapia ACT grupal o a una lista de espera de 10 meses.

Materiales

Para evaluar la ansiedad por la salud se utilizó el Whiteley Index (WI) desarrollado por Pilowski et al (1967), consistente originalmente de 14 reactivos con respuesta dicotómica (verdadero/falso). Se eligió por sus propiedades psicométricas aceptables y su simplicidad. Este se aplicó para la línea base y posteriormente para el seguimiento, seis meses luego del tratamiento (pre-post test).

Procedimiento

Los pacientes ubicados en el grupo ACT fueron tratados en siete grupos de nueve pacientes, recibiendo nueve sesiones grupales de 3 horas y una sesión de refuerzo consistente de técnicas ACT.

Resultados

El análisis de la intención para tratar (intention-to-treat) mostró una diferencia de medias estadísticamente significativa de 20.5 puntos (95% intervalo de confianza (CI) 11.7-29.4, $p < 0.001$) en el test WI entre los grupos a los 10 meses, con un tamaño largo de efecto entre grupos (Cohen $d = 0.89$, 95% CI 0.50-1.29). El diagnóstico y el tratamiento fue bien aceptado por los pacientes.

Conclusión

La ACT-G resultó sencilla, aceptable y efectiva para tratar la ansiedad por la salud severa.

Terapia de aceptación y compromiso para niños y adolescentes ansiosos:
Protocolo de estudio para un ensayo controlado al azar
Swain, Hancock, Dixon, Koo & Bowman
Trials, 2013, 14, 140

Con una tasa de prevalencia de entre 10 y 20%, los trastornos de ansiedad son el problema mental más común que afecta a los niños y a los adolescentes. Las personas jóvenes con ansiedad típicamente son sub representadas en la investigación clínica y la ansiedad en los niños frecuentemente se minimiza por parte de los profesionales de la salud, potencialmente debido a la percepción común sobre que en esta población la ansiedad es un problema del desarrollo que resulta transitoria e inocua. Además, la ansiedad en la infancia aumenta la probabilidad de tener dificultades académicas y sociales, así como del abuso de sustancias y generalmente se hace más difícil si no se trata. Más aún, una historia infantil de ansiedad es un precursor común de la depresión y se ha encontrado que predice la ansiedad y la depresión en la vida posterior.

En una revisión reciente sobre la mejor evidencia disponible para el tratamiento de los trastornos psicológicos, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) fue considerada como la intervención psicosocial de primera línea basada en la evidencia para la ansiedad de los adultos, misma que actualmente es la terapéutica con mayor apoyo empírico para niños y adolescentes. En parte, esto es consecuencia de una evidencia insuficiente para intervenciones alternativas, más que la prueba de que otros tratamientos no sirvan... Además, otros investigadores han encontrado que uno de cuatro niños no se beneficia de la TCC. Así que, resulta importante que se desarrollen y evalúen otras intervenciones.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) ha recibido un gran interés de parte de los clínicos e investigadores en la última década. La TAC considera como causa fundamental de la psicopatología y el sufrimiento humano a la interrelación entre la cognición, el lenguaje y las circunstancias de la vida, que llevan a reducir la capacidad de modificar o continuar exhibiendo comportamientos que estén al servicio de los valores personales. La TAC motiva al aumento de la flexibilidad psicológica, 'el proceso de hacer contacto con el momento presente de manera total como un ser humano consciente y persistir o cambiar el comportamiento al servicio de los valores elegidos'. Mientras otras terapias se enfocan en alterar el contenido, la frecuencia y la forma de las experiencias privadas (pensamientos, emociones y sensaciones), la TAC trabaja modificando la función de las experiencias internas, para que las personas reconozcan los pensamientos por lo que son, simples pensamientos y no necesariamente la verdad, y así reduce su capacidad de limitar la conducta.

La evidencia de la investigación ha dado apoyo al empleo del mindfulness, uno de los principales procesos de la TAC, en el tratamiento de la gente joven. Cuatro estudios han evaluado el impacto del mindfulness como estrategia de reducción del estrés entre niños y adolescentes con ansiedad y han encontrado que resulta efectivo para reducir los síntomas ansiosos.

Se ha propuesto que la TAC trabaja promoviendo el aumento de la aceptación de las experiencias internas y reduciendo la fusión con los pensamientos negativos para permitir una vida valiosa, a lo que la TAC se refiere como un aumento en la flexibilidad psicológica.

Así, el propósito de esta investigación es el de examinar la efectividad de una terapia de grupo TAC con un programa manualizado para el tratamiento de la ansiedad en niños y adolescentes. Se hipotetiza que la TAC será al menos tan efectiva como la TCC y que será mejor que la condición de control, tanto en el post tratamiento inmediato como en el seguimiento 3 meses después.

METODO

Se trata de un ensayo prospectivo adventiciamente controlado. Se trata de un diseño factorial tres (grupos: dos de intervención y uno de control) por tres (tiempos: pre, post inmediato y 10 meses luego del tratamiento) con mediciones repetidas.

Sujetos

Los participantes fueron aproximadamente 150 niños (90 jóvenes y 60 más grandes) en una edad entre 7 y 17 años, con un diagnóstico primario basado en el DSM-IV de desorden de ansiedad. Los participantes se clasificaron por su edad como 'niños' (7 a 11 años) y adolescentes (12 a 17 años). Los participantes se reclutaron por ser referidos al departamento de medicina Psicológica en el Hospital de Westmead, en Sídney, Australia.

Materiales

Medidas principales de resultados

Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-IV).- Es una modalidad de entrevista diagnóstica basada en el DSM-IV para la perspectiva tanto de niños (ADIS-C) como de sus padres (ADIS-P).

Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC).- Es un cuestionario de 39 reactivos sobre síntomas de ansiedad.

Child Behavior Checklist – Parent Form (CBCL).- Es una medida estándar ampliamente utilizada en niños y adolescentes para evaluar su funcionamiento emocional y conductual, así como su competencia social.

Medidas secundarias

Child Depression Inventory (CDI).- Es un cuestionario de 27 reactivos ampliamente utilizado para valorar depresión en niños, adaptado del test de Beck.

Children's Anxiety Life Interference Scale – Child Form (CALIS-C).- Solo para adolescents. Es un cuestionario de 10 reactivos sobre el impacto del miedo en la calidad de vida, la auto eficacia y el bienestar.

McMaster Family Assessment Device (FAD).- Es un inventario de 53 reactivos para los cuidadores sobre la estructura y patrones de interacción familiar.

Medidas de proceso – solo para adolescentes

Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM-20).- Es un cuestionario de 20 reactivos que se enfoca en la consciencia externa e interna, así como en mindfulness.

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS-X).- Es una medida con 20 reactivos de las experiencias emocionales en dos escalas Afecto Positivo (PA) y Afecto Negativo (NA).

Toronto Alexithymia Scale (TAS-20).- Es un inventario de 20 reactivos con puntajes sobre tres dominios relacionados: dificultad identificando emociones, dificultad describiendo emociones y pensamiento externamente orientado.

Valued Living Questionnaire (VLQ).- Que mide el grado en que una persona accede a sus valores escogidos en su vida diaria.

Procedimiento

Los participantes ubicados en los grupos TAC y TCC completarían un programa de terapia grupal de 10 sesiones de hora y media de duración con su respectivo tratamiento. Cada grupo tendría arriba de 8 participantes. Los cuidadores estarían involucrados concurrentemente en un programa de “padres-como-asesores”.

Ambos programas, TAC y TCC, se basan en manuales de operación, diseñados para las necesidades de los participantes. Se contó con manuales para niños, para adolescentes, para los cuidadores y para los terapeutas. Cada programa incorporaba una serie de técnicas psicológicas consistentes con la modalidad terapéutica empleada.

El grupo control fue un grupo en lista de espera, también diagnosticado con trastorno de ansiedad. Los participantes ubicados en este grupo cumplieron con la evaluación de línea base y recibirían TCC después de esperar en lista por 10 semanas.

Una descripción sesión por sesión de los programas de TAC para adolescentes y para niños se encuentra en la Tabla que aparece en la siguiente página.

Resultados

Se efectuó un análisis de poder para determinar el tamaño de la muestra requerido para lograr la evaluación de la efectividad de la terapia de grupo TAC. En un nivel de poder de 0.8, con un tamaño de efecto (TE) de 0.6 a 0.7, se estima que un mínimo de 30 participantes en cada grupo es lo requerido para detectar diferencias significativas entre las tres condiciones.

Esta estimación se basó en los resultados de tres meta-análisis previos. Hayes et al (2004) observaron que, comparada con intervenciones estructuradas, la TAC fue superior luego del tratamiento ($d = 0.48$), y en el seguimiento ($d = 0.63$). Ost (2008) encontró que la TAC fue superior a los tratamientos establecidos logrando un TE de 0.68. En contraste, Powers et al (2009) encontró que, en las medidas primarias de resultados, la TAC logró un TE en el rango de $g = 0.42$ a 0.68 cuando la TAC se comparó con los tratamientos establecidos.

Tabla: Resumen sesión por sesión de los programas de Terapia de Aceptación y Compromiso.

	Adolescentes	Niños
1	Introducción, expectativas grupales y énfasis en la importancia de practicar las tareas. Psicoeducación sobre ansiedad, valores y emociones. Introducción a la aceptación y mindfulness como alternativas ante pensamientos y emociones displacenteras. Tareas para practicar: sonrisa mindful	Introducción, reglas del grupo, psicoeducación sobre ansiedad y emociones. Atrapados como ejercicio sobre la futilidad del control y la aceptación como alternativa. Introducción al mindfulness. Tareas para practicar: sonrisa mindful
2	Barreras para la práctica de mindfulness, atención a la respiración, atención a la alimentación, elección para vivir una vida de valores a pesar del miedo. Tareas para practicar: Mindfulness	Respiración y alimentación mindfulness. Control de pensamientos y emociones. Psicoeducación sobre aceptación. Tareas para practicar: Mindfulness cotidiano
3	Respiración mindful, ejercicio 'leche, leche, leche' como introducción para la defusión, pensamiento mindful, aceptación vs tolerancia de la ansiedad. Tareas para practicar: Defusión y ejercicios mindfulness	Respiración mindful. Ejercicio 'leche, leche, leche' como introducción para la defusión. Estrategias de defusión. Pensamiento mindful. Tareas para practicar: ejercicio de defusión, mindfulness cotidiano
4	Escaneo corporal, hacer una lista de miedos y temores, practicar pensamiento mindful. Primera exposición a su lista de temores. Tareas para practicar: Escaneo corporal. Exposición a temores	Escaneo corporal. Pensamiento mindful. Elaboración de lista de miedos y temores. Primeras exposiciones a la jerarquía de temores. Tareas para practicar: Escaneo corporal diario, pensamiento mindful
5	Exposición imaginaria usando su jerarquía de temores, evitación experiencial y llevar los temores con uno. Tareas para practicar: Mindfulness y exposición	Desensibilización encubierta. La evitación experiencial y el llevar consigo sus temores en la vida. Pensamiento mindful de los grandes temores. Tareas para practicar: Escaneo corporal, pensamiento mindful y exposición
6	Mindfulness, ejercicio hojas en el arroyo, juzgar vs describir, 'desengancharse' de los pensamientos, abandonar los auto juicios negativos, aceptación. Tareas para practicar: Desensibilización gradual	Ejercicio de las hojas en el arroyo. Juzgar vs describir. Desensibilización de los grandes temores. Tareas para practicar: meditación mindfulness, desensibilización del peor escenario de temores
7	Manejo de retrocesos y atoros, estrategias de confrontación, generación de habilidades de solución de problemas. Tareas para practicar: Desensibilización gradual	Practica adicional de escaneo corporal. Tacto mindful. Construcción de habilidades para resolver problemas. Pensamiento mindful. Tareas para practicar: Exposición tanto imaginaria como real
8	Comunicación asertiva. Desensibilización dentro de la sesión. Solución de problemas de retroceso. Tareas para practicar: Pensamiento mindful y desensibilización	Comunicación asertiva. Desensibilización encubierta en la sesión. Solución de problemas de retrocesos. Tareas para practicar: Exposición en la vida real, práctica de la solución de problemas
9	Respiración mindful, confrontar el acoso y el bullying. Revisión del progreso hacia las metas. Tareas para practicar: Discusión familiar sobre manejo de ansiedad y estrés cotidiano	Respiración mindful. Manejo del acoso. Revisión del progreso para alcanzar las metas. Tareas para practicar: Describir pensamientos sin juzgar, practicar la asertividad, actividades mindfulness 10 minutos diarios
10	Meditación sobre el amor. Revisión de metas. Planes para el futuro. Manejo de retrocesos y celebración de éxitos	Meditación de deseos amistosos. Revisión de metas. Acción dirigida a valores. Planificación del futuro. Manejo de retrocesos y celebración de éxitos

Aplicación de la Terapia de Aceptación Y Compromiso (ACT) en trastornos de ansiedad en la infancia. Un caso de fobia a la oscuridad

Ruiz, Luciano, Vizcaíno & Sánchez

<https://www.researchgate.net/publication/224901863>

Desde los trabajos pioneros de Watson en fobias infantiles, la Terapia de Conducta ha prestado un marcado interés por los problemas de ansiedad en la infancia, habiendo sido aplicada con éxito en muchos de éstos. Han sido numerosas las técnicas utilizadas desde las distintas vertientes de la terapia de conducta para el tratamiento de estos problemas: desde las técnicas operantes (práctica reforzada, moldeamiento a través de aproximaciones sucesivas, manejo de contingencias, etcétera) y respondientes (exposición, relajación, desensibilización sistemática, etc.), a las llamadas técnicas cognitivas o cognitivo-conductuales (entrenamiento autoinstruccional, reestructuración cognitiva, etc.) (Fernández, 1996; Luciano, 1996; Méndez y Macía, 1990; Méndez, Olivares y Bermejo, 2001). Sin embargo, no todas estas técnicas tienen un anclaje firme en psicología experimental.

En los últimos años, la aplicación de las estrategias de aceptación desde las terapias contextuales ha experimentado un auge notable en el tratamiento de los problemas psicológicos desarrollados durante la infancia y la adolescencia (véase el monográfico editado por Greco y Hayes, 2008). Dentro de las distintas terapias contextuales, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002) contiene algunas características muy importantes que vienen a llenar un vacío en el paradigma operante de la Terapia de Conducta.

En el presente trabajo se expone un estudio de caso en el que el paciente es un niño con un problema que podría ser definido topográficamente como fobia a la oscuridad. El tratamiento siguió la filosofía de ACT, aunando técnicas clásicas de manejo de contingencias con estrategias típicas de aceptación de los eventos privados, con el objetivo de promover un comportamiento de autocontrol que facilitase un funcionamiento más eficaz.

METODO

Sujeto

Gustavo, un chico de 11 años, para quien los padres buscan orientación acerca del miedo persistente del chico a dormirse solo. Es hijo único y vive con sus padres en una casa en las afueras de la ciudad. En el momento actual, G no es capaz de dormirse solo; su madre le acompaña a su dormitorio alrededor de las 23 horas y se sienta delante del ordenador esperando a que éste se duerma. G cierra las ventanas y baja las persianas, aunque sea verano y haga calor porque así se siente más seguro. Transcurridos de 30 a 40 minutos, G suele terminar durmiéndose y la madre le deja solo en la habitación apagando la luz al salir. Sin embargo, si posteriormente G se despierta a media noche, empieza a tener miedo y bien llama persistentemente a la madre hasta que ella acude o directamente va él a la habitación de los padres. En cualquier caso, la madre acompaña al chico al baño si es necesario y vuelve a quedarse con él hasta que se duerme.

En la Figura 1 se presenta el análisis funcional del problema del paciente según la información proporcionada en la evaluación.

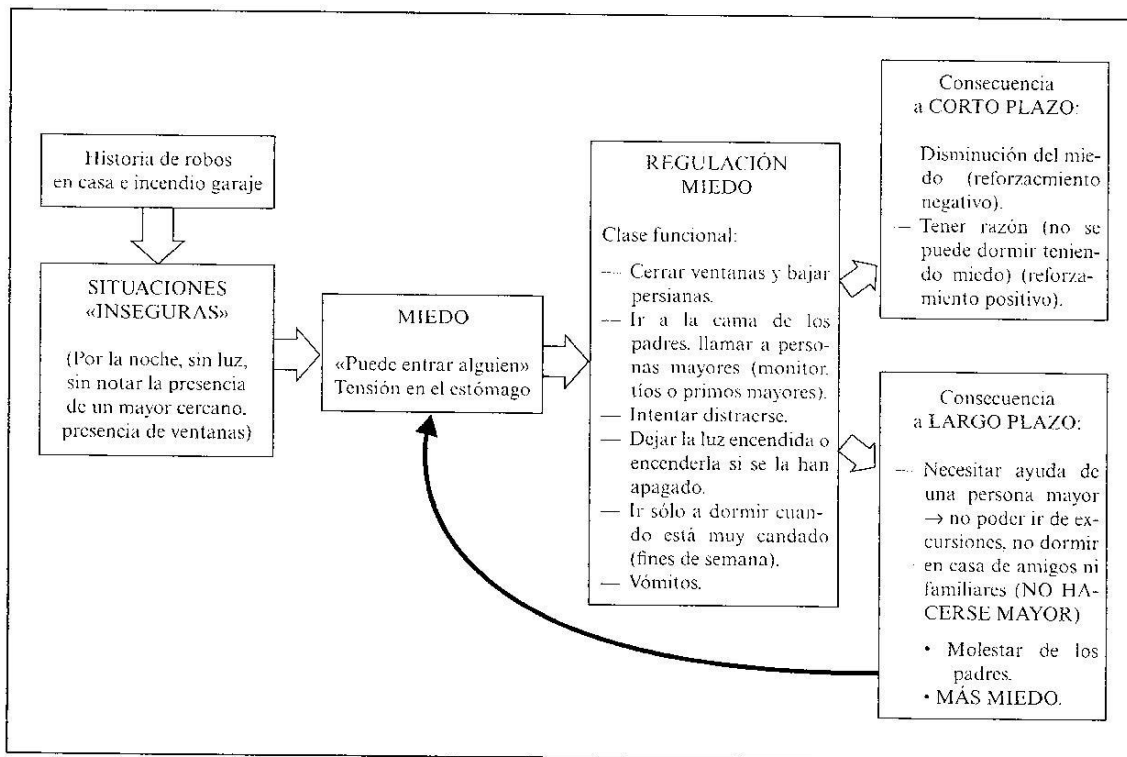


Figura 1.- Análisis funcional del caso

Procedimiento

Durante el tratamiento se siguió la misma forma de trabajar que durante la evaluación. Un terapeuta se encargaba del trabajo a realizar con el chico y otra terapeuta realizaba la labor con los padres. Los objetivos de la intervención fueron disminuir la frecuencia de las conductas de evitación del miedo y enseñarle a G la habilidad de diferenciarse y distanciarse del miedo de modo que pudiera tenerlo y, a pesar de ello, hacer lo importante en ese momento, en este caso, dormirse. Así pues, el objetivo principal de la intervención no fue, como pudiera haber sido siguiendo la lógica de las terapias de segunda generación, la reducción del miedo del chico (véase, por ejemplo, Fernández, 1996; Méndez et al., 2001), sino que éste pudiera comportarse de manera valiosa en presencia del mismo.

Se realizaron cinco sesiones de tratamiento a lo largo de tres semanas. Al término de estas sesiones, se volvió a ver a G y a sus padres en otras tres sesiones para realizar el seguimiento del caso durante un período de aproximadamente seis meses.

Sesión 1

Durante la primera sesión se explicó a los padres y a G cuál era el objetivo de la terapia, situándolos en el análisis funcional que se había realizado y en el que se observaban las considerables dificultades para reducir el miedo. Se les dijo que el objetivo era conseguir que G fuera capaz de dormir solo y sin ningún tipo de ayuda externa a pesar de que tuviera miedo. Se les explicó con distintos ejemplos que no podemos controlar si el miedo aparecerá o no, que incluso las personas mayores tienen miedos y que lo importante para hacerse mayor no es no tener miedo sino no dejarse llevar por él, es decir, que no sea el miedo el que «mande» sino la persona

que tiene el miedo. Una vez explicados los objetivos, G y sus padres fueron con sus respectivos terapeutas.

A los padres se les ofreció una serie de pautas de actuación para los momentos problemáticos: *a)* Si G insistía en que la madre le acompañara para poder dormirse, la madre debería decirle, como muy cerca desde el quicio de la puerta, «haz lo que te han dicho que hagas». Después, la madre tendría que contar hasta cinco e irse de la habitación; *b)* Si G vomitaba, él mismo debería limpiar el vómito sin la ayuda de la madre; *c)* Los padres deberían evitar cualquier regañina, castigo o comentario sobre el miedo, especialmente, no deberían razonar sobre el miedo, es decir, no intentarían darle explicaciones de por qué tiene o no tiene miedo, ni convencerle de que no hay nadie en la habitación o de que no debe tener miedo, y *d)* Se le remarcó que era muy importante que fueran completamente sistemáticos en la aplicación de estas pautas para poder solucionar el problema.

Los objetivos específicos que se plantearon para esta primera sesión con G fueron: *a)* Promover una sensación de desesperanza creativa; *b)* Promover la experiencia del yo como contenedor de todos los eventos privados que la persona tiene en cada momento (yo como contexto); *c)* Comenzar a generar la habilidad de distanciarse de los eventos verbales a fin de facilitar la elección desde la perspectiva del yo.

Con motivo de cumplir el primer objetivo, se utilizó la metáfora del tigre. A continuación, se le volvió a explicar a G que lo que le proponíamos es que intentara «hacerse mayor». Es decir, se estableció una trayectoria importante o valiosa a través de la cual poder experimentar la función aversiva del miedo sin actuar para reducirlo.

Para finalizar la sesión, se acordaron con G las nuevas condiciones para irse a dormir. A partir de esa misma noche, G tenía que irse a la cama solo, sin que la madre lo acompañase, acostarse y apagar la luz. Si el miedo aparecía, en ningún caso podría encender la luz o llamar a la madre. Para cuando el miedo apareciese, se le dijo que imaginase que podía cogerlo y ponerlo en una cajita que tendría en la estantería que tenía al lado de la cama. Si el miedo volvía, sólo tenía que volver a imaginar cómo lo ponía en la cajita. Para que G fuera capaz de hacer este ejercicio por la noche, se hicieron varios ejercicios durante la sesión.

Sesión 2

La segunda sesión de tratamiento se llevó a cabo seis días después de la primera. En primer lugar, se revisó conjuntamente con los padres y el niño cómo se había comportado G durante esos días. Durante la primera noche después de la primera sesión, G se fue solo a la cama, pero a los 10 minutos comenzó a llamar a la madre. Ésta le dijo que siguiera haciendo lo que el terapeuta le había dicho, pero ante la insistencia de G, la madre terminó cediendo y fue a verlo. Estuvo muy poco tiempo en el dormitorio, pero después se quedó en el pasillo y G finalmente se durmió al saberse «protegido» porque su madre estaba cerca. Durante el resto de las noches, G se acostó solo, pero tuvo la ayuda de que la madre se quedaba un rato en el pasillo. Una de las noches, G se despertó y fue al dormitorio de los padres, pero éstos le enviaron de nuevo a la cama y G se fue y siguió durmiendo a pesar del miedo. En conclusión, G había hecho algunos progresos, pero aún no era capaz de distanciarse de la sensación de miedo.

Durante la sesión con los padres, se les reiteraron las pautas que se les dio el primer día y se analizaron los problemas que habían surgido. Se les remarcó que era muy importante ser completamente sistemáticos, pues si no, no merecería la pena ni para G ni para ellos.

Los padres comentaron que el niño tenía una excursión del colegio en unas semanas, pero que G decía que era mejor que no fuera porque no iba a poder dormir. Aprovechando esto, se

estableció como objetivo que G fuera capaz de ir a la excursión y pudiera dormir a pesar de que le diera miedo.

La sesión con el niño se dedicó casi en exclusiva a hacer ejercicios de distanciamiento psicológico. En primer lugar, se comenzaba por eventos privados neutros y genéricamente aversivos para posteriormente realizar la exposición a los eventos privados problemáticos.

A continuación se realizó un ejercicio de exposición consistente en que G se quedó en la sala solo, sin luz alguna, con los ojos cerrados y sin escuchar nada. El objetivo de este ejercicio fue provocar la aparición de conducta clínica. En este sentido, no se trataba de que G se expusiese a la situación de estar con la luz apagada sino a los eventos privados que apareciesen en esa situación y fuera capaz de discriminarlos a través de los marcos de jerarquía y décticos. Es decir, no se trataba de que G se habituara a la situación o que se extinguiese el miedo (como dicta la lógica de las terapias de segunda generación), sino de promover mayor flexibilidad psicológica, es decir, de facilitar que G pudiera estar con sus eventos privados temidos sin necesidad de implicarse en conductas de evitación improductivas. Al cabo de unos minutos, el terapeuta volvió a entrar en la sala.

Se repitió de nuevo el ejercicio y G volvió a practicar el distanciamiento psicológico del miedo a la oscuridad. Una vez terminado, se pasó a realizar el ejercicio del contacto visual (Wilson y Luciano, 2002, p. 199). Se le dijo a G que el ejercicio consistía en que él y el terapeuta iban a permanecer unos minutos mirándose fijamente a los ojos, sin poder retirarlos. Si en algún momento alguno de los dos se distraía, le daba vergüenza o se reía, sólo tenía que colocar esas sensaciones delante y seguir con la tarea. Al principio, G no dejaba de reírse, pero tras unos minutos fue capaz de mantenerse en la tarea seriamente, poniendo al lado las ganas de reírse. Debe tenerse en cuenta que reírse durante el ejercicio suele ser una conducta de evitación. Una vez más, el terapeuta sirvió como modelo para G al realizar los gestos de poner sus propias sensaciones delante de él.

Para terminar la sesión, y de cara a volver a conectar los ejercicios con una dirección valiosa, se realizaron dos ejercicios más en los que se hizo físico el miedo de G. En uno de ellos, se le dijo a G que tenía que llegar de una punta de la sala a la otra. El conseguir llegar a la otra punta era el equivalente a conseguir dormirse. El terapeuta hacía de miedo, interrumpiendo el camino de G. Al principio, G trataba de esquivar al terapeuta, pero éste se movía impidiéndole el paso. Finalmente, G entendió que si quería llegar al otro rincón de la sala tenía que coger al terapeuta de la mano y llevarlo consigo, tal y como tendría que hacer con el miedo. Por último, se realizó el ejercicio «sacar la mente a pasear» (Wilson y Luciano, 2002, p. 215). Se le dijo a G que su objetivo era dar la vuelta al edificio y que el terapeuta iría detrás de él haciendo de mente, diciéndole cosas, pero que él lo que tenía que hacer era dar la vuelta al edificio. G hizo bien la tarea mientras el terapeuta le decía cosas como «lo estás haciendo mal», «así nunca vas a dormir por la noche,» «hay una ventana abierta por allí, mejor vamos por el otro sitio», etc.

Sesión 3

La tercera sesión se llevó a cabo una semana después de la segunda. En este caso, sólo se trabajó con G. La primera noche tras la segunda sesión, G se fue a la cama solo, pero después de unos minutos fue al salón, donde estaban sus padres, para que su madre le acompañara. Tal y como se había instruido, la madre le contestó que se fuera a la cama. G se fue de nuevo solo a la cama, pero volvió a repetir la operación otras dos veces, respondiendo la madre del mismo modo. Finalmente, G se durmió solo y con la luz apagada. Según el propio chico, al ver que llamar a la madre no iba a funcionar, estuvo practicando los ejercicios de distanciamiento psicológico hasta que se durmió: «veía una sombra, una cosa muy grande, vienen y vienen y te cogen.

Lo ponía al lado». Durante el resto de la semana, G se acostó y durmió solo y con la luz apagada. Sintió miedo y ganas de llamar a sus padres en algunas ocasiones, pero no lo hizo.

Se realizó una gráfica utilizando dos colores distintos para medir: *a*) el grado en el que G había tenido miedo o ganas de llamar a sus padres, y *b*) el grado en el que había mandado G (el grado de aceptación del miedo). Se moldeó que lo importante era que el grado en el que mandaba él fuera siempre muy alto, independientemente de si la barra del miedo estaba alta o baja.

Durante el resto de la sesión se realizaron un par de ejercicios de exposición a eventos privados aversivos. Estos ejercicios se enmarcaron en la lógica de practicar la habilidad de distanciarse como modo de estar entrenado para cuando a G le hiciera falta de cara a realizar acciones valiosas (cuando tuviera miedo por la noche, para poder ir a la excursión, etc.). El terapeuta llevó a G a la biblioteca para que pidiera distintas cosas a pesar de que le daba vergüenza, y para que notara las ganas de preguntar cosas al terapeuta y no hacerlo (G tenía tendencia a preguntar mucho). Posteriormente, se le puso a G un programa de ordenador con tareas extraídas de tests de inteligencia mientras aparecían ruidos a través de unos auriculares y la pantalla cambiaba continuamente de color (Sánchez, 2007). El objetivo de este ejercicio fue que G practicara el notar las molestias del ruido y los colores, y simplemente volviera a la tarea. El chico realizó la tarea concentrado, obteniendo unos resultados muy aceptables en comparación con otros chicos de su edad.

Sesión 4

La cuarta sesión se realizó dos días después de la tercera. Durante las dos noches transcurridas, G fue capaz de irse solo a la cama y dormirse a pesar de notar cierto nivel de miedo. Sin embargo, durante una de las noches se despertó con la necesidad de ir al baño y fue al cuarto de los padres para que la madre le acompañara. A pesar de que se le había instruido en dirección opuesta, la madre le acompañó al baño y G volvió a la cama solo, y se durmió sin mayor problema. Se le explicó a G que a partir de entonces la madre no le iba a acompañar y que tendría que ir él solo al baño si se despertaba por la noche.

Durante el resto de la sesión, se realizaron más ejercicios de distanciamiento psicológico. Concretamente, se instó a G a hacer diversas tareas, notando las molestias que producían y siguiendo en ellas. Se hizo esto con ejercicios físicos como flexiones y abdominales, aguantando la respiración y con el ejercicio del contacto visual. En esta ocasión, G realizó este último ejercicio mucho mejor, notando las ganas de reírse y poniéndolas al lado. Al final de la sesión, se le comentó a los padres lo que se había hablado con G respecto a ir al baño por la noche. La madre no le acompañaría, le llevaría de vuelta a su dormitorio si fuese necesario y G tendría que ir solo al baño.

Sesión 5

La quinta sesión se llevó a cabo una semana después y sólo se trabajó con el chico. Se realizaron las gráficas como en las sesiones anteriores. G no había presentado problema alguno durante esa semana. Algunas noches había pasado algo de miedo y había tenido ganas de llamar a su madre, pero no lo había hecho y terminó durmiéndose sin mayor dificultad. Una de las noches se despertó y, a pesar de que le aparecieron las ganas de llamar a la madre, no lo hizo y siguió durmiendo. Se felicitó a G por lo bien que lo estaba haciendo.

Se finalizó la sesión haciendo algunos ejercicios más de distanciamiento psicológico y fijándose la siguiente sesión para dos semanas después.

Sesión 6 (primera de seguimiento)

Esta sesión fue realizada casi en su totalidad conjuntamente con los padres y el chico. Los padres se muestran muy satisfechos, pues durante ese período de tiempo, G no ha dado ningún problema para dormir, ni siquiera durante el viaje que realizaron juntos, ni durante la excursión del colegio a la que G acudió. G refiere que salvo algunas noches aisladas, prácticamente no ha pasado miedo, y en caso de pasarlo no ha llamado a los padres ni a los monitores.

La sesión finalizó recogiendo las gráficas que G había hecho durante estos días y comentando algunos aspectos relativos a las mismas.

Sesión 7 (segunda de seguimiento)

Esta sesión se llevó a cabo casi un mes después de la sesión anterior, teniendo el mismo formato. Durante este tiempo, G ha seguido sin presentar problemas a la hora de ir a dormir y los padres siguen mostrándose satisfechos por los resultados de la intervención. Se decide postergar la siguiente sesión durante al menos un par de meses salvo que ocurra algo relevante.

Sesión 8 (tercera de seguimiento)

La siguiente sesión de seguimiento se realizó cuatro meses después. G sigue sin presentar problemas a la hora de irse a dormir. Los padres dicen que recientemente ha tenido un problema aislado en el colegio, pero que salvo por ese episodio, el tutor sigue felicitándoles por el buen rendimiento del chico. Los padres comentan que G había empezado a hacer cosas que antes no hacía porque le daban miedo. Por ejemplo, se había subido en atracciones en las que antes siempre había rechazado e incluso se había subido acompañado por un mayor al que le daba miedo. G dice que al principio le dio un poco de miedo, pero que quiso probarlo. Por otro lado, durante una fiesta nocturna se quedó escuchando cómo personas mayores contaban historias de miedo a pesar de que hasta entonces G evitaba tales ocasiones.

Resultados

En la figura 1.2 se presenta la evolución diaria de la intensidad y aceptación del miedo de G. La primera variable, la intensidad del miedo, es una variable continua cuantificada de 0 (nada de miedo) a 10 (máximo de miedo). La segunda variable, la aceptación del miedo (grado en el que «manda» el chico en lugar del miedo), toma sólo 3 valores: cuando vale 0, el grado de aceptación del miedo ha sido inexistente, es decir, G intentó controlar la intensidad del miedo con alguna conducta de evitación («mandó» el miedo); cuando vale 5, indica que G terminó durmiéndose solo a pesar de la presencia del miedo, pero en algún momento realizó un intento de controlar la intensidad del miedo (es decir, en algún momento «mandó» el miedo); cuando vale 10, G aceptó la presencia de miedo, en caso de haberla, sin ceder ante él (el chico «mandó» sobre el miedo).

Atendiendo a la intensidad del miedo, puede observarse que antes del inicio del tratamiento es elevada, sobre todo, cuando G no obtiene ayuda para dormirse, fundamentalmente de la madre. Iniciado el tratamiento, el miedo tiende a reducirse y a aparecer esporádicamente en alguna ocasión. Con respecto a la aceptación del miedo, es inexistente antes del inicio del tratamiento, pues el chico siempre necesitaba ayuda para dormir. Sin embargo, tras la primera sesión de tratamiento, G comienza a mostrar un aumento en el grado de aceptación, que se hace efectivo a partir de la segunda sesión, aunque en un par de ocasiones aisladas cediese en algún punto al miedo.

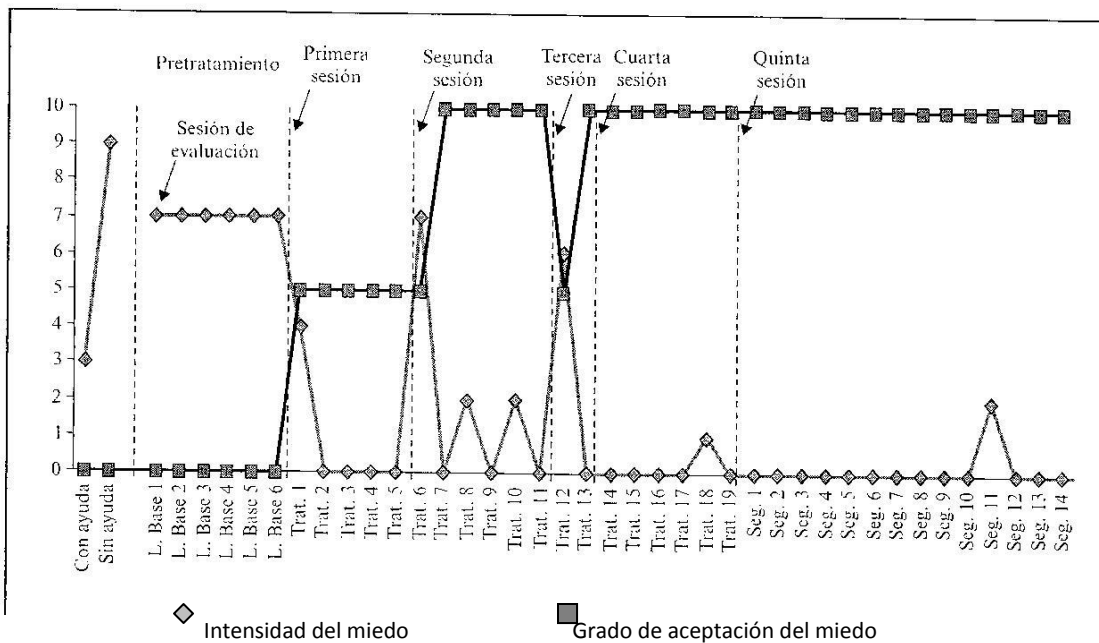


Figura 2.- Evolución diaria de la intensidad y el grado de aceptación del miedo durante la línea base, el tratamiento y 13 días de seguimiento.

Discusión

Se ha presentado un caso en el que una aplicación breve de ACT resultó eficaz en la consecución de los objetivos terapéuticos y, por ende, en la resolución del problema motivo de consulta.

Cabe resaltar que, a pesar de que ACT puede presentar una apariencia de terapia para personas inteligentes debido al uso de metáforas y de ejercicios experienciales que requieren imaginación, en este caso se muestra cómo se puede realizar ACT en niños a pesar de que el repertorio verbal de los mismos sea aún, hasta cierto punto, rudimentario. Esto se consiguió adaptándose al nivel del niño y realizando buena parte de la terapia con diálogos socráticos, asegurándonos de que los ejercicios y metáforas estaban contactando con el repertorio del niño.

Una Revisión de la Terapia de Aceptación y Compromiso para los Trastornos de Ansiedad

Katie Sharp

International Journal of Psychology & Psychological Therapy, 2012, 12, 3, 359-372

Con un año de tasa de prevalencia de 13.1% para adultos de una edad entre 18-54 años (Narrow, Rae, Robin & Regier, 2002), los trastornos de ansiedad son la causa más frecuente de sufrimiento para las personas que buscan tratamiento en los servicios de salud mental de los Estados Unidos (Orsillo et al, 2005). Más aún, frecuentemente se trata de condiciones crónicas. Las tasas de remisión de tres años para la fobia social, los trastornos de ansiedad generalizada, la agorafobia y los trastornos de pánico con agorafobia, en cualquier lugar se mueven en un rango entre 16 a 23% (Keller, 2000). Adicionalmente, los trastornos de ansiedad frecuentemente causan a quien los sufre, una gran limitación funcional, correlacionando con altas tasas de dependencia financiera, desempleo (Leon, Portera & Weissman, 1995), pobre calidad de vida (Massion, Warshaw & Keller, 1993), así como un riesgo creciente de suicidio (Allgulander, 1994).

Debido a su prevalencia, cronicidad y costos asociados con los trastornos de ansiedad, no es de sorprender el tremendo esfuerzo que se ha hecho para desarrollar tratamientos efectivos y hay motivos para el optimismo en los progresos hechos en esta línea de investigación. Por ejemplo, los tratamientos cognitivo-conductuales de los trastornos de pánico alcanzan grandes efectos, que van de .68 a .88 (Gould, Otto & Pollack, 1995) y un alto porcentaje de estos pacientes se mantienen libres del pánico un año después (Barlow, 2002). Las terapias cognitivo-conductuales también han mostrado su efectividad al tratar el trastorno obsesivo-compulsivo (Abramowitz, 1997) y el trastorno de ansiedad generalizada (Borkovec & Ruscio, 2001). La investigación también sugiere que los tratamientos basados en la exposición en el trastorno de ansiedad social alcanzan grandes efectos cuando se usan como una intervención en sí misma (.89) o en combinación con la reestructuración cognitiva (.80; Gould et al, 1997).

Además de la prevalencia de la efectividad de las intervenciones terapéuticas y sus resultados prometedores en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, aún permanecen algunos problemas significativos. Por ejemplo, aún cuando los clientes son manejados con protocolos de tratamiento empíricamente sustentados, una cantidad significativa fallan al responder al tratamiento y entre quienes demuestran una mejoría mensurable, muchos aún se mantienen limitados funcionalmente y continúan buscando tratamiento (Orsillo et al, 2005). Esto es particularmente cierto para los clientes que presentan trastornos más severos o aquellos con co-morbilidades (Barlow, 2002). Además, muchos clientes encontrarán la terapia de exposición intolerable y terminarán prematuramente su tratamiento (Orsillo et al, 2005). En respuesta a estos retos, un nuevo tratamiento, la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) se ha desarrollado como un intento para reformular la conceptualización y el tratamiento de la ansiedad. Este nuevo tratamiento aprovecha el poder de las terapias de exposición mientras, al mismo tiempo, manejando temas de co-morbilidad, miedo y evitación relacionados. También adiciona un énfasis en el compromiso de los clientes con sus valores personales (Orsillo et al, 2005).

¿Qué es la terapia de Aceptación y Compromiso? Un resumen

La terapia de aceptación y compromiso es una terapia conductual de la tercera ola con raíces en la tradición filosófica del contextualismo funcional (Hayes, Hayes, Reese & Sarbin, 1993) y basada en la teoría de los Marcos Relacionales (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001). La ACT tiene dos metas principales: (a) aceptar activamente pensamientos y emociones indeseadas y quizá incontrolables y (b) compromiso y acción hacia las metas que son congruentes con los valores que uno escoge. Así, la ACT trata de aceptación y cambio al mismo tiempo (Eifert & Forsyth, 2005). La ACT se basa en la noción de que el sufrimiento psicológico es causado por la vinculación cognitiva (fusión con pensamientos maladaptativos), rigidez psicológica que imposibilita a la persona actuar bajo sus valores, generando 'evitación experiencial' (conductas que intentan alterar la intensidad o frecuencia de experiencias privadas indeseables, tales como pensamientos, emociones y sensaciones corporales molestas). Hay seis procesos centrales en la ACT que se emplean para aumentar la flexibilidad psicológica. Estos son:

- La defusión cognitiva: estrategias para reducir el reinado de los pensamientos, sensaciones y emociones
- La aceptación: permitir experiencias como son, sin resistirse a ellas
- Contacto con el momento presente: estar abierto, interesado y receptivo al aquí y el ahora
- Self como contexto: desarrollar un sentido concreto del self como observador que es estable e independiente de las experiencias cambiantes de cada momento
- Valores: definiendo lo que es más importante en la vida de la persona, y
- Acción comprometida: actuar bajo la guía de los valores personales

Cuando se aplica a los trastornos de ansiedad, la ACT enseña a sus clientes a terminar la lucha contra las sensaciones molestas que provienen de su ansiedad, mientras que simultáneamente se eligen comportamientos que los lleven cerca de sus valores, sin importar qué tan displacenteros sean los pensamientos y emociones que ocasionen (Twohig et al, 2005).

La ACT para los Trastornos de Ansiedad

La evidencia apoya la idea de que los trastornos de ansiedad se desarrollan y mantienen por patrones conductuales de evitación y fusión con pensamientos maladaptativos (Orsillo et al, 2005). La investigación también apoya la noción de que los intentos por regular la ansiedad pueden aumentar el sufrimiento psicológico y transformar las experiencias de ansiedad en una forma maladaptativa (Hayes et al, 1999). El enfoque ACT está bien equipado para enfrentar estas preocupaciones pues enseña a sus pacientes como aceptar y vivir con síntomas de ansiedad molestos (preocupaciones, sensaciones corporales, pensamientos molestos, etc.) en lugar de tratar de eliminarlos o suprimirlos (Hayes et al, 1999). Así, la ACT promueve el deseo de estar con toda experiencia humana, lo que aumenta la flexibilidad psicológica y reduce los intentos por evitar fenómenos psicológicos y emocionales. Entonces, los pacientes tienen la libertad de escoger actividades que los acerquen a sus valores escogidos.

La ACT se basa en la idea de que la evitación experiencial puede estar ligada a los procesos del lenguaje. Por ejemplo, el lenguaje crea patrones de conducta gobernada por reglas (ejem: “Me pondré ansioso en la fiesta, por eso no voy”), así como auto evaluaciones negativas (ejem: “No sirvo para nada”). Las personas frecuentemente quedan vinculadas en una red de juicios y evaluaciones negativas, que sustancialmente impacta sus elecciones en la vida. Por ejemplo, los pacientes podrían querer involucrarse en eventos sociales con sus amigos, como una manera de gozar la vida, pero su conducta de evitación tiende a dominarles (Eifert et al, 2009), así que eligen permanecer en casa. Así, la “defusión” de la literalidad de sus pensamientos es una meta primaria en la ACT.

En resumen, la formulación ACT de los trastornos de ansiedad conceptualiza que los problemas que surgen de la ansiedad tiene n que ver con 6 condiciones: (a) los pacientes no tienen deseos de experimentar los componentes fisiológicos de la ansiedad (temblor, sudoración, etc.) o las experiencias privadas que produce (preocupaciones sobre el futuro); (b) los pacientes ven a la ansiedad como un reto a su salud básica y como algo que debe ser controlado o eliminado; (c) los intentos por controlar o eliminar la ansiedad hacen que esta escale a niveles intolerables, (d) los pacientes inician estrategias de evitación experiencial que son de tipo psicológico (preocupación, rumiación, etc.) o conductual (revisar, evitar situaciones, etc.), lo que refuerza negativamente su ansiedad; (e) las conductas de evitación sutiles y abiertas se aplican con mayor frecuencia como resultado del aumento en la ansiedad, cerrando el círculo de reforzamiento; y (f) este patrón de evitación y ansiedad aumentada lleva a consecuencias psicológicas y conductuales que restringen su funcionamiento en más de un área de la vida (Orsillo et al, 2005).

La ACT con trastornos de ansiedad específicos

Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

La preocupación crónica (pensamientos sobre el futuro y sus resultados potencialmente negativos), es el sello de la ansiedad generalizada (Orsillo et al, 2005). La ansiedad generalizada es el trastorno de ansiedad más común y posiblemente el más difícil de tratar debido a la manifestación difusa de los estímulos que la provocan (Roemer & Orsillo, 2002).

La investigación sugiere que la forma lingüística verbal de la ansiedad en el trastorno de ansiedad generalizada (las preocupaciones) puede conceptualizarse como evitación experiencial por la vía de dos mecanismos. El primer mecanismo involucra la creencia supersticiosa de que la preocupación sobre eventos negativos futuros de baja probabilidad reduce la posibilidad de que ocurran (Orsillo, 2002). El segundo mecanismo que ayuda a que la conceptualización de la preocupación sea evitación experiencial involucra los intentos tanto conscientes como inconscientes de evitar situaciones de malestar interno (Orsillo, 2002).

Diversos estudios que han implementado conceptos de la ACT en el tratamiento de la ansiedad generalizada han demostrado su efectividad potencial con esta población. Por ejemplo, Huerta, Gómez, molina & Luciano (1998) reportaron un estudio de caso con una mujer de 26 años de edad con ansiedad generalizada, quien fue tratada exitosamente con una terapia que incorporó

elementos clave de la ACT. Los autores notaron que este resultado era particularmente promisorio ya que esta paciente había fracasado en responder a un año de tratamiento psicofarmacológico. Adicionalmente, sus resultados positivos se mantuvieron por al menos un año después. En otro reporte, los investigadores emplearon un protocolo integrado con métodos tradicionales de la terapia cognitivo conductual más conceptos de aceptación y basados en valores inherentes a la ACT para tratar a 4 personas portadores de TAG (Orsillo, Roemer & Barlow, 2001). Después de un periodo de tratamiento de 10 semanas, dos de los cuatro pacientes demostraron una reducción sustancial de sus síntomas ansiosos y depresivos, mientras que el tercero mostró una mejoría modesta. El cuarto paciente faltó a varias sesiones y no mostró mejoría en sus síntomas. Sin embargo, los cuatro pacientes hicieron cambios positivos significativos en su vida, especialmente en relación a sus trabajos y relaciones sociales. Reportaron que los elementos de aceptación y valores del tratamiento les fueron particularmente útiles. Roemer & Orsillo (2007) subsecuentemente revisaron el mencionado protocolo, transformándolo en un formato individual y llevaron a cabo un ensayo abierto para evaluar la efectividad de su terapia conductual basada en aceptación (TCBA) para tratar pacientes con ansiedad generalizada. Los 16 pacientes que completaron la terapia evidenciaron mejorías generales significativas en la ansiedad generalizada, en las preocupaciones, la ansiedad y los síntomas depresivos, así como un aumento en su calidad de vida y estos resultados se mantuvieron en una evaluación de seguimiento 3 meses después. Además, se observaron reducciones significativas en medidas del miedo y la evitación de experiencias internas, que sugería que el enfocarse en la evitación experiencial pudo haber sido un elemento esencial del éxito en el tratamiento.

El mismo protocolo (TCBA) también fue probado en un ensayo controlado al azar (Roemer et al, 2008). Un total de 31 pacientes con ansiedad generalizada fueron aleatoriamente asignados a una condición de tratamiento inmediata versus demorada. Los resultados indicaron que el uso de TCBA llevó a una reducción significativa de sus síntomas y que esta se mantuvo en seguimientos 3 y 9 meses después. Más aún, al final del tratamiento, 78% de los pacientes ya no cumplieron con los criterios del diagnóstico de la ansiedad generalizada y 77% alcanzaron un alto grado de funcionalidad. Estas proporciones se mantuvieron o se incrementaron en el seguimiento. Consistente con las metas de la TCBA de enfocarse en la evitación experiencial, los buenos resultados del tratamiento se asociaron con disminuciones en la evitación de experiencias privadas y en un aumento del mindfulness.

Solo hay un estudio publicado en donde los investigadores implementaron el protocolo ACT solo para tratar pacientes con TAG. Este estudio piloto trató a 7 pacientes ancianos en atención primaria con 12 sesiones de ACT y a otros 9 pacientes con terapia cognitivo conductual (Wetherell et al, 2011). Aunque todos los pacientes en la condición ACT completaron las 12 sesiones, solo 5 de los 9 en terapia cognitivo conductual lo hicieron. No obstante, los datos de ambos grupos revelaron mejorías significativas en los síntomas de ansiedad y depresión. Los investigadores notaron que aunque los efectos de la ACT en su estudio fueron más pequeños que los demostrados en muestras de adultos jóvenes, la ACT puede ser benéfica para la población de adultos mayores y merece una evaluación empírica adicional.

Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)

El mejor tratamiento para el TOC es la exposición y la prevención de los rituales (EPR), con tasas de efectividad en un rango de 60-85% (Abramowitz, 1997). No obstante, importantes limitaciones inherentes a la EPR hacen necesaria la búsqueda de alternativas para el tratamiento. Primero, aunque el tratamiento es altamente efectivo, aún mantiene entre 15 y 40% de pacientes sin respuesta positiva. Además, 5% de las personas rechazan la EPR y otros 3-12% abortan el tratamiento (Foa, Steketee, Grayson & Doppelt, 1983). Finalmente, ciertos tipos de compulsión, particularmente las compulsiones encubiertas (Salkovskis & Westbrook, 1989) y la conducta de acumuladores (Clark, 2004) se ha encontrado ser particularmente difíciles de tratar con EPR. Por estas razones, algunos investigadores han evaluado la utilidad de la ACT en el tratamiento de los TOC.

Twohig, Hayes & Masuda (2006) evaluaron la eficacia de seis sesiones de intervención ACT en cuatro pacientes con TOC. Ellos hipotetizaron que la aceptación y la defusión serían especialmente útiles con esta población ya que las personas con TOC están abiertamente enfocados en sus pensamientos obsesivos y se involucran en una diversidad de conductas de escape y evitación. Los autores encontraron que hubo una reducción significativa en el número de compulsiones para el final del tratamiento para todos los participantes basados en una medida de auto reporte y estos resultados se mantuvieron en un seguimiento de 3 meses. Todos los participantes también evidenciaron reducciones significativas en los niveles de ansiedad y depresión, aún cuando estos no fueron objetivos de la terapia. Más aún, los participantes demostraron reducciones en la evitación experiencial, en la creencia de sus obsesiones y en la necesidad de responder a ellas. Los investigadores concluyeron que sus hallazgos abrían la puerta a enfoques alternativos en el manejo de pensamientos, emociones y conductas asociadas al TOC. Twohig et al (2006) argumentaron que sus datos indicaban que la ACT merece mayor atención como tratamiento para el TOC.

Eifert et al (2009) presentaron un estudio de caso con una mujer de 52 años de edad con diagnóstico principal de TOC y un diagnóstico secundario de trastorno de pánico quien fue exitosamente tratada con el protocolo ACT. La paciente recibió un total de 12 sesiones semanales de una hora y para el final de su tratamiento, la severidad de su TOC bajó de ser moderadamente severo a niveles subclínicos luego de ser tratada. También mostró niveles significativamente bajos de malestar general y notablemente, ningún malestar relacionado a su pánico. A los 6 meses de seguimiento, sus problemas TOC se mantenían en niveles subclínicos y ella reportó hacer cambios positivos en su vida en relación a sus aspiraciones profesionales.

Un ensayo clínico al azar comparó la efectividad de un protocolo ACT de 8 sesiones, en relación a un entrenamiento en relajación progresiva (ERP) para el manejo de 79 personas con TOC sin exposición en las sesiones (Twohig et al, 2010). Los autores encontraron que aunque el rechazo al tratamiento y la deserción de este fueron bajos en ambas condiciones, quienes fueron tratados con ACT demostraron mayores cambios luego del tratamiento y en el seguimiento en la severidad de su TOC, que aquellos tratados con ERP.

Otros tres reportes también han demostrado la efectividad de la ACT ante dos variantes del espectro TOC: la tricotilomanía y el pellizcarse la piel (Twohig & Woods, 2004); Twohig, Hayes

& Masuda, 2004; Woods, Wetterneck & Flessner, 2006). Woods et al (2006) condujo un ensayo al azar comparando la ACT mas el Entrenamiento en Reversión de Hábito (ACT/ERH) con pacientes en una lista de espera como grupo control, en el tratamiento de 25 adultos diagnosticados con tricotilomanía. Después del tratamiento, aquellos en la condición ACT evidenciaron una reducción significativa en la severidad de su conducta de arrancarse el pelo. También redujeron significativamente sus niveles de evitación experiencial, así como sus síntomas de ansiedad y depresión, al compararse con aquellos del grupo control o en lista de espera. El progreso del tratamiento se mantuvo en los 3 meses del seguimiento. Los investigadores también notaron que el decremento en la evitación experiencial y el buen apego al tratamiento correlacionaban con sus resultados positivos. Un reporte de un solo caso controlado también demostró la efectividad de la ACT en la tricotilomanía (Twohig & Woods, 2004). Usando un diseño de línea base múltiple, los investigadores demostraron que la ACT en combinación con la reversión del hábito reducían el jalarse el pelo casi a cero en 4 de 6 pacientes y estos resultados se mantuvieron para 3 de 4 pacientes en el seguimiento a 3 meses. El mismo protocolo ACT implementado en un par de diseños de línea base también fue empleado en el tratamiento de la conducta de pellizcarse la piel (Twohig et al, 2004). La intervención fue efectiva para casi eliminar este comportamiento en 4 de 5 individuos que participaron en el estudio, manteniéndose estas ganancias en el seguimiento.

Trastorno Generalizado de Ansiedad Social

Diversos estudios han investigado el potencial de la ACT como un tratamiento eficaz para el trastorno de ansiedad social. Dos de estos estudios evaluaron el tratamiento de la fobia social usando ACT en comparación con la terapia cognitivo conductual grupal (TCCG) y un grupo control sin tratamiento (Block, 2002; Block & Wulfert, 2000). En el primero, un total de 39 pacientes masculinos y 26 femeninos fueron adventiciamente asignados a uno de estos tres grupos. Los grupos con un tratamiento activo tuvieron ya sea tres sesiones en un taller ACT o tres sesiones en un taller TCCG. Para el final del tratamiento, en comparación con el grupo sin tratamiento, los participantes en la condición ACT demostraron un aumento en la disposición para experimentar la ansiedad, un decremento significativo en la evitación conductual durante sus alocuciones en público y un ligero decremento en la ansiedad durante ejercicios de exposición. Los participantes en el grupo TCCG demostraron un aumento en su disposición, una reducción en la evitación por auto-reporte y un ligero decremento en su ansiedad reportada cuando se compararon con la condición control sin tratamiento. Al comparar los resultados entre los pacientes en los grupos ACT y TCCG, no hubo diferencias significativas. Sin embargo, fue notable que luego del control para los puntajes pre-tratamiento, los participantes ACT se mantuvieron más tiempo en las tareas de exposición post-tratamiento en comparación al grupo TCCG. Block (2002) notó que una reducción en la evitación experiencial y un aumento en la disposición para experimentar la ansiedad era característico del grupo ACT.

En el segundo estudio comparando ACT y TCCG, Block y Wulfert (2000) describieron el tratamiento de 11 alumnos no graduados con ansiedad escénica (hablar en público). El tratamiento consistió de 4 sesiones semanales de hora y media conducidas por estudiantes de doctorado con entrenamiento en psicología clínica. Los investigadores encontraron una reducción

considerable en la evitación de hablar en público en los alumnos tratados con ACT (n=3) en relación con aquellos tratados con terapia cognitiva (n=4) o con los que estaban en la condición control de lista de espera (n=4). No obstante, aquellos en el grupo TCCG mostraron un decremento ligeramente mayor en sus niveles de ansiedad. Los resultados de cada condición son consistentes con los fundamentos conceptuales tras cada modalidad de intervención. De hecho, dado que la ACT fue diseñada para proporcionar a las personas un mayor sentido de disposición, los investigadores especularon que quienes fueron tratados con ACT mostrarían mayor mejoría luego de un mes de seguimiento.

Otros investigadores también han examinado la eficacia de la ACT en el tratamiento grupal de la fobia social con resultados igualmente prometedores. Por ejemplo, Ossman, Wilson, Storaasli y McNeill (2006) diseñaron un protocolo ACT para la conducta de evitación y los problemas de la vida que son típicos en las personas con ansiedad social. Veintidós participantes se enrolaron en su grupo de tratamiento por 10 sesiones. Notablemente, solo 12 participantes terminaron el estudio. Sin embargo, entre los que lo completaron, su nivel de ansiedad social bajó significativamente en el post-tratamiento y estas reducciones se mantuvieron e incluso mejoraron un poco más en el seguimiento. Los participantes también demostraron una reducción significativa en la evitación experiencial y hubo una correlación positiva significativa entre la reducción de la evitación y la reducción en los síntomas de la fobia social. Los autores notaron que esta era un área importante para investigaciones futuras. Los puntajes en efectividad en la vida, especialmente los relacionados con vínculos sociales, también aumentaron significativamente en el seguimiento. Aunque estos resultados son alentadores, hubo varias limitantes inherentes en el estudio, incluyendo que la muestra era pequeña, la falta de un grupo control formal para comparar los resultados, así como el índice alto de deserción.

En un estudio piloto, Dalrymple y Herbert (2007) examinaron la efectividad de la ACT en combinación con terapia de exposición para la fobia social usando un manual detallado de tratamiento (Herbert & Dalrymple, 2006) diseñado para sesiones individuales de una hora de tratamiento. Diecinueve personas (10 mujeres y 9 hombres) fueron reclutados para participar en un periodo de tratamiento de 12 semanas. Los resultados mostraron mejoría significativa desde el pre tratamiento hasta el seguimiento en mediciones auto-reportadas de síntomas de ansiedad social. Los participantes también reportaron un mejor funcionamiento y calidad de vida, así como un aumento en su conducta dirigida por valores, que era consistente con la reducción en el uso de la evitación como forma de confrontación.

Finalmente, Eifert et al (2009) proporcionan la ilustración de un caso con tratamiento exitoso de un varón de 51 años de edad quien presentaba un diagnóstico primario de fobia social generalizada y un diagnóstico secundario de distimia. La situación social específica que más temía involucraba el hablar en público, ser asertivo, hablar con personas desconocidas y atender reuniones sociales. Para el final de tratamiento de 12 semanas, las medidas de resultados mostraron que el cliente estaba más dispuesto a aceptar pensamientos indeseables, a actuar de acuerdo a sus valores y ser tres veces menos probable el 'dejarse atrapar' por sus pensamientos y emociones.

Trastorno de Estrés post-traumático (TEPT)

Orsillo y Batten (2005) argumentan que la ACT es un tratamiento adecuado para las personas que presentan problemas en la vida relacionados con alguna experiencia traumática. Los autores fundamentan que el TEPT puede conceptualizarse como un trastorno que se desarrolla y mantiene como resultado de intentos infructuosos por controlar pensamientos, emociones y recuerdos indeseados, particularmente aquellos relacionados con el evento traumático. Orsillo y Batten (2005) proporcionan el ejemplo de un caso con un combatiente veterano de Vietnam de 51 años de edad, exitosamente tratado con ACT luego de una larga historia con síntomas de TEPT que incluían recuerdos intrusivos, pesadillas, ataques de pánico y una culpa significativa asociado con actos realizados en Vietnam. Los autores demostraron qué tan efectivo resultaba la aplicación de diversas intervenciones ACT para mejorar la funcionalidad de este paciente y como estas intervenciones podían generalizarse para tratar con éxito a otros pacientes con diagnóstico de TEPT.

Twohig (2009) también presentó un estudio de caso de una mujer de 43 años de edad con TEPT y con un trastorno depresivo mayor, tratada exitosamente con 21 sesiones de ACT, luego de no presentar respuesta a 20 sesiones de terapia cognitivo-conductual. Para el final del tratamiento, las mediciones de la severidad del TEPT, la depresión, la ansiedad, la flexibilidad psicológica y los pensamientos y creencias relacionadas al trauma, tenían reducciones significativas. Aún cuando estos dos casos resultan prometedores, los autores están de acuerdo en la necesidad de una mayor investigación sobre la efectividad de la ACT para el tratamiento del TEPT.

BREVE TRATAMIENTO ACT DE LA DEPRESIÓN

Zettle & Hayes

Handbook of Brief Cognitive Behavior Therapy

Bond & Dryden (Eds.), John Wiley & Sons, Ltd., 2002 Chapter 3, p. 35

Tratamiento de la depresión con la ACT

Aunque el número total de reportes publicados investigando el tratamiento de la depresión con la ACT es todavía limitado, hasta donde sabemos, es la única forma de intervención breve con bases conductuales que ha sido evaluada tanto en su eficacia como en su eficiencia (Seligman, 1995).

Investigación sobre su eficacia

En general, la investigación sobre la eficacia es más común que la investigación sobre la eficiencia y ha sido empleada para “validar empíricamente” a diversos tratamientos psicológicos, incluyendo terapias cognitivas e interpersonales para la depresión. En un primer ensayo clínico aleatorizado (Zettle & Hayes, 1986), 18 mujeres deprimidas recibieron 12 sesiones semanales ya sea de terapia cognitiva (Beck et al, 1979) o de una versión temprana de la ACT. Las participantes en ambas condiciones mejoraron significativamente desde el pre tratamiento hasta el final del seguimiento de dos meses. Sin embargo, quienes recibieron la ACT fueron juzgadas por un evaluador ciego independiente usando el Test de Hamilton para la Depresión (Hamilton, 1960), como significativamente menos deprimidas en el seguimiento, que las mujeres tratadas con terapia cognitiva.

Un análisis de diversos procesos medidos, también detectó diferencias entre la ACT y la terapia cognitiva, en los mecanismos mediante los cuales el cambio terapéutico fue aparentemente efectuado. Durante el pre tratamiento, el post tratamiento y durante el seguimiento, las participantes completaron el Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ) (Hollon & Kendall, 1980) y el Cuestionario de Explicaciones específicamente elaborado para evaluar las explicaciones otorgadas para la conducta disfuncional. El ATQ evalúa de manera independiente el grado y la frecuencia de la credibilidad de los pensamientos negativos asociados con la depresión. Las participantes en ambos tipos de terapia reportaron reducciones significativas, pero equivalentes, en los puntajes de frecuencia, a lo largo del estudio. No obstante, se encontró un patrón de resultados diferentes en los puntajes ATQ de credibilidad. Las participantes tratadas con la ACT reportaron reducciones significativamente mayores, que aquellas que recibieron la terapia cognitiva, en su grado de creencia en los pensamientos depresivos, durante el post tratamiento. En pocas palabras, los puntajes significativamente bajos en la credibilidad para las pacientes bajo ACT, no se asociaron con reducciones similares en los puntajes ATQ de frecuencia. Dicho de otra manera, los cambios en la credibilidad de los pensamientos depresivos ocurrieron independientemente de las reducciones en su frecuencia, lo que es consistente con el énfasis ACT para desacreditar la evitación experiencial. La meta de la ACT en este respecto puede decirse que es la de reducir el control disfuncional ejercido por los

pensamientos depresivos, como lo refleja la reducción en los puntajes de credibilidad y no meramente la eliminación de tales eventos privados. Mediante la ACT, los pacientes deprimidos pueden aún conservar sus pensamientos depresivos, pero aprender cómo reaccionar diferencialmente ante ellos.

Más evidencia de que la ACT trabaja debilitando el soporte verbal/social de la psicopatología se ofrece en hallazgos desde el Cuestionario de Explicaciones. Se les pidió inicialmente a las participantes que dieran sus explicaciones sobre su sobrepeso y su tendencia suicida y subsecuentemente, puntuar que “tan buenas” eran sus explicaciones. Unos jueces categorizaron confiablemente estas explicaciones como “externas”, que se referían a eventos ambientales como las causas de su conducta disfuncional o “internas”, que se referían a eventos privados. Las participantes tratadas con la ACT mostraron una reducción significativa en los puntajes validados para las explicaciones internas, desde el pre tratamiento y hasta el seguimiento. En contraste, quienes recibieron la terapia cognitiva, mostraron solo una ligera disminución no significativa, en la medida en que consideraban a sus eventos privados como “buenas razones” de su conducta disfuncional.

Un segundo resultado de un estudio comparativo investigando la eficacia de la ACT en relación con la terapia cognitiva evaluó ambos tratamientos otorgados a un formato grupal y no individual (Zettle & Rains, 1989). Un total de 31 mujeres deprimidas fueron aleatoriamente asignadas a la ACT o a una de dos variantes de la terapia cognitiva. Los tres grupos mostraron reducciones significativas, pero equivalentes en la depresión, luego de 12 semanas de tratamiento y dos meses de seguimiento. Mientras se encontró que la ACT era equivalente en eficacia con la terapia cognitiva, cuando ambas se otorgaban en un formato grupal, otros hallazgos discrepantes nuevamente sugerían que las dos modalidades de intervención podrían funcionar basadas en diferentes procesos. Específicamente, las participantes tratadas con terapia cognitiva reportaron reducciones significativas desde el pre tratamiento hasta el seguimiento en su acuerdo con sus creencias depresivas evaluadas con la escala DAS (Dysfunctional Attitude Scale, Weissman & Beck, 1978). En contraste, las participantes que recibieron la ACT mostraron solo reducciones menores, no significativas, en los puntajes DAS.

Luego de una primera consideración, estos resultados podrían aparentar estar en directa oposición con los hallazgos tempranos de Zettle y Hayes (1986) en los que los usuarios de la ACT, en relación con quienes recibían terapia cognitiva, mostraban grandes reducciones en los puntajes de credibilidad del test ATQ. Una posible explicación de estos hallazgos aparentemente discrepantes puede involucrar diferencias en el estilo usado en los dos instrumentos y en el tipo de actividad cognitiva evaluada en cada uno. El ATQ pregunta a las participantes que “indiquen qué tan fuerte, si acaso, tienden a creer en esos pensamientos, cuando ocurren”, mientras que el test DAS instruye a las participantes para que decidan qué tanto están “de acuerdo o en desacuerdo” con las creencias enlistadas. Esto no es inconsistente con la conceptualización que ofrecimos con la ACT que indica que, las pacientes deprimidas tratadas con ella, podrían continuar estando de acuerdo con “creencias depresivas”, ya que cualquier emoción disfuncional asociada y su control conductual, fueron efectivamente debilitadas. Por ejemplo, una paciente deprimida tratada exitosamente con la ACT puede estar totalmente de acuerdo en que “la gente probablemente piense menos en mí, si cometo un error”, pero deja de evitar situaciones donde

podiera ocurrir una posible censura social o un resultado embarazoso como consecuencia de cometer errores. En otras palabras, “pensar que los demás piensen poco en mí” ya no es un evento psicológico que tenga que ser evitado. Al final, los datos sobre los procesos de los dos estudios de eficacia son consistentes en sugerir enfáticamente que la ACT inicia el cambio terapéutico mediante un mecanismo que difiere del de la terapia cognitiva. Esto parece especialmente notable a la luz de otra investigación que ha documentado reducciones significativas en los puntajes DAS cuando la depresión es tratada exitosamente mediante fármacos (Reda et al, 1985; Simons et al, 1984; Simons et al, 1986).

Más recientemente, un estudio Sueco comparó la ACT con el tratamiento usual (TU) con 24 personas desempleadas portadoras de depresión (Folke & Parling, 2004). Los 11 participantes que recibieron la condición TU la obtuvieron como una intervención otorgada por el gobierno, mientras que aquellos asignados a la condición ACT recibieron este servicio, así como una sesión de tratamiento individual y cinco sesiones semanales de grupo. Luego del tratamiento, el grupo ACT mostró niveles significativamente menores de depresión, reportando además una mayor calidad de vida, salud general y nivel percibido de funcionalidad, comparado con el grupo TU.

Investigación sobre su Efectividad

La investigación sobre efectividad puede distinguirse de la eficacia en varios e importantes aspectos (Seligman & Levant, 1998). Mientras la investigación de eficacia típicamente evalúa terapias manualizadas otorgadas en un número fijo de sesiones a voluntarios homogéneos que reúnen diversos criterios de elección, la investigación sobre efectividad investiga el impacto de intervenciones en la forma en que se aplican en “el campo” para diversos periodos de tiempo al servicio de clientes que activamente buscan la terapia para diversos conjuntos de problemas presentados. Un estudio reciente efectuado por Stroschal et al (1998) satisface el criterio de una investigación de efectividad (Seligman, 1995) y proporciona un mayor apoyo empírico sobre el impacto clínico de la ACT. Ya que la investigación de efectividad no excluye participantes con problemática múltiple y “diagnósticos duales”, deberá notarse que solo 12% de los participantes fueron diagnosticados con un desorden del modo emocional. Sin embargo, sus resultados parecen ser relevantes para una evaluación del tratamiento ACT breve de la depresión. Ningún resultado varió en función del diagnóstico de los participantes y el desorden del modo emocional fue el segundo más común, luego del desorden adaptativo. Así, pareciera razonable que los hallazgos generales del estudio pudieran extenderse más específicamente a la efectividad de la terapia breve ACT para la depresión.

Se ofreció entrenamiento ACT a los terapeutas de un centro de salud mental de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO). El entrenamiento consistió de un taller introductorio a la ACT, seguido de un taller clínico “intensivo”, así como de la diseminación de un detallado manual de terapia y consultas supervisadas mensualmente a lo largo de un año que duró el proyecto. Todos los nuevos pacientes de los terapeutas entrenados en ACT en un periodo de un mes, así como otros que conformaron un grupo control de terapeutas que no recibieron el entrenamiento, fueron evaluados antes del entrenamiento y luego después de un año de haber terminado el entrenamiento.

En efecto, el diseño del estudio simultáneamente evaluaba la adquisición de habilidades ACT durante el entrenamiento, así como su relevancia e impacto. Si la ACT fuera efectiva con solo unos pacientes, esto tendría gran impacto, pero poca relevancia y no se esperaría alguna diferencia en sus resultados. Más aún, si la ACT pareciera adecuada, pero fuera inefectiva, no se hubieran encontrado diferencias. Finalmente, si el entrenamiento no hubiera confiablemente proporcionado habilidades ACT, no se hubieran visto diferencias aún si la ACT hubiera sido efectiva. Esto pareciera ser un desperdicio por evaluar el impacto terapéutico en el mundo real, especialmente considerando la extensa literatura que muestra que el entrenamiento del terapeuta generalmente no mejora los resultados con el paciente (Dawes, 1994), y consecuentemente, la obtención fácil de efectos placebo sería improbable.

Entre otros hallazgos, los pacientes de los terapeutas entrenados en ACT reportaron una confrontación significativamente mejor que los pacientes de los terapeutas no entrenados y llegaron más probablemente a completar su tratamiento durante 5 meses que duró la terapia. Además, los pacientes de los terapeutas entrenados en ACT estuvieron más en acuerdo con sus terapeutas sobre el estatus de la terapia (mientras esta continuaba) y menos probables de ser referidos para farmacoterapia. Finalmente, la evidencia también sugiere que el aumento en la aceptación de los pacientes fue parte de la efectividad de la ACT. Específicamente, los pacientes de los terapeutas entrenados en ACT mostraron mayores niveles de aceptación luego del entrenamiento, mientras que los puntajes de aceptación de los pacientes de terapeutas no entrenados no cambiaron.

Resumen

Las evaluaciones de la eficacia relativa de la ACT sugieren que se compara favorablemente con la terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión. Aunque existen solo dos estudios de resultados comparativos, la evaluación de la ACT contra la terapia cognitiva parece proporcionar una prueba más rigurosa de su eficacia, dado la gran cantidad de literatura que establece la validez empírica de la terapia cognitiva. Obviamente, se necesitan investigaciones adicionales para una mejor evaluación y para la determinación de la eficacia relativa de la ACT breve en el tratamiento de la depresión y si la investigación sobre eficacia proporciona la única evidencia empírica del impacto clínico de la ACT, nuestra evaluación sobre su potencialidad quedará más reforzada. Sin embargo, la evaluación general de la ACT se sustenta considerablemente por la evidencia de su efectividad cuando se aplica en el campo ante una variedad de pacientes.

Desde nuestra perspectiva, existen evaluaciones promisorias de su eficacia y efectividad dados los hallazgos sobre los procesos y los mecanismos mediante los cuales puede generar un cambio terapéutico. Tanto la investigación sobre eficacia como la investigación sobre efectividad son consistentes en sugerir que la ACT facilita el cambio terapéutico mediante procesos únicos consistentes con el modelo sobre el que se basa. El que tales procesos puedan ser activados óptimamente y utilizados mediante refinamientos estratégicos y técnicos adicionales de la ACT, posiblemente produzcan resultados que aumenten los niveles de eficacia y efectividad, lo que es una cuestión que también amerita una investigación adicional.

Una Explicación Analítico-conductual de la Depresión y el Reporte de un Caso utilizando procedimientos basados en la Aceptación
Dougher & Hackbert
The Behavior Analyst, 1994, 17, 321-334

La depresión es un desorden de lo más común entre las personas que buscan servicios de salud mental. Un reporte de Regier et al (1988) encontró que aproximadamente un 2.2% de hombres y un 4.2% de mujeres en los Estados Unidos experimentan los síntomas de la depresión en cualquier momento. Un poco más del 6% de la población experimenta una depresión clínica en el curso de su vida (Robins et al, 1984). Más aún, hay evidencia de que la incidencia de la depresión se ha incrementado en todo el mundo (Goleman, 1992).

Aunque hay algunas contradicciones en los hallazgos, la conclusión generalmente aceptada es que la combinación de terapia cognitiva y medicamentos antidepresivos resulta mejor que cualquiera de estos dos aisladamente y es mejor que el uso de placebo o tratamiento mínimo sin empleo de controles.

El propósito del presente documento es el de ofrecer una explicación analítico-conductual de la depresión y el derivar de esta explicación diversas modalidades de tratamiento posibles. Además, se presenta un caso para ilustrar un manejo basado en la aceptación (Hayes, 1987; Hayes & Wilson, 1993) con un paciente deprimido.

El DSM-IV enlista los síntomas principales de la depresión, estos incluyen un tono emocional triste o deprimido, interés y placer disminuido en las actividades (anhedonia), trastornos del apetito (aumento o disminución del peso corporal), trastornos del sueño (insomnio o hipersomnias), reducción general del nivel de actividad (retardo psicomotor), agitación o ansiedad, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de minusvalía y/o de culpa frecuentemente acompañados de auto-crítica y recuerdo y atención selectiva de eventos o recuerdos negativos, confusión cognitiva e ideación suicida.

Claro que cualquier intento por explicar la conducta depresiva de un individuo particular obviamente requiere de un análisis funcional del comportamiento de esta persona en relación con los contextos específicos donde ocurre.

EXPLICACIÓN ANALÍTICO-CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN

Funciones Consecuentes

Baja densidad de reforzamiento.- Como señaló Ferster (1973), la característica más obvia de las personas deprimidas es la reducción o pérdida de cierto tipo de actividades vinculado con una incidencia relativamente alta de quejas, llanto e irritabilidad. Él atribuía la baja tasa de comportamiento a una baja relativa de reforzamientos. Lewinsohn y colaboradores (Lewinsohn, 1974; Lewinsohn, Biglan & Zeiss, 1976) han argumentado que no es la densidad de reforzamiento per se lo que resulta crítico, sino más bien la tasa de reforzamiento contingente a la respuesta. Así,

la depresión puede resultar cuando el reforzamiento por no responder es mayor que el que se obtiene por responder.

Diversos teóricos (Hersen, Eisler, Alford & Agras, 1973; Lewinsohn & Graf, 1973) sostienen que una falta de reforzamiento social es particularmente importante en el inicio y mantenimiento de la depresión. Una causa obvia de un bajo nivel de reforzamiento social es el poseer un repertorio social inadecuado. A este respecto, Lewinsohn y sus asociados han encontrado en sus pacientes deprimidos una ausencia de diversas habilidades sociales.

Extinción.- Una reducción en la frecuencia de la conducta o un nivel crónicamente bajo de comportamiento también puede resultar debido a la extinción. Los animales de laboratorio muestran síntomas de depresión (abulia) cuando se les impone extinción general luego de una historia de reforzamiento (Skinner, 1954). Cuando hay un proceso de extinción lento y gradual, puede ser difícil identificar la fuente de la depresión. Con frecuencia, los clientes deprimidos reportan historias tempranas caracterizadas por ambientes sociales generalmente irresponsivos. Un paciente, por ejemplo, reportó que cuando era un niño, sus padres frecuentemente viajaban por periodos largos de tiempo, dejándolo con una cuidadora eficiente pero insensible.

Sin embargo, más común resulta que los pacientes lleguen al tratamiento luego de una pérdida significativa, como la muerte de un ser querido, el rompimiento de una relación, el fracaso en alcanzar una meta deseada como ser admitido en una escuela, ser despedido del trabajo, la jubilación o la separación de los hijos o los nietos del hogar. Los efectos de una pérdida súbita de reforzamiento son típicamente agudos, no obstante, muchas personas con repertorios suficientes encuentran otras fuentes de reforzamiento para remplazar la pérdida. La clave aquí, sin embargo, es la disposición de un repertorio adecuado para obtener fuentes alternativas de reforzamiento. Pareciera que ocurren problemas más crónicos cuando el reforzamiento perdido mantenía una proporción relativamente grande del repertorio conductual de la persona y cuando hay pocos reforzadores alternativos.

Castigo.- También es común en los pacientes con depresión crónica las historias de castigo prolongado e inescapable, como el asociado con el abuso infantil (físico o sexual) o con padres críticos y altamente demandantes. Lo que es particularmente devastante, es cuando la conducta defensiva generada por el castigo es también castigada. Un ejemplo es el de la paciente que ha sido repetidamente abusada de manera sexual por su familiar por varios años. Cuando se lo dice a su mamá, esta la califica de mentirosa, resbalosa y es golpeada por ello.

Reforzamiento del malestar conductual.- Aunque la extinción, el castigo y la falta de un repertorio efectivo pueden explicar la baja tasa de conducta en los deprimidos, estos también se caracterizan por altas tasas de malestar conductual que incluye quejas frecuentes, llanto e irritabilidad. Ferster (1973) sostenía que estos eran tipos de conductas de escape y evitación mantenidas por reforzamiento negativo y hay evidencia empírica de ello (Biglan, 1991).

Además de reducir la estimulación negativa, el malestar conductual es a veces positivamente reforzado al aumentar la atención social y la simpatía. Sin embargo, resulta interesante observar que aún cuando esto aumenta la simpatía en el corto plazo, el malestar

conductual se percibe por otros como algo aversivo (Coyne, 1976) y los demás buscan escapar o evitarlo. No obstante, esta evitación sirve solo para retirar una fuente de reforzamiento para la persona deprimida, lo que exacerba su depresión. Este patrón de reforzamiento para la conducta deprimida seguido por extinción dispone una espiral en descenso que puede ser difícil de romper.

Estímulos Discriminativos

Hasta ahora hemos enfatizado las funciones consecuentes, pero es obvio que hay funciones de control de estímulo involucradas en el mantenimiento de la conducta depresiva. Eventos correlacionados con extinción o castigo vienen a evocar conducta de evitación, que es mantenida por reforzamiento negativo. Sin embargo, como en la mayoría de los paradigmas de evitación, la conducta continúa bajo el control de estímulos discriminativos relevantes, aún cuando las contingencias cambien. Como resultado, los pacientes pueden perder fuentes potenciales de reforzamiento y la tasa de reforzamiento positivo se mantiene baja. Un ejemplo de esto fue reportado por un cliente que aceptó una invitación de un colega para salir después del trabajo a tomar un trago. Después, en el día este descubrió que ahí estarían varios otros compañeros. Al término de la jornada, llegó al bar donde se iban a reunir y cuando vio a los otros, rápidamente huyó. Aunque él quería interactuar con un compañero, la presencia del grupo evocó su respuesta de evitación. Luego reportó que estuvo cierto de haber podido quedar en ridículo frente a otros y a pesar de la oportunidad de interacción social, quiso evitar la pena.

Funciones Respondientes

Cuando la falta de reforzamiento es generalizada o persistente, frecuentemente resulta en reacciones emocionales que etiquetamos como tristeza o malestar. En términos conductuales, el reforzamiento insuficiente, la extinción y el castigo funcionan como estímulos incondicionados que producen un grupo de respondientes que son etiquetadas como tristeza, frustración y coraje.

En virtud de sus asociaciones con la estimulación aversiva producida por el reforzamiento insuficiente, estímulos discriminativos relevantes (o cualquier estímulo asociado con castigo o reforzamiento no disponible) también puede funcionar como estímulos condicionados. Por ejemplo, la paciente de uno de los autores se puso muy inquieta al conducir por la secundaria a la que asistió hace casi 20 años. Ella reportó que la secundaria fue una época muy difícil para ella pues era frecuentemente ridiculizada y rechazada socialmente. El simple ver el lugar donde ocurrió la estimulación aversiva años atrás, fue suficiente para provocar algunas muy fuertes reacciones emocionales.

Funciones Establecedoras

Una queja común entre las personas deprimidas es que tienen una pérdida de interés en las actividades que una vez les eran reforzantes. Ciertamente, una de las características definitorias de la depresión es la falta de motivación y la disminución en la habilidad de obtener placer en la vida. Desde una visión analítico-conductual, la pérdida de efectividad en los

reforzadores y los cambios en la motivación sugieren el involucramiento de operaciones de establecimiento (o abolición) (Michael, 1982, 1993). Como es descrito por Michael, las operaciones de establecimiento (a) aumentan los efectos reforzantes de ciertas consecuencias, (b) aumentan la probabilidad de respuestas que han producido reforzadores establecidos en el pasado, y (c) aumentan la eficiencia evocativa de estímulos discriminativos asociados con los reforzadores establecidos. Las operaciones de abolición hacen exactamente lo contrario. El argumento aquí es que los eventos o condiciones que producen las tasas bajas de respuesta y los estados afectivos característicos de la depresión también sirven como operaciones de establecimiento y abolición.

Las contingencias depresivas son aquellas asociadas con la conducta depresiva. Puede haber un aumento en tales conductas como llorar, quejarse, maldecir, auto-criticarse, evitación social, abuso de drogas o alcohol, sueño excesivo, etc. Los reforzadores establecidos pueden incluir expresiones de simpatía, ofertas de ayuda o asistencia, apoyo social, así como la evitación de actividades y consecuencias que están generalmente asociadas con contingencias no depresivas. Aún cuando los deprimidos pueden buscar la simpatía y el apoyo de otros, es probable que eviten situaciones sociales que requieran de un repertorio activo o interactivo para ser reforzados. Dependiendo de la persona, aún actividades fisiológicas básicas como la alimentación y el sexo pueden perder sus funciones reforzantes. Sin embargo, puede ser que sean los aspectos sociales de estas actividades, más que las actividades en sí mismas, las que pierden potencia como reforzadores (Ferster, 1973). De hecho, debido a la ausencia de reforzadores disponibles, el comer puede volverse particularmente potenciado. Esto puede explicar por qué algunas personas depresivas se sobrealimentan, especialmente cuando están solas.

Conducta verbal.- Una clase de respuestas que son evocadas por las funciones establecedoras del castigo y el reforzamiento insuficiente es la conducta verbal. Los mandos y los mandos extendidos con la forma de quejas, auto-crítica, insultos auto dirigidos, y auto-demandas, son comunes entre los depresivos. Ya que estas son con frecuencia evocadas por la estimulación aversiva, algunas de estas expresiones auto-dirigidas son agresivas e intentan producir dolor o lastimar. A veces resultan muy efectivas. El problema, por supuesto, es que se dirigen contra uno mismo, lo que solo adiciona estimulación aversiva que exacerba la depresión.

Otro tipo de conducta verbal evocada por estas operaciones de establecimiento son los tactos o, quizá más precisamente, los tactos distorsionados. Las personas deprimidas frecuentemente intentan identificar la razón de sus condiciones aversivas, a veces con la esperanza de ser capaces de especificar causas y descubrir soluciones. No obstante, dada su atención selectiva característica (se fijan más en las cosas negativas), y la propensión a auto-demeritarse, tienden a atribuir lo que les pasa a algún defecto personal fundamental, que ellos concluyen que los hará perpetuamente miserables. En el peor escenario, pueden engendrar el tipo de desamparo que frecuentemente precede al suicidio.

Influencias Culturales

Existen, por supuesto, diversas influencias culturales que pueden contribuir a la depresión. Por ejemplo, el incremento global en la prevalencia de la depresión ha sido atribuido a factores asociados con la cultura moderna, incluyendo el aumento de la alienación y el estrés característicos de las sociedades industriales. Aunque hay muchas influencias culturales que podrían examinarse a este respecto, las suposiciones culturales acerca del comportamiento humano será lo que nosotros enfatizamos.

Toda cultura de manera explícita o implícita comunica a sus miembros sus suposiciones acerca del comportamiento humano. Dos de esas suposiciones son particularmente relevantes para nuestra discusión. La primera tiene que ver con las causas de la conducta. La segunda se refiere a las características de la salud psicológica o, al revés, de los trastornos psicológicos. En relación con la primera, es muy difícil crecer dentro de la cultura occidental y no adoptar la suposición de que los eventos internos (específicamente, procesos psicológicos inconscientes y frecuentemente misteriosos) resultan ser las causas de la conducta.

Con respecto a la salud psicológica o el bienestar, esta es definida en nuestra cultura a través de los medios masivos. Ahí, la buena vida se caracteriza por la disponibilidad de suficientes recursos económicos, relaciones sociales placenteras y no complicadas y por la ausencia de pensamientos y emociones problemáticas... muchos pacientes llegan a la terapia preocupados por la desfavorable comparación de sus vidas con el ideal cultural. La reacción típica es el tratar de suprimir o controlar las experiencias privadas no deseadas, pero como Hayes (1987; ver también Wegner, 1989) señala, esto puede producir un ciclo Escalante de reacciones emocionales. Cuando esto es lo que sucede, las personas frecuentemente buscan ayuda profesional en un esfuerzo por identificar los procesos psicológicos subyacentes que ellos asumen resultan la causa de su malestar.

Procesos Verbales

Una cuestión importante para dar una explicación conductual de la depresión se refiere a los determinantes de la conducta verbal que caracteriza a los depresivos y cómo es que esto puede influir sobre la conducta... Respuestas a este tipo de preguntas se encuentran sugeridas en la reciente investigación sobre equivalencia de estímulos y, en particular, la transferencia de funciones mediante clases de estímulos equivalentes... auto-expresiones como "No sirvo para nada", "Estoy enfermo", "Soy un fracaso", "Tengo depresión" y "Las cosas nunca van a mejorar", ejercen una influencia controladora sobre la conducta... Cuando "Yo" y "fracaso" o "enfermo" o "deprimido" entran en una clase equivalente, muchas de las funciones asociadas con estos descriptores negativos se aplican a "Yo". Esto puede explicar el desarrollo de un auto-esquema negativo y del discurso negativo que caracteriza a los deprimidos.

IMPLICACIONES PARA EL TRATAMIENTO

La explicación de la depresión que hemos presentado sugiere diversas estrategias de tratamiento... Con respecto a las terapias psicológicas, se sugieren diversas intervenciones, dependiendo de las variables particulares en operación en cada caso en particular. Por ejemplo, si el problema es fundamentalmente uno de deficiencia en habilidades sociales, el entrenamiento en ellas sería lo indicado. Pero si hay un repertorio social adecuado con una reducida tasa de comportamiento debido a la extinción, el castigo o el control verbal, existen varias intervenciones que podrían ser efectivas. Ferster (1973) ofreció una explicación de los efectos reparadores de casi cualquier forma de terapia verbal para los deprimidos. Él nos dice que simplemente el aumentar la tasa de interacciones verbales es probable que resulte reforzante en sí mismo.

Para pacientes con historias de abuso y marginación, el simple hecho de hablar sobre sus experiencias puede tener efectos terapéuticos, más allá de los descritos por Ferster... Por ejemplo, las víctimas de abuso físico y sexual frecuentemente se menosprecian por lo que les pasó. Cuando se dan cuenta que esto no estuvo contingentemente relacionado con su conducta, su conducta verbal auto-castigante generalmente se debilita o reduce.

Con respecto a la depresión, la ocurrencia de pensamientos y emociones depresivas resulta generalmente alarmante. Se interpreta como un signo de un trastorno psicológico subyacente y este trastorno, entonces, es maldecido por las emociones de tristeza, los pensamientos auto-críticos, la pérdida de interés en las actividades y los otros síntomas de la depresión. Los intentos de controlar uno mismo estos eventos privados indeseados solo los hacen más perturbadores, llevándolos a más auto-críticas y más discurso depresivo y el ciclo escalador continúa. Este es el punto en el que muchos deprimidos buscan tratamiento. Este proceso se ilustra en el reporte del siguiente caso.

REPORTE DE CASO

La paciente fue una mujer de 23 años, quien manifestaba que había estado deprimida por varios años. Sin embargo, recientemente su depresión se había vuelto más severa. Reportaba frecuentes crisis de llanto y una profunda tristeza. Aunque tenía un grupo de amigos hombres y mujeres, se veía a sí misma siendo más crítica y menos interesada en su compañía. Tenía una relación romántica con un joven de su edad, pero estaba segura que pasaría lo que le había sucedido antes, terminando en que él la abandonaría.

El tratamiento abarcaba la combinación de la psicoterapia analítico-funcional (FAP) de Kohlenberg & Tsai (1991) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT) de Hayes (1987). Las metas generales del tratamiento estaban en congruencia con las descritas en la ACT. Esto es, la meta fue ayudar a la paciente para lograr la aceptación de sus eventos privados mientras perseguía aquellas actividades y metas que a su criterio resultaban importantes en su vida. Los procedimientos FAP se empleaban como un proceso para facilitar esas metas. En particular, las interacciones que se daban durante las sesiones eran usadas para identificar y moldear conductas clínicamente relevantes.

Desde el principio, una meta del tratamiento fue ayudar a la paciente a abandonar su lucha contra sus eventos privados y aceptarlos simplemente como respuestas determinadas por su historia particular. Las siguientes sesiones se mantuvo el foco en la aceptación de sus pensamientos y emociones. El trabajo en aceptación continuó en las siguientes sesiones y la paciente fue capaz de ver la perspectiva. En las sesiones, frecuentemente reportaba algunas ocasiones donde era capaz de observar que tenía emociones tanto de depresión como de ansiedad sin tratar de controlarlas. Conforme la terapia progresaba, la depresión de la paciente claramente disminuía, aunque su estado afectivo raramente se discutía luego de las primeras semanas de tratamiento y nunca fue una meta explícita del tratamiento.

Intervención breve de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en ancianos institucionalizados con sintomatología depresiva

Ruíz-Sánchez, Cangas-Díaz y Barbero-Rubio

International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 2014, 3, 445-458

En las últimas décadas se ha observado un creciente envejecimiento de la población mundial (Kinsella y Velkoff, 2001). La prevalencia del trastorno depresivo en personas mayores llega hasta el 25% (Blazer, 2002; Reynolds y Kupfer, 1999), incrementándose de forma alarmante en aquellos institucionalizados en centros geriátricos (Jongenelis, Pot, Eisses, Beekman, Kluiters y Ribbe, 2004), este diagnóstico está estrechamente ligado al suicidio (Gallo y Lebowitz, 1999), a un peor pronóstico (Rovner, 1993; Street, O'Connor, y Robinson, 2007) y a una disminución en calidad de vida (Chachamovich, Fleck, Laidlaw, y Power, 2008). A pesar de ello, sólo una mínima parte de los ancianos que presentan un trastorno depresivo, reciben algún tipo de tratamiento psicológico (Levin, Wei, Akincigil, Lucas, Scott y Crystal, 2007).

La literatura sobre intervenciones psicológicas en instituciones geriátricas es dispersa y limitada (Gellis y McCracken, 2008). La mayoría de estudios se basan en intervenciones psicosociales, solución de problemas y programación de actividades. Entre las limitaciones de estos estudios se encuentra el marcado interés en la disminución de la sintomatología depresiva en lugar del impacto en áreas de la vida diaria, el manejo de la enfermedad y/o los efectos en aquellos mayores con enfermedades crónicas asociadas. Además, muchos estudios no incluyen una descripción adecuada de la intervención y no proporcionan seguimientos de larga duración (véanse revisiones de: Areán y Cook, 2002; Gellis y McCracken, 2008; Mackin y Areán, 2005).

En los últimos años, numerosos estudios centrados en la eficacia terapéutica de las emergentes terapias de tercera generación o terapias contextuales (p.ej., Ruiz, 2010) han permitido conformar una sólida base desde la cual poder abordar la intervención en la vejez. En concreto, destaca la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002) como el modelo de intervención contextualista funcional más representativo de este movimiento y que cuenta con más evidencia empírica (Hayes, 2004; Ruiz, 2010).

En relación a las personas de avanzada edad sólo se han efectuado tres estudios. Wetherell *et al.* (2011) aplicaron un protocolo de ACT en ancianos diagnosticados de Trastorno de Ansiedad Generalizada a lo largo de 12 sesiones individuales con terapeutas noveles basado en Hayes *et al.* (1999). Al término de la intervención, los resultados indicaron una reducción de la sintomatología depresiva y la preocupación, sin embargo no se observaron cambios significativos en las puntuaciones de ansiedad. Karlin *et al.* (2013) aplicaron una intervención ACT orientada a la depresión en dos grupos: uno de jóvenes (entre 18-64 años de edad) y otro de mayores (por encima de los 65 años), todos ellos veteranos de guerra. El protocolo de intervención tuvo una duración de 12 a 16 sesiones y consistió principalmente un workshop y consultas telefónicas

semanales con un experto en ACT. El examen de los datos clarificó que el modelo ACT era un tratamiento efectivo y adecuado para mayores veteranos, incluyendo aquellos con altos niveles de depresión. Finalmente, Alonso, López, Losada y González (2013) aplicaron un protocolo ACT en el mayor institucionalizado con dolor crónico. Este protocolo tuvo una duración de 10 sesiones y estuvo basado en Hayes *et al.* (1999), así como en el entrenamiento en estrategias de selección, optimización y compensación (SOC; Baltes y Baltes, 1990). Los resultados indican un incremento en la satisfacción con la consecución de objetivos y una disminución de las creencias negativas asociadas al dolor. En ninguno de estos estudios se tomaron datos más allá de los obtenidos al término de la intervención.

Hasta la fecha no hay evidencia de las implicaciones de ACT en el anciano institucionalizado en centros geriátricos con trastornos del estado de ánimo y enfermedades co-mórbidas.

METODO

Sujetos.- Tres participantes (2 hombres y 1 mujer) con edades comprendidas entre 65 y 83 años institucionalizados en una residencia geriátrica a tiempo completo:

Participante A (PA).- Varón de 65 años institucionalizado desde hace 3 años. Informa de una historia de pérdidas, rechazos y conflictos familiares que se iniciaron hace 20 años. Tras la pérdida de su esposa, pasó gran parte del tiempo llorando. A la larga, dejó de realizar actividades que antes le satisfacían como la lectura, la actividad física, relaciones sociales y de ocio, mientras que su consumo de tabaco aumentó. Al inicio del estudio presenta un diagnóstico de Trastorno Distímico co-mórbido a una Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Participante B (PB).- Mujer de 80 años institucionalizada desde hace 3 años. PB informa que los problemas comenzaron 15 años atrás. La pérdida de su pareja le produjo gran tristeza y vacío. La participante informa de pensamientos recurrentes relacionados con su incapacidad (por ejemplo, "soy una inútil", soledad "no tengo a nadie"), desesperanza y deseos de morir (por ejemplo, "ya da igual, yo lo que quiero es morir pronto"). Actualmente presenta un diagnóstico de Trastorno Distímico y está siendo tratada con antidepresivos.

Participante C (PC).- Mujer de 83 años institucionalizada desde hace 20 años. Tras la muerte de su marido y la salida de los hijos de la casa familiar fue institucionalizada debido a sus problemas de salud, pérdida de visión, diabetes y dificultad para moverse. En el momento de la intervención presenta un diagnóstico de Trastorno Depresivo Recurrente y está bajo tratamiento farmacológico con antidepresivos y ansiolíticos.

Diseño

Diseño de caso único A-B con replicaciones y medidas de conductas objetivo en el pre-tratamiento (1 semana), durante el tratamiento (6 semanas) y en dos periodos de seguimiento (5 y 12 meses). El protocolo fue aplicado individualmente en 6 sesiones semanales. La duración de cada sesión osciló entre 40 minutos y 1 hora y 30 minutos. El estudio fue llevado a cabo en una sala de la residencia que disponía de una pizarra, una mesa y dos sillas. El protocolo fue aplicado por un terapeuta novel con formación en ACT.

Materiales

Registro de Acciones dirigidas a Valor (RAV). Este registro está basado en los modelos propuestos por Wilson y Luciano (2002) y Hayes *et al.* (1999). Incluyó las áreas vitales consideradas más importantes por los participantes, los objetivos a conseguir, las barreras y las acciones operacionalmente definidas. Se incluyeron espacios en blanco para nuevas acciones en dirección al objetivo establecido. Las respuestas fueron dicotómicas, de forma que solo se evaluó la realización o no de la conducta.

Malestar informado. El malestar informado se registró mediante dos preguntas: a) “¿Qué grado de malestar ha tenido durante la última semana? Indique del 0 al 10, donde 0 es nada y 10 es mucho”; y b) “¿Ha sucedido algo relevante en esta semana que le haya impactado especialmente? Indique sí o no y el tipo de suceso”.

Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (DGE; validada por Salamero y Marcos, 1992). Esta escala hetero-aplicada es una medida de depresión para población mayor de 65 años. Consta de 30 ítems sobre afecto, inactividad, irritabilidad, aislamiento, pensamientos angustiosos y juicios negativos. Los índices psicométricos establecidos son buenos, alta consistencia interna y validez convergente con la Escala Hamilton. Puntuaciones de 10 a 16 indican depresión moderada y por encima de 17 depresión severa.

Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II; Bond et al., 2011). El AAQ-II es una medida genérica de evitación experiencial y aceptación psicológica. Se utilizó su versión en castellano (Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013) y se adaptó para ser hetero-aplicada a esta población. Este instrumento ha mostrado una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,75 y 0,93) y validez convergente. El instrumento adaptado consta de 7 ítems tipo Likert de 1 a 7 puntos, donde puntuaciones altas indican mayor grado de evitación experiencial. Para muestras de 20 a 63 años, la puntuación clínica es igual o superior a 33.5 (Sd. 8.1) puntos.

Escala Hamilton para la Depresión (HAM-D; validada por Ramos-Brieva, 1988). La escala Hamilton es una medida hetero-aplicada de depresión diseñada para medir la intensidad de la sintomatología depresiva. Consta de 21 ítems que incluyen elementos referidos al ánimo depresivo, ansiedad, así como síntomas somáticos. La puntuación oscila desde 0-7 (no depresión) hasta 54 (depresión muy grave). La escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92). La fiabilidad inter-observador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9.

Protocolo

El protocolo de ACT se basó, esencialmente, en el estudio de Luciano *et al.* (2011), en los manuales de ACT de Wilson y Luciano (2002) y en los protocolos aplicados a población adolescente (Luciano, Valdivia, Gutiérrez, Ruiz y Páez, 2009; Luciano y Valdivia, 2012). Las metáforas y los

ejercicios se modificaron para adaptarse a esta población en línea con Petkus y Wethrell (2011) (el protocolo está disponible bajo petición).

Parte 1. Detección de direcciones (sesión 1). El objetivo de la primera sesión fue realizar un análisis funcional de los comportamientos del participante hasta ese momento para detectar áreas significativas, establecer una línea base de acciones conectadas a valores y contextualizar la intervención. Para ello, se utilizó una versión adaptada de la metáfora del jardín (Wilson y Luciano, 2002). Utilizando un conjunto de 8 imágenes que simbolizaban diferentes áreas del participante, se le preguntó al participante el significado de esas imágenes, qué podrían decir de su jardinero, cuándo las cuidó por última vez, cómo de satisfecho estaba con el cuidado de esa área y qué se vería haciendo si no hubiese ningún problema que le impidiese dar un paso en esa dirección.

Parte 2. Análisis funcional experiencial, clarificación de valores y desesperanza creativa (sesión 2). En la segunda sesión se situó a cada participante en el contexto del problema; esto es, cómo ha estado intentando resolverlo y cuáles son los resultados. Con el objetivo de analizar aquellos eventos privados que estaban funcionando como barreras y realizar una equivalencia funcional con “las malas hierbas del jardín”, se les mostró las imágenes que simbolizaban las diferentes áreas de valor y se les preguntó por lo que les impedía cuidar esa planta de su jardín. Cada barrera surgida era escrita en un papel y situada bajo las imágenes. A fin de esclarecer el patrón de regulación, se les dijo: “cuando aparecen las malas hierbas ¿qué hace?”. Si aludían a la medicación, aislarse, dormir o cualquier tipo de regulación, se conectaba con el significado de esas conductas como “cortar o quitar malas hierbas”. Tras ello se les preguntó si funcionaba quitarlas, si se sentían mejor y durante cuánto tiempo para, finalmente, preguntar qué sucede luego y volver a escribir cualquier evento privado derivado por los participantes. Este patrón se conectó con diferentes áreas y se les preguntó cuánto tiempo llevaban así y cómo habían quedado sus plantas mientras tanto. En este punto, se planteó la posibilidad de que el problema estuviese justamente en todos esos intentos de quitar las malas hierbas. Para concluir, se introdujo la metáfora del dentista (Wilson y Luciano, 2002) y en aras a potenciar el valor del compromiso se dijo: “es importante que sepamos que cada uno tiene su jardín, yo nunca podré plantar semillas en su jardín, ni decirle qué semillas debe plantar o cómo crecerán mejor; yo nunca podré cuidar de sus plantas, sólo usted podrá hacerlo ¿está dispuesto a dar un paso en esa dirección?”.

Parte 3: Clarificación, toma de conciencia y de-fusión (sesiones 3-6). Durante las sesiones 3 y 4 se propició un entrenamiento en múltiples ejemplos (MET) para facilitar la observación de la experiencia privada. Se contextualizó el ejercicio como una forma de ser consciente de nuestros pensamientos, sensaciones, recuerdos, incluso de las malas hierbas que puedan aparecer. Para ello se les dijo que tomaran una postura cómoda y se centraran en la respiración: “ahora me gustaría que notase su respiración, siga respirando como respira normalmente y note como se mueve su pecho, note su estómago, como sube y baja mientras respira (...) si nota que se ha ido o le ha distraído algún pensamiento obsérvelo y vuelva a escucharme”. Cada cinco minutos se hizo una parada y se les preguntó sobre las sensaciones o pensamientos que tuvieron, si habían tenido ganas de rascarse, levantarse o cualquier evento privado. Esto se realizó para tener constancia de que estaban discriminando la experiencia privada. Posteriormente, se continuó discriminando

sensaciones desde los pies hasta la cabeza y se terminó la sesión con ejemplos personales donde habían sentido sensaciones o pensamientos desagradables y siguieron con lo que era importante.

Durante las sesiones 5 y 6 se continuó con múltiples interacciones (MET) para facilitar la discriminación del propio comportamiento, incluyendo preguntas dirigidas explícitamente a generar la experiencia del yo como contexto, potenciando una relación de jerarquía entre la persona y sus eventos privados, así como la regulación efectiva de la conducta (para una revisión: Luciano, *et al.*, 2011; 2012). La quinta sesión empezó con múltiples discriminaciones de sensaciones y sonidos, se les dijo: “quiero que note los ruidos que se escuchan fuera de la habitación, la gente pasando (...) Obsérvelo como si fuese una película de cine ¿lo está observando? ¿Qué ve? Note como es usted, aquí sentado, la persona que está observando esa imagen”. Con recuerdos pasados como lo que había comido, lo que había hecho, con quién estaba y qué sentía mientras recordaba todo eso: “note los detalles, lo que estaban bebiendo... tome una foto de esa imagen y póngala frente a usted (...) ¿Nota como usted es el observador y la foto está allí, frente a usted? (...) eso que está en frente de usted es un pensamiento, un recuerdo... ¿qué nombre le pondría a esa imagen?”. Una vez aquí, se escribió en un post-it y se le pidió permiso para pegárselo en alguna parte del cuerpo. Se introdujeron sensaciones molestas a fin de practicar estas habilidades en presencia del malestar y discriminar los eventos privados que surgen: “ahora quiero que coja esta pinza de la ropa y se la ponga en el dedo. Quiero que note la sensación ¿qué siente? ¿Grande o pequeña? ¿Muy molesta o poco? Si le tuviese que poner un color ¿qué color sería? ¿Quién está notando esa sensación en el dedo? (...) ¿Le viene algún pensamiento relacionado con el dolor? Obsérvelo como si de un cuadro se tratase”. Se continuó con múltiples ejemplos. Finalmente, para potenciar una regulación eficaz de la conducta se les dijo: “quiero que observe su cuerpo, en él aparecen todos los pensamientos, recuerdos y sensaciones diferentes que ha tenido a lo largo de este tiempo. Observe como es usted quien contiene todos esos pensamientos agradables y no tan agradables ¿podría ver como es usted más que todos esos papelitos? (...) ¿Podría ir hacia ese lado de la habitación con todos ellos? (...)”. Se añadieron otros eventos privados como “no puedo moverme” “no soy capaz” y se le pidió que se dirigiesen hacia la dirección establecida. Se concluye: “Parece que a pesar de tener este tipo de pensamientos o emociones podemos ir donde queramos... ¿durante este tiempo le ha pasado algo similar? (...) Si llegar a aquella esquina fuese como regar una planta de su jardín ¿hoy la habría regado? (...) ¿Qué podría hacer esta semana para regar las plantas de su jardín?”. En la sexta sesión se contextualizaron los ejercicios con una adaptación de la metáfora de la charca (Hayes *et al.*, 1999) y se siguieron las claves aportadas por Luciano *et al.* (2011) y Luciano *et al.* (2009). En concreto, para facilitar la regulación de-fusionada se les dijo: “intente verse a sí mismo cuando esas sensaciones y pensamientos molestos aparecen y controlan lo que hace... Intente pensar qué hace cuando aparece esa sensación de malestar. Coja una foto de esa situación en la que el malestar dirige lo que hace... ¿la tiene? Ahora pregúntese ¿quién está tomando las riendas en esa situación, usted o sus pensamientos? (...) Cuando eso sucede ¿está más cerca de lo que le importa o más lejos?”. Posteriormente, se continuó con la misma situación en la que, a pesar de tener esos eventos privados, se dispone a “regar sus plantas”: “imagínese en esa situación en la que viene el malestar y es usted quien dirige, quién toma las riendas en lugar de sus pensamientos y

emociones ¿puede imaginarse esa situación? Coja una foto de ese momento en el que usted manda (...) ¿Con cuál de estas fotos se queda?”. Para terminar la sesión, se realizó una analogía de todos los eventos privados con las pecas del cuerpo, se introdujo la metáfora del autobús y la de montar en bicicleta (Wilson y Luciano, 2002). La sesión terminó estableciendo compromisos.

Procedimiento

Fase de Pre-Tratamiento. La duración de esta fase fue de una semana. Los criterios de inclusión estuvieron definidos por un diagnóstico clínico previo mediante CIE-10 de trastorno depresivo o distimia, una puntuación clínica en la DGE y un patrón de Evitación Experiencial Destructivo. Los criterios de exclusión fueron la presencia de demencia, deterioro cognitivo grave, presencia de tratamiento psicológico actual o discapacidad auditiva. En primer lugar, se contextualizó la intervención como un “taller para mejorar la vida” y se analizó el patrón de regulación preguntando: a) si le gustaría participar en el estudio y por qué; b) qué le ha llevado a estar así; y, c) qué ha hecho hasta la fecha para solucionar su problema. Finalmente, se administró de forma individual el AAQ-II, la DGE, el Malestar Informado y se firmó el consentimiento. Durante esta semana se procedió a evaluar mediante la escala HAM-D a los participantes por cada uno de sus respectivos médicos.

Fase de Tratamiento. La duración del protocolo fue de 6 semanas, coincidiendo con cada sesión (véase protocolo). El AAQ-II, DGE y Malestar informado fueron aplicados al inicio de la tercera y quinta sesión, coincidiendo con 2 y 4 semanas completas de tratamiento respectivamente. El RAV fue respondido al inicio de cada sesión en relación a las acciones llevadas a cabo durante la semana anterior.

Fase de Post-Tratamiento. Una semana después de la última sesión (sesión 6) se aplicaron las medidas mencionadas arriba. El RAV fue respondido de igual forma que en la fase de tratamiento.

Fase de Seguimiento. En el seguimiento, tanto de 5 como de 12 meses, se aplicó el AAQ-II, la DGE, Malestar informado y el RAV. El HAM-D fue respondido por el equipo médico en el seguimiento de 12 meses.

Resultados

La Figura 1 muestra la frecuencia total de comportamientos en dirección a valor durante cada semana y el informe del malestar por cada participante.

En el pre-tratamiento, ningún sujeto informa acciones a valor y muestran un nivel de malestar importante. Específicamente, un nivel de 5, 10 y 9 puntos para PA, PB y PC respectivamente. Durante el tratamiento, no se observan cambios hasta la segunda semana, a excepción de PC. Según avanza el tratamiento, se informa de un incremento de acciones para todos los participantes; sin embargo, el PA manifiesta un evento estresante y no realiza ninguna acción durante la semana 4. En el post-tratamiento (semana 6) el número de acciones está por

encima de 6 y el malestar ha disminuido en PB y PC, llegando a 7 y 8 puntos respectivamente. En el seguimiento de 5 meses, todos los participantes han sufrido un cambio de residencia e informan tal cambio como un evento estresante. No obstante, todos mantienen un nivel aceptable de acciones valiosas, destacando PC con un incremento sustancial de las mismas. En el seguimiento de 12 meses todos los sujetos informan de acciones valiosas. El mayor descenso en el número de acciones se observa en PB, coincidiendo con un evento estresante y un nivel de malestar muy alto.

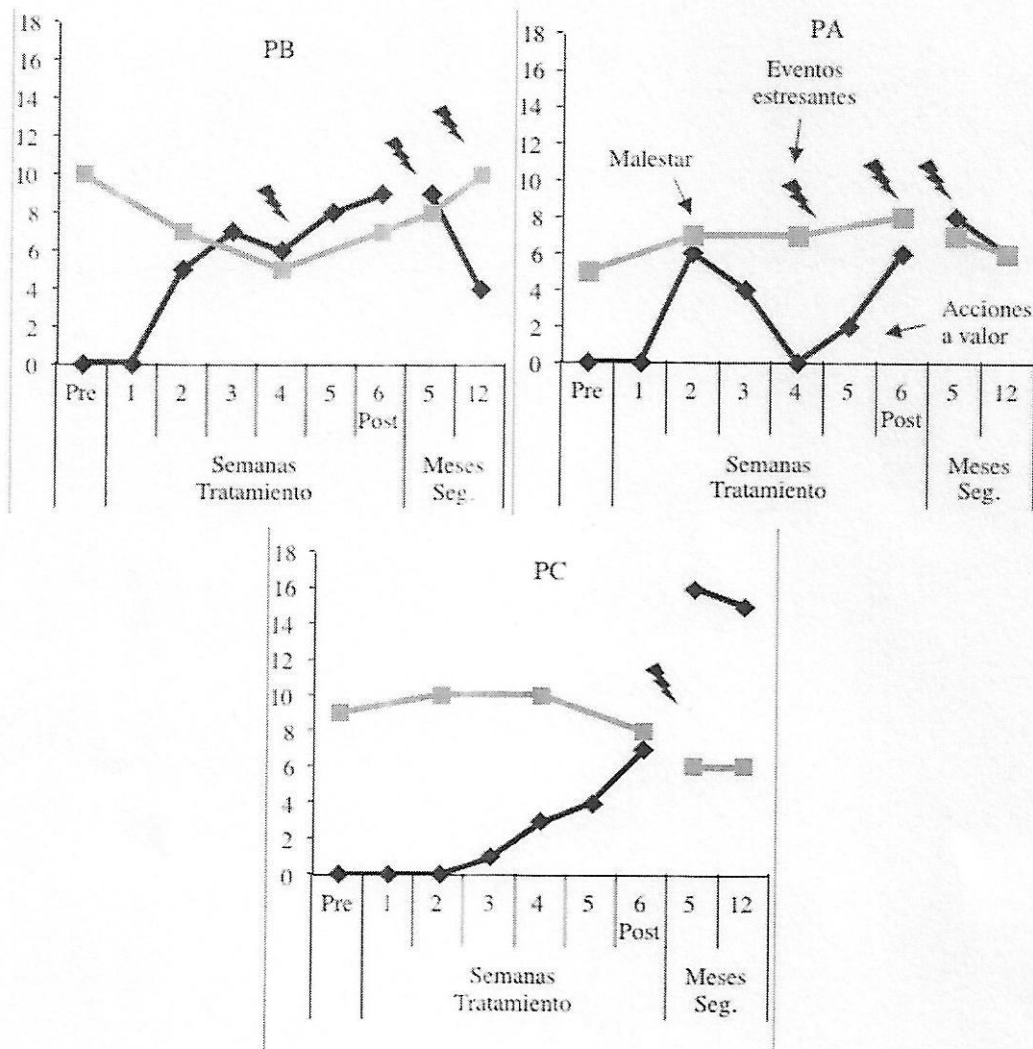


Figura 1. Frecuencia del total de acciones valiosas por semana (línea negra), informe de malestar (línea gris clara) y eventos estresantes (rayo) durante el pre-tratamiento (pre), la aplicación del tratamiento (semana 1 a 6) y el seguimiento de 5 y 12 meses en los tres participantes.

La Figura 2 muestra las puntuaciones en el AAQ-II para todos los participantes. En el PA, hay un aumento de la puntuación en la semana 2 respecto al pre-tratamiento; sin embargo, se observa una reducción del 14,3% entre la semana 2 y 4, del 19% entre la semana 2 y semana 6 (post-tratamiento), así como una reducción del 28,6% entre la semana 2 y los 12 meses. En el PB

se observa una disminución del 28,1% entre el pre-tratamiento y la semana 2; del 18,7% entre el pre-tratamiento y la semana 4, así como una reducción del 31,3% entre el pre-tratamiento y la semana 6. En cambio, se observa un incremento de la puntuación a los 5 y 12 meses. Finalmente, en el PC no se observan cambios clínicamente significativos hasta la semana 4 (30,3%) que continúan durante el post-tratamiento (40,4%), a los 5 meses (66,7%) y al año (63,6%).

La Figura 3 muestra las puntuaciones en la DGE y HAM-D para todos los participantes. En la DGE no se observan cambios clínicamente significativos en el participante A y B a lo largo de los diferentes momentos de evaluación. En cambio, se observa una disminución en la puntuación para el PC que, tomando como referencia la evaluación previa, oscila hasta el 31,3% en la semana 2, el 25% en la semana 6 y el 56,3% tras 12 meses.

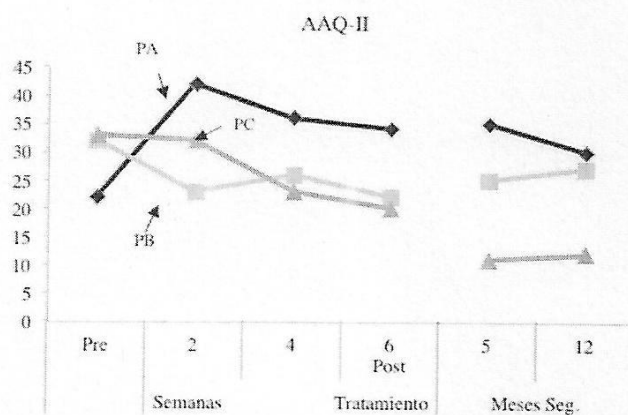


Figura 2. Puntuaciones en el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) durante el pre-tratamiento (pre), la aplicación del tratamiento (semana 2, 4 y 6) y el seguimiento de 5 y 12 meses para PA (línea negra), PB (línea gris clara) y PC (línea gris oscura). Mayor puntuación indica una mayor evitación.

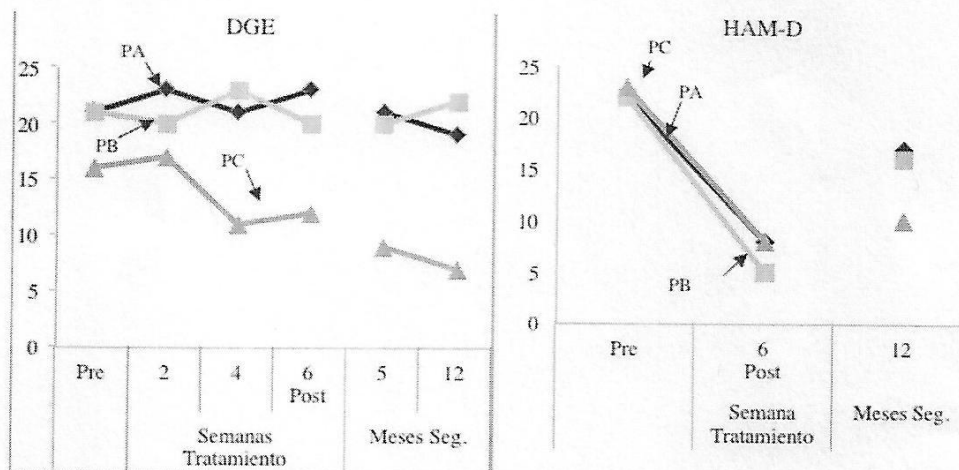


Figura 2. Puntuaciones en la DGE y el HAM-D durante el pre-tratamiento (pre), la aplicación del tratamiento (semana 2, 4 y 6 para DGE; semana 6 para HAM-D) y el seguimiento (5 y 12 meses para DGE y 12 meses para HAM-D) para PA (línea negra), PB (línea gris clara) y PC (línea gris oscura). Mayor puntuación indica una mayor sintomatología depresiva.

Discusión

El estudio proporciona evidencia preliminar sobre la eficacia y aplicabilidad de un protocolo de intervención breve basado en ACT en el anciano con Trastorno Distímico y Trastorno Depresivo Recurrente.

Los resultados indican la viabilidad de este protocolo para generar un incremento en las acciones a valor aún en presencia del malestar para todos ellos, manteniéndose tales acciones a los 5 y a los 12 meses de seguimiento. No obstante, se observa una variación de las conductas a lo largo de la intervención que pueden estar relacionadas con los elementos trabajados en cada una de ellas. En esta línea, no se observaron cambios tras la primera sesión en ninguno de los participantes. Durante la primera sesión se trabajó de forma no experiencial con las áreas de valor a fin de establecer una línea base y contextualizar la intervención. Sin embargo, la clarificación formal desde las áreas de valor hasta acciones concretas requiere dejar a un lado las barreras psicológicas para tomar contacto con lo que importa. Esto parece poco útil cuando aún no se han dispuesto las condiciones para que los pacientes puedan contactar con el costo de su repertorio problemático (desesperanza creativa) y sin un mínimo de práctica en tomar perspectiva de los eventos privados, de forma que pueda discriminarse a sí mismo como contexto de la experiencia privada y tomar contacto con lo que realmente importa en ese momento (Luciano y Valdivia, 2012; Luciano, Valdivia, Gutiérrez y Páez, 2006).

Las primeras acciones a valor de PA y PB se observan tras la segunda sesión del protocolo. Esta parte del protocolo parece haber permitido que los participantes respondiesen bajo control de lo que puede ser importante en lugar de hacerlo exclusivamente bajo control de sus eventos privados problemáticos. Lo anterior va en línea con la importancia de la desesperanza creativa con alguna práctica en de-fusión como primera línea de trabajo para abrir paso hacia la clarificación de trayectorias valiosas (p. ej., Luciano y Valdivia, 2012; Luciano, Valdivia y Ruiz, 2012; Törneke, Luciano y Valdivia, 2008; Luciano *et al.*, 2006; Wilson y Luciano, 2002).

Se ha de tener en cuenta que este estudio presenta deficiencias metodológicas que nos lleva a ser cautelosos a la hora de generalizar los resultados. La primera limitación fue el registro de acciones a valor retrospectivo para el participante B y C, puesto que no sabían leer ni escribir. En esta línea, el malestar informado fue respondido también de forma retrospectiva y no estuvo centrado en el malestar presente durante la realización de cada acción. La segunda limitación está relacionada con la ausencia de un grupo control que permita una comparación acerca de la eficacia terapéutica y un análisis de la integridad de los protocolos. Finalmente, se ha de tener en cuenta que la aplicación del protocolo fue llevada a cabo por un terapeuta novel y esto pudo influir en los resultados obtenidos.

Terapia de Aceptación y Compromiso para el Tratamiento de la Depresión con Adolescentes:
Un estudio piloto en un escenario psiquiátrico ambulatorio
Hayes & Sewell
<http://www.springerlink.com/content/j7r51288327564w7/>

Los tratamientos de aceptación y mindfulness han demostrado resultados positivos para el tratamiento de la psicopatología de los adultos. Los estudios de tratamiento con adultos demuestran que la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) puede obtener resultados positivos de largo plazo para la depresión, la ansiedad, la psicosis, el dolor crónico, el estrés laboral, el estigma y el burnout (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006; Hayes, Masuda, Bissett, Luoma & Guerrero, 2004). En una revisión de 21 reportes de tratamiento el tamaño promedio del efecto sopesado para la ACT fue $d=0.66$ en el post tratamiento ($N=704$) y esto se mantuvo en el seguimiento (Hayes et al, 2006). Para la depresión, la literatura ACT ha mostrado resultados positivos en el tratamiento de adultos deprimidos individuales y en escenarios grupales (Lappalainen et al, 2007; Zettle & Hayes, 1986; Zettle & Rains, 1989). La ACT ahora es considerada con un soporte modesto de la investigación como un tratamiento empíricamente sustentado para la depresión y el dolor crónico (División 12 de la APA).

La ACT con adolescentes constituye una nueva frontera donde los reportes empíricos empiezan a surgir. Wicksell y colaboradores evaluaron la ACT para adolescentes con dolor crónico y encontraron mejorías significativas en su habilidad funcional, en la intensidad del dolor y en el malestar vinculado al dolor (Wicksell, Melin, Lekander & Olsson, 2009; Wicksell, Melin & Olsson, 2007). También encontraron que los adolescentes tratados con ACT reportaban un dolor menos catastrófico y menormente percibido (Wicksell et al, 2009). Otros estudios con adolescentes se han llevado a cabo en escenarios escolares, con un ensayo controlado al azar comparando la ACT con un grupo control sin tratamiento, encontrando resultados con mejoría hasta por dos años después en medidas del estrés y la flexibilidad psicológica (Livheim, 2004). Así, los estudios previos sugieren que la ACT para adolescentes debería ser evaluada con mayor amplitud.

Una revisión reciente de tratamientos para la depresión de los adolescentes argumenta que el modelo ACT puede ser bien adaptado (Hayes, Bach & Boyd, 2010). Aquí presentamos un estudio piloto de ACT con adolescentes deprimidos. El propósito fue el de examinar la ACT comparada con el tratamiento usual (TU) proporcionado por una unidad psiquiátrica ambulante. La principal variable a evaluar fueron los síntomas depresivos y el resultado secundario fue el funcionamiento global (una medida que incluye síntomas emocionales, conducta prosocial e interacciones con pares).

MÉTODO

Sujetos.- Fueron 38 adolescentes con una edad entre 12 y 18 años ($M=14.9$, $SD=2.55$) referidos a un servicio público de psiquiatría ambulante para niños y adolescentes. Los participantes fueron referidos por sus padres ($n=12$) o por profesionales médicos o escolares ($n=26$).

Algunos fueron rechazados luego de una entrevista inicial (ACT=6, TU=7). Finalmente hubo 22 participantes en el grupo ACT y 16 en el grupo TU.

Materiales.- Las mediciones pre tratamiento fueron administradas durante la asesoría clínica. En el post tratamiento la medición se efectuó en la sesión de despedida. Las medidas en el seguimiento fueron manejadas por correo 3 meses después.

Escala de Reynolds para la depresión de adolescentes (RADS-2).- Es un auto-reporte breve de 30 reactivos diseñado para medir síntomas depresivos en adolescentes (Reynolds, 2002). La prueba mide los niveles actuales de sintomatología depresiva a lo largo de cuatro dimensiones: Modo Disfórico, Anhedonia/Afecto Negativo, Auto-Evaluación Negativa y Quejas Somáticas, además también proporciona un puntaje de depresión total. Los participantes tienen que indicar que tan frecuente el reactivo describe cómo se sienten en una escala de Likert de 4 puntos desde 1=Casi nunca hasta 4=Casi siempre.

Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ-S).- Esta prueba, en su versión estudiantil (Goodman, Meltzer & Bailey, 2003) es un cuestionario breve que supervisa el funcionamiento emocional y conductual de adolescentes (la prueba está disponible en www.sdqinfo.org). Tiene 5 sub-escalas: Problemas de Conducta, Hiperactividad, Síntomas Emocionales, Problemas con Compañeros y Comportamiento Prosocial y con ello produce un puntaje total de Dificultades. Los participantes responden a 25 reactivos en una escala de 3 puntos que van de 0=Completamente falso a 2=Completamente cierto. El total de la escala tiene una confiabilidad de $\alpha=.80$ (Goodman, 2001) y es considerada como un tamiz válido de psicopatología (Goodman, Ford, Simmons, Gatward & Meltzer, 2003).

Procedimiento

El tratamiento ACT involucraba sesiones individuales donde se aplicaban los manuales de tratamiento ACT (incluyendo: Breco, 2006; Harris, 2007; Hayes, Stroschal & Wilson, 1999; Zettle, 2007).

En el grupo TU (tratamiento usual), se utilizó la psicoterapia proporcionada por el servicio de psiquiatría. Esta se describe en un manual de Terapia Cognitivo-Conductual que incluye: psicoeducación, la planeación ante signos de calentamiento temprano, la confrontación de los pensamientos molestos, el aumento de actividades placenteras, el análisis de problemas, la solución de problemas, el planteamiento de metas y, sesión a sesión, la solución de problemas y el manejo de crisis.

Para evitar sobreposiciones, los terapeutas fueron instruidos acerca de que TU debía otorgarse de acuerdo con el manual que rige los servicios, donde no se incluye mindfulness, aceptación, defusión o trabajo con valores, como se emplea en la ACT. No obstante, los tratamientos se sobreponían con respecto al planteamiento de metas y la activación conductual.

Análisis de Datos

Los datos fueron analizados en cuatro etapas usando el software SPSS. Primero usando los datos del pre tratamiento, donde las características clínicas de los grupos fueron comparadas entre sí y luego comparadas con los datos normativos publicados. Segundo, el efecto de las intervenciones fue examinado para cada variable obtenida en los tres tiempos usando modelos lineales mixtos. En el estado tres del análisis, se ejecutaron pruebas post hoc de los efectos principales e interacciones usando los niveles alfa de la corrección de Bonferroni. El paso final examinó el significado clínico del cambio en el post tratamiento y el seguimiento. Esto se basó en el índice de cambio confiable de Jacobson & Truax (1991).

RESULTADOS

Características de los participantes.- Los dos grupos fueron equivalentes en la severidad clínica de las medidas pre-tratamiento. De los 38 participantes incluidos en el estudio, los datos post-tratamiento fueron disponibles para 30 participantes (n=8, o 21% faltantes). Comparativamente, más participantes del grupo TU no completaron las medidas post-tratamiento. Algunos participantes abandonaron el estudio por no buscar más estos servicios (n=4) o por haberse cambiado de residencia (n=4).

En el test RADS-2 y en el SDQ no hubo diferencia estadística significativa en las medias pre-test de las condiciones ACT y TU. En el test RADS-2 los niveles clínicos de depresión evidentes sobre el percentil 85 (Reynolds, 2002) fueron observados en 16 participantes del grupo ACT (73%) y en 12 del grupo TU (75%). En el test SDQ (Mellor, 2005) los puntajes estuvieron en zona limítrofe clínicamente en el percentil 80, 18 participantes del grupo ACT (82%) y 16 del grupo TU (100%).

Efectos de la intervención sobre la sintomatología depresiva.- Para el test RADS-2, los participantes del grupo ACT mostraron notable mejoría comparados con los de la condición TU. La comparación de los principales efectos receló diferencias de grupo entre las condiciones ACT y TU ($p=.013$). Las comparaciones post hoc usando la corrección Bonferroni revelaron que el grupo ACT mejoró en el post-tratamiento, pero el grupo TU no lo hizo. El mismo patrón se hizo evidente en el seguimiento, el grupo ACT continuó mejorando, mientras el grupo TU se deterioró.

Efectos de la intervención sobre los reportes de fortaleza y dificultades.- En el test SDQ, los efectos para el grupo ACT no fueron significativamente mayores que para el grupo TU, $F(48.23)=2.51$, $p=.09$. Aunque el resultado total no fue significativamente mejor para el grupo ACT, este fue un estudio piloto y las comparaciones post hoc fueron efectuadas para considerar áreas para investigación futura. Empleando las correcciones Bonferroni se vió que el grupo ACT mejoró significativamente en el post-tratamiento, aunque también lo hizo el grupo TU.

Significado clínico del cambio.- El cambio clínicamente confiable se examinó usando la fórmula de Jacobson & Truax (1991). En el test RADS-2, una reducción de -8.61 puntos representaba mejoría clínicamente significativa en los síntomas depresivos. En el post-tratamiento, hubieron 11 (58%) participantes del grupo ACT que mejoraron y 4 que lo hicieron del grupo TU (36%). Ningún participante de cualquier grupo mostró un deterioro clínicamente significativo. En el grupo ACT 5 participantes (26%) mostraron mejoría confiable en el post-

tratamiento y 3 (38%) continuaron mostrando mejoría en el seguimiento. No hubo participantes del grupo TU mostrando mejoría confiable en el funcionamiento global en ningún momento.

Discusión

Los resultados de este estudio piloto sugieren que la ACT debería investigarse en un estudio de mayor envergadura con adolescentes clínicamente deprimidos. Para los síntomas depresivos la condición ACT mostró estadísticamente producir una gran mejoría comparado con el tratamiento usual (condición TU). Para el grupo ACT los puntajes promedio en el seguimiento continuaron reduciéndose desde el post-tratamiento, sugiriendo una mejoría continua luego de haber terminado con las sesiones del tratamiento. Las medidas de significado clínico también indicaron gran mejoría para los participantes en el grupo ACT.

Con respecto a los cambios en el funcionamiento global (SDQ), tanto el grupo ACT como el TU, mostraron mejoría conforme transcurrió el tiempo. Con respecto al significado clínico del cambio medido por el test SDQ, hay un fuerte patrón implicado para el grupo ACT. En el post-tratamiento 26% de los participantes ACT mejoraron confiablemente, mientras que ningún participante del grupo TU lo hizo.

El enfoque de la Terapia de Aceptación y Compromiso para el Suicidio Adolescente
Murrell, Al-Jabari, Moyer, Novamo & Connally
thehappinesstrap.com/.../ACT-Teen-Suicide-Article-FinalVersion....

La prevalencia del suicidio y del comportamiento suicida en jóvenes es alarmante, por decir lo menos. El suicidio es la tercera causa más frecuente de mortalidad en personas de entre 10 y 24 años de edad en los Estados Unidos, con aproximadamente 6,600 muertes por suicidio cada año (Centers of Disease Control and Prevention, 2014). El mayor incremento en tasa de suicidio durante la década pasada fue en individuos en el rango entre 15 y 24 años de edad (Centers of Disease Control and Prevention, 2011a). Más todavía, entre 100 y 200 intentos ocurren por cada suicidio que se completa en individuos con edades entre 15 y 24 años (Goldsmith, Pellmar, Kleinman & Bunney, 2002). Aproximadamente 7% de los adolescentes Americanos intentan suicidarse cada año.

La ideación suicida y los intentos de suicidio frecuentemente son precipitados por factores contextuales negativos personales. Los adolescentes que intentan suicidarse generalmente tienen un trastorno psicológico pre-existente tal como la depresión o la ansiedad (Bridge, Goldstein & Brent, 2006; Nock et al, 2013). Gould, Shaffer, Fisher, Kleinman & Morishma (1992) reportaron que la depresión, la conducta antisocial y el uso de sustancias son los predictores más confiables del suicidio adolescente. La exposición temprana al licor también ha sido vinculada al aumento de suicidios en estudiantes de secundaria (Epstein & Spirito, 2009).

Una historia de trauma se asocia con la conducta suicida adolescente. Adicionalmente, los eventos adversos de la vida, incluyendo el abuso, el experimentar la muerte de un ser querido y/o encarar un cambio en los ambientes de la escuela o de la casa, resultan poderosos predictores del pensamiento y la conducta suicida (de Wilde, Kienhorst, Deikstra & Wolters, 1992; Dube et al, 2001).

Algunos autores concluyen que los intentos de suicidio son difíciles de predecir ya que hay muchos factores complejos involucrados (Bertolote, Fleishmann, De Leo & Wasserman, 2004). Un indicador moderado de probabilidad de suicidio es el haber completado uno o más intentos previos. Aunque la estimación varía, muchos investigadores están de acuerdo en que al menos un 40% de adolescentes que intentan suicidarse una vez lo intentarán de nuevo (Lewinsohn, Rohde & Seely, 1996). Si las personas están solas, tienen un plan serio y genuinamente quieren morir, la posibilidad de una fatalidad aumenta mucho (Miranda, De Jaegere, Restifo & Schaffer, 2014). Sin embargo, dado que los adolescentes con comportamiento suicida son proclives a la impulsividad y al uso de sustancias (Garland & Zigler, 1993), aún aquellos que lo intentan por primera vez para obtener atención, deben ser tomados seriamente.

Consecuencias del Suicidio Adolescente y del Comportamiento Suicida

Las consecuencias del suicidio adolescente son devastadoras. Existen costos médicos, legales, sociales y personales. Un solo suicidio en el rango de edad entre 10 y 24 años cuesta, en promedio, \$1, 632,550 dólares (Centers for Disease Control and Prevention, 2005).

El suicidio de un adolescente puede llevar a otros suicidios, como algunas instancias de “contagio” suicida entre adolescentes que asisten a la misma escuela. Un suicidio que recibe atención por los medios de comunicación masiva puede también actuar como disparador de más suicidios (Gould, 2001), y el sobrevivir al suicidio de un ser amado aumenta la probabilidad de que el sobreviviente se suicide (Brent, 2010, Brent, Bridge, Johnson & Connolly, 1996).

El impacto emocional sobre la familia y amistades cercanas de la víctima de suicidio es también significativo. Los sobrevivientes típicamente experimentan muchas emociones molestas y complejas, incluyendo la culpa, el coraje, el abandono, la negación, el shock y el desamparo (AAS, 2008; Jordan, 2001). Si un adolescente intenta suicidarse pero sobrevive, el malestar psicológico y los problemas de conducta tienden a escalar dramáticamente (Groholt & Ekeberg, 2009).

El estrés de los eventos vitales y el estrés crónico predicen ideación e intentos suicidas ulteriores. Una pobreza en habilidades para solucionar problemas, incluyendo la evitación, hacen que la ideación empeore (Grover et al, 2009).

Evitación Experiencial

La tendencia a escapar de las experiencias psicológicas internas, incluyendo los eventos que las ocasionan, es lo que se denomina como evitación experiencial (EE; Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996).

Más de un cuarto de la varianza con los problemas de salud conductual puede ser explicado por la evitación experiencial (EE), incluyendo aquellos comportamientos identificados como factores de riesgo y trayectorias asociadas con el suicidio (Hayes et al, 2006). Por ejemplo, las auto-lesiones no suicidas, los trastornos de la alimentación y el abuso de sustancias, aunque topográficamente diferentes, comparten la función de intentar escapar, evitar o modificar una experiencia (Howe-Martin, Murrell & Guarnaccia, 2012). Más aún, diversos comportamientos relacionados con la posibilidad de suicidarse se comprenden como variantes de la EE (Luoma & Villatte, 2012), incluyendo la tolerancia del malestar (Linehan, 1993), la suspensión del pensamiento y la emoción (Najmi, Wegner & Nock, 2007), y la confrontación centrada en la evitación emocional (los intentos por regular el malestar mediante solución de problemas o de evitación; Edwards & Holden, 2001). La supresión emocional media la relación entre eventos vitales adversos e intentos y pensamientos suicidas, sobre y más allá de variables demográficas relevantes (género, edad, raza) y los síntomas depresivos, en adolescentes (Kaplou, Gipson, Horwitz, Burch & King, 2014). De hecho, la probabilidad de suicidarse puede ser vista como la forma más extrema de EE (Chiles & Strosahl, 2005; Luoma & Villatte, 2012), con comportamientos como el aislamiento social y el regalar posesiones personales apreciadas como formas menores de evitación (APA, 1996) y el suicidio como el último intento por controlar el dolor psicológico (Shneidman, 1993) y las dificultades de la consciencia (Baumeister, 1990).

Terapia de Aceptación y Compromiso

Un modelo de tratamiento que específicamente atiende la EE es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; 2011). La ASCT ha sido exitosa en la reducción de la EE así como los síntomas psicológicos en estudios empíricos de depresión, ansiedad, esquizofrenia, tricotilomanía, problemas familiares y conductas infantiles. La ACT se basa en una filosofía de la ciencia funcional contextual, que supone que la conducta es funcional (sirve propósitos específicos, incluyendo la evitación de estímulos aversivos) en situaciones específicas. Adicionalmente, la ACT se basa en la teoría de la conducta verbal humana denominada teoría de los marcos Relacionales (RFT; Hayes et al, 1999).

La meta de la intervención ACT es la de aumentar la flexibilidad psicológica (hayes et al, 2011). La flexibilidad psicológica es una habilidad individual para contactar completamente con el momento presente y para comportarse en formas consistentes con los valores personales identificados. El comportamiento de una persona puede volverse lo contrario, psicológicamente inflexible, cuando su conducta impide el contacto con el momento presente o con valores identificados (Hayes et al, 2011).

La ACT delinea seis procesos principales que trabajan en conjunto para promover la flexibilidad psicológica: aceptación, defusión, contacto con el momento presente, self como contexto, valores y acción comprometida.

Cuando se conduce la ACT con adolescentes, es importante ser concreto y emplear la repetición frecuente, así como la repetición activa de tópicos importantes (Murrell, Coyne & Wilson, 2005). Esto es particularmente importante si el adolescente está deprimido y puede no atender o recordar bien de una sesión a la siguiente.

De acuerdo con la ACT, los seis procesos no son mutuamente excluyentes, más bien están interrelacionados (Hayes et al, 2011), Así, la medición de los procesos relacionados ACT es difícil. Una medida apropiada para adolescentes de su EE podría ser el Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (Greco, Lambert, Baer, 2008; Schmalz Y Murrell, 2010), el que debería emplearse durante el tratamiento para rastrear el progreso.

La conceptualización ACT de la conducta suicida

Dicho de manera sencilla, el suicidio y la conducta suicida se conceptualizan como “un método aprendido de solución de problemas que involucra el escapar de o evitar emociones negativas intensas” (Chiles & Strosahl, 2005, p.55). Chiles y Strosahl (2005) presentan un modelo multidimensional de la conducta suicida. Desde este modelo, estados emocionales negativos se desarrollan a partir de eventos problemáticos internos (depresión, ira) y/o dificultades externas, como ser despedido del trabajo o ser echado del hogar. Los adolescentes contemplan el suicidio, especialmente quienes han tenido historias con intentos de suicidio previos y quienes usualmente experimentan dolor emocional en más de un área de la vida. Las personas que cometen suicidio tienden a verse a sí mismas negativamente. Creen que son inútiles, inadecuados, rechazados o maldecidos (Maris, 1981; Rosen, 1976; Rothberg & Jones, 1987). Al fusionarse con evaluaciones y

juicios negativos puede hacer de un joven sentirse abrumado y creer que su vida no tiene esperanzas. Las técnicas de defusión se tornen especialmente relevantes en tales circunstancias.

En presencia de eventos problemáticos (internos y/o externos), algunas personas se sienten abrumadas y piensan que no podrán tolerar la experiencia. Así, empiezan a confiar en resolver sus problemas escapando o evitando sus emociones. Una técnica utilizada en esta confrontación evitativa es la ideación suicida. Pensar en el suicidio, que terminaría con el dolor y el sufrimiento, proporciona un alivio en el corto plazo del malestar asociado con los eventos problemáticos (Chiles & Strosahl, 2005). El trabajo en contacto con el momento presente, como el conducir un ejercicio mindfulness breve, resulta crucial pues este alivio está verbalmente construido, no directamente condicionado.

El alivio conceptualizado se basa en un condicionamiento relacional, estudiado en la Teoría de los Marcos Relacionales (TMR). Dado que los adolescentes vivos no han experimentado directamente la muerte y el alivio del sufrimiento acompañante, solo cuentan con conceptos condicionados indirectamente de la muerte y sus consecuencias. Las personas pueden construir una asociación verbal del tipo “Si... entonces” que relacione la muerte con el alivio, incluyendo pensamientos tales como “si me muero, el acoso de mis compañeros se detendrá” (Hayes, 1992). Hayes (1992) nos hace notar que los valores pueden ser utilizados en estos procesos verbales, en formas como “Si me mato, a mi familia le va a doler de a veras asistir a mi entierro”.

Hayes (1992) señala que “la conducta verbal es un arma de dos filos” (p. 117) dado que la conducta verbal posibilita que las personas construyan futuros positivos. Sin embargo, también les posibilita construir futuros en donde ya no existen.

Chiles y Strosahl (2005) sostienen que la conducta suicida es aprendida y resulta moldeada y mantenida por contingencias.... La pena o la vergüenza es un conocido predictor del suicidio (Lester, 1998). El normalizar la ideación suicida y aceptar los eventos problemáticos internos y externos puede ayudar tremendamente a un adolescente.

Cuando un paciente ACT específico es suicida

Los terapeutas pueden sacar provecho si emplean una aproximación colaboradora al discutir el suicidio con sus pacientes, en comparación a si toman una postura confrontacional y argumentativa. Además, la atención y el cuidado del médico deben ofrecerse de una manera que no resulte contingente para la conducta suicida ya sea que esta se exprese o no lo haga. Al trabajar con los pacientes con conducta suicida, puede resultar benéfico el identificar áreas de crecimiento que podrían ser útiles con el paciente. Enfocarse en acciones comprometidas basadas en valores permite que el tratamiento se sienta con mayor sustento y generalmente resulta más positivo. Preguntar por los valores y reforzar cualquier conducta bajo su inspiración puede ser de utilidad.

Con estos principios en mente, las sesiones iniciales con un paciente que exprese ideación suicida buscará reducir el temor del paciente ante los pensamientos suicidas y dejar que pueda interactuar con ellos de manera más flexible, lo que reduce la sensación de aislamiento emocional, activa la idea de que el suicidio es una conducta de solución de problemas y proporciona soporte hasta que el apoyo del seguimiento se establece (Chiles & Strosahl, 2005). En las sesiones futuras,

los terapeutas buscaran reducir el estigma de la conducta suicida y establecer un enfoque centrado en la persona más que dedicarse en la prevención del suicidio como foco central.

Con esta conversación honesta, de una manera genuina, un terapeuta ACT puede expresar su preocupación por el paciente. Expresiones como “En verdad usted me preocupa y espero que algún día usted pueda ver todo lo bueno que yo le observo. Espero que usted desarrolle algunos planes optativos de seguridad que le permitan seguir con vida y ver lo que le digo, aún cuando usted no lo crea ahora”. La auto-compasión y los ejercicios para desarrollar el self como contexto también se pueden utilizar para este tópico. Por ejemplo, el terapeuta puede preguntar a un adolescente que ha hablado sobre suicidio si recuerda alguna vez (aún cuando solo sea por un momento) en que no hubiere querido morir. El preguntarle qué le diría a un amigo que tuviera los mismos pensamientos suicidas que él (o ella) es otro buen ejercicio para cultivar la posibilidad de observar los problemas con una perspectiva diferente.

Durante el tratamiento, el enseñarle al paciente habilidades adaptativas de solución de problemas resulta importante, como lo es el desarrollar un mejor entendimiento de las consecuencias a corto y largo plazo del suicidio. Esto es particularmente importante con los adolescentes, quienes (como ya dijimos) son proclives a la impulsividad y el abuso de sustancias. Eventualmente, de manera ideal, con trabajo de aceptación, los pacientes estarán más dispuestos a tolerar el dolor emocional que conlleva a la conducta suicida.

Un caso como ejemplo

La paciente H fue una mujer caucásica de 15 años de edad, quien se presentó a psicoterapia debido a eventos estresantes en su vida actual y anterior. La paciente reportaba sentirse ansiosa y preocupada por la escuela y por su hogar. Ella también reportó ideación suicida y una historia de abuso sexual. Adicionalmente, la madre de la paciente indicó que temía que la paciente tuviera un trastorno de la alimentación. La paciente se involucraba en conductas auto-lesivas quemándose con agua o con una plancha caliente. La última vez que lo hizo fue aproximadamente dos semanas antes de llegar a la terapia.

La paciente H asistió a seis sesiones de terapia. El tratamiento se enfocó primero en lograr una comprensión de las preocupaciones de la paciente y en construir una relación de apoyo confiable con ella. La paciente era abierta y colaboradora sobre sus problemas y parecía evidente que se lastimaba como una manera de escapar de emociones y pensamientos estresantes (EE). El terapeuta normalizó y validó sus pensamientos de suicidio en presencia de su dolor. Se estableció con ella un plan de seguridad y estuvo de acuerdo en llamar a alguien cuando se sintiera abrumada y suicida (una lista concreta de nombres y teléfonos le fue proporcionada al terapeuta). La paciente también decidió tener un diario donde pudiera expresar sus pensamientos y emociones y estuvo de acuerdo en escuchar música solo después de haber expresado sus emociones.

Cuando la paciente discutió planes para su futuro, el terapeuta tuvo la oportunidad de discutir sus valores o lo que la paciente quería para su vida. Esto aumentó la esperanza de que pudiera vivir, aún en presencia del dolor. La paciente discutió las barreras (síntomas físicos, pensamientos y emociones) que le impedían comportarse como hubiera querido en su escuela y

en su casa. Para ayudarlo a estar más clara sobre estas barreras, la paciente (con ayuda del terapeuta) se involucró en un ejercicio mindfulness. El procesar posteriormente el ejercicio ayudó a la paciente a notar con mayor claridad el contenido de sus pensamientos y emociones y la manera en que estos limitaban su funcionamiento en el momento presente y para sus elecciones de vida valiosa. Cuando la paciente se fusionaba con contenidos específicos, se establecieron identificadores concretos de ellos. Ella escogió letras como “M” para representar la muerte, “C” para representar el cutter (cuchillo) y “A” para representar la ansiedad.

Como resultado de este ejercicio, la paciente notó que cuando estaba involucrada en realizar sus actividades diarias, en lugar de rumiar en su mente, había menos distracción por sus pensamientos sobre experiencias dolorosas. En un esfuerzo por seguir sus valores, la paciente empezó a interactuar más con sus compañeros, estar mejor organizada en la escuela y ser responsable con sus tareas, además de hacer ejercicios mindfulness en su casa. Al terminar, aunque la paciente H se sentía ansiosa, también sentía que tenía los recursos y la habilidad para estar segura de que sus necesidades serían satisfechas. Este fue uno de los mejores resultados que un terapeuta ACT puede ver.

La ACT con adolescentes

Aunque no hay datos publicados con conductas suicidas específicos, existe fuerte evidencia en apoyo del uso de la ACT para la depresión (Ruiz, 2012) y la evidencia preliminar demuestra algún éxito con las conductas auto-lesivas (Gratz & Gunderson, 2006; Razaque, 2013).

Unas pocas intervenciones con casos múltiples igualmente han encontrado resultados positivos con adolescentes portadores de trastornos obsesivo-compulsivos (TOC) y tricotilomanía. Después de una intervención ACT, tres adolescentes con TOC mostraron decrementos en sus compulsiones auto-reportadas (Armstrong, Morris & Twohig, 2013). Similarmente, dos adolescentes mostraron reducción en su malestar y dos semanas de abstinencia jalándose el pelo, luego de una intervención para fortalecer la aceptación (Fine et al, 2012). Finalmente, una intervención mindfulness, que es un componente de la ACT, redujo exitosamente la conducta agresiva en tres adolescentes con trastorno del espectro autista (Singh et al, 2011).

En otro reporte, se utilizó un protocolo ACT para reducir exitosamente los problemas conductuales de cinco adolescentes que previamente habían sido altamente resistentes al tratamiento (Luciano et al, 2009). De la misma manera, un protocolo de defusión (otro componente de la ACT) fue utilizado para aumentar la aceptación y reducir los problemas conductuales en una muestra de adolescentes con alta impulsividad (Luciano et al, 2011). Finalmente, una intervención para reducir riesgos basada en la ACT fue implementada en una escuela, teniendo como objetivo la agresión relacional (Theodore-Oklot, Orsillo, Lee & Vernig, 2014). Aunque el grupo ACT no mostró una reducción significativa de su agresión relacional comparado con un grupo control, los estudiantes expuestos al protocolo de aceptación fueron más proclives al uso de habilidades de solución de problemas... dada la importancia de las habilidades para resolver problemas para predecir la ideación suicida, este es un hallazgo fundamental.

A la fecha, no hay investigación publicada sobre la ACT y la conducta suicida de los adolescentes. Sin embargo, hay evidencia muy prometedora de que la ACT resulta efectiva con adolescentes sufriendo de depresión. Tres ensayos al azar han evaluado la ACT con la depresión adolescente. En el primero, 30 adolescentes fueron aleatoriamente asignados al grupo de intervención o a un grupo con tratamiento usual, consistente de terapia cognitivo conductual (Hayes, Bond & Sewell, 2011). Aunque ambos grupos mostraron reducciones estadísticamente significativas en la depresión durante el curso del tratamiento, solo el grupo ACT demostró cambio clínicamente significativo. La mejoría se mantuvo con un leve decremento a los 3 meses del seguimiento.

Más recientemente, otros dos ensayos al azar fueron conducidos en Australia (N=66) y en Suiza (N=32) para evaluar la ACT comparada con el tratamiento usual, que en este caso consistía en apoyo supervisado por parte de un consejero escolar o una enfermera (Livheim et al, 2014). Los adolescentes en el grupo ACT asistieron a un programa grupal de 6-8 semanas y los resultados primarios fueron el estrés para los suizos y la depresión para los australianos. En ambos casos, la variable de resultado primario mejoró más en el grupo ACT que en el otro. Además de reducir la sintomatología depresiva en el grupo australiano, la flexibilidad psicológica fue también identificada como una variable de proceso significativa en el grupo ACT, pero no en el otro.

Este conjunto de evidencias sugieren que la ACT resulta apropiada como intervención para usarse con adolescentes, incluyendo a quienes sufren de síntomas relacionados con el suicidio, como el dolor crónico, la depresión y las lesiones auto-infringidas.

Terapia de Aceptación y Compromiso para la Psicosis

Pankey & Hayes

International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 2003, 3, 2. 311-328

Los enfermos mentales de la población psicótica presentan dificultades y dilemas intratables para los sistemas de salud mental. Solo el costo económico representa un gasto considerable. En los Estados Unidos, por ejemplo, solo los esquizofrénicos llegan a ser cerca del 1% de la población adulta, aunque consumen aproximadamente 2.5% del total de recursos para el cuidado anual de la salud (Rupp & Keith, 1993) y las pérdidas económicas por su trastorno llegan al 2% del producto nacional (Maxen & Ward, 1995; Wyatt, Henter, Leary & Taylor, 1991).

Los pacientes psicóticos experimentan altas tasas de recaídas y re-hospitalizaciones, no están conformes con su tratamiento, desesperan a su familia, generan muchos gastos, se meten en problemas legales, se comportan de manera riesgosa y suelen, por ello, cursar con enfermedades infecciosas, son violentos y suicidas además de tener tasas altas de co-morbilidades. Por ejemplo, trastornos por uso de sustancias que afectan a más del 50% de estos, lo que tiene un profundo impacto, empeorando el curso de su trastorno psiquiátrico (Mueser, Bennett & Kushner, 1995). Las tasas de co-morbilidad son aún más altas en subgrupos de pacientes, tales como los indigentes, los pacientes con trastornos de personalidad antisocial o aquellos que se presentan a los servicios de urgencias (Mueser et al, 1999).

Dada la prominencia de sus problemas en diversos dominios de su funcionamiento, existe una necesaria presión por contar con intervenciones efectivas para atender a esta población. Por mucho, la forma de tratamiento más común es el uso de medicación anti psicótica. Aunque los tratamientos con sustento empírico que utilizan psicofármacos están ampliamente disponibles y resultan efectivos comparados con controles placebo, muchos pacientes no responden a estas medicinas. Más del 50% de pacientes en medicación continua se mantienen experimentando síntomas positivos, aunque en niveles reducidos y lo común es que tengan altos niveles de efectos secundarios (Curson et al, 1988; Kingdon et al, 1994; Silverstein & Harrow, 1978).

Tratamiento Psicosocial para la Psicosis

Antes de los 1970's había poca evidencia de investigación controlada sobre cualquier modelo de psicoterapia (incluyendo los enfoques cognitivo conductuales u otros métodos) de que pudieran ser benéficos para la conducta aparentemente intratable experimentada por pacientes psicóticos (Penn & Mueser, 1996). Las intervenciones psicosociales fueron una alternativa, pero los datos son limitados. El manejo de caso, el tratamiento comunitario, la terapia familiar y los enfoques basados en habilidades son de ayuda, pero resultan costosos, lentos y a veces de limitada efectividad (Bustillo, Lauriello, Horan & Keith, 2001). La terapia cognitivo conductual (CBT) es la más investigada como enfoque individual psicosocial a la fecha. Se han conducido diversos ensayos controlados al azar de la CBT para el tratamiento de los síntomas psicóticos en los últimos años, generalmente con resultados positivos (Kuipers et al, 1997). Nuevamente, sin embargo, estos estudios han sido lentos y costosos.

Una característica que unifica tanto a la farmacoterapia como a diversos enfoques psicosociales actualmente disponibles es el enfocarse sobre los síntomas. Este enfoque sobre los síntomas tiene sentido dado el énfasis que sobre estos ponen las perspectivas contemporáneas relacionadas con la psicosis. Las personas que presentan síntomas psicóticos se caracterizan en la nosología actual en base a la topografía de su conducta (Maxmen & Waed, 1995). Esto incluye síntomas “positivos” como las alucinaciones, las delusiones y los procesos de pensamiento desorganizado, así como los síntomas “negativos”, tales como el aislamiento emocional y social o el afecto aplanado. En los enfoques tradicionales es la intensidad, la forma o presencia de tales síntomas lo que se considera crítico.

Existen diversas razones para cuestionar esta perspectiva. Para algunas personas la mera presencia de síntomas no resulta preocupante (Goff, 2002) y muchos pacientes son exitosos en mantenerse fuera del hospital a pesar de presentar síntomas psicóticos (Bustillos et al, 2001). También existen preocupaciones prácticas. Por ejemplo, los síntomas más comunes en los pacientes psicóticos son las delusiones y las alucinaciones (Breier & Berg, 1999). Diversas características también pueden estar presentes en la forma de deficiencias en la conducta adaptativa, preocupación afectiva, dificultades en procesar sensaciones y recuerdos, no obstante, el corazón de la psicosis parece residir en los trastornos del pensamiento y más específicamente, la *relación* del individuo con estas cogniciones. Una persona con psicosis generalmente experimenta eventos privados negativos como alucinaciones visuales o auditivas y actúa de manera bizarra en parte como un esfuerzo por manejar estas experiencias privadas intrusivas.

Sin embargo, es posible que el poner como objetivos directos de tratamiento estos síntomas psicóticos pueda, a veces, de manera paradójica, incrementarlos. La investigación en el área de la supresión del pensamiento (Wegner, Schneider, Carter & White, 1987) infravalora el posible efecto deletéreo de poner como objetivo directo los eventos privados para un control activo. Cuando, a participantes normales, se les pide en los experimentos de laboratorio el no pensar sobre un reactivo, la frecuencia de línea base de pensamientos sobre ese reactivo tiende a sobrepasar los niveles de línea base. Así, los intentos por suprimir un pensamiento pueden, de hecho, proporcionar el combustible para inhabilitar el poder escapar de ese pensamiento.

Adicionalmente, emociones y pensamientos suprimidos parecieran estar “eslabonados” en el curso de la supresión, de manera que la reactivación de uno lleva a la reactivación del otro (Wenzlaff, Wegner & Klein, 1991). Los intentos activos por eliminar síntomas tales como las delusiones, la activación autonómica y las alucinaciones auditivas pueden exacerbar esos problemas (Morrison, 1994).

Explorando una alternativa Contextual

Recientemente han emergido una variedad de nuevas terapias cognitivas y conductuales que se enfocan en la aceptación, el mindfulness, la defusión cognitiva y métodos similares. En estos métodos, hay “poco énfasis... en cambiar el contenido de los pensamientos, en su lugar, el énfasis está en cambiar la consciencia y la manera en que nos relacionamos con los pensamientos”. Estos métodos han sido extensamente probados con la ansiedad, la depresión, el

abuso de sustancias, etcétera y no hay razón para pensar que no se puedan aplicar en la psicosis también.

Terapia de Aceptación y Compromiso

Uno de estos enfoques es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Esta tecnología ha mostrado ser efectiva en protocolos largos y cortos, otorgada de manera individual o en grupo, para una amplia variedad de problemas. A nivel de procesos, la ACT se caracteriza por una reducción rápida en la verosimilitud de los pensamientos negativos o en la inaceptación de emociones negativas, aún cuando estos pensamientos y emociones continúen en alguna frecuencia y por ello, pareciera adecuada para enfrentar problemas crónicos.

ACT y Psicosis

El manejo con la ACT requiere re-pensar las metas y propósitos de la psicoterapia tradicional. Con las personas psicóticas, la terapia tradicional incluye apoyo para el razonamiento lógico, el desarrollo de evidencia para o en contra de creencias perturbadoras, pruebas de la realidad y la generación de explicaciones alternativas para los síntomas psicóticos (Kingdon et al, 1994). Desde el punto de vista de la ACT todos estos métodos son potencialmente problemáticos ya que persiguen el cambio o la eliminación de pensamientos, emociones y sensaciones corporales indeseables. En lugar de ello, en la ACT la meta es la de cambiar la *función* de los pensamientos, emociones y sensaciones indeseables. El tratar de librarse de los pensamientos no cambia su función: han tenido esa función de evitación desde el principio. Por ejemplo: un paciente puede experimentar una temible alucinación auditiva y empezar a hacer una variedad de cosas (murmurar, discutir con la voz, tratar de no escucharla, involucrarse en movimientos físicos) en un intento por regular esta experiencia aversiva. Sin embargo, en cada caso, la alucinación se hace más importante y más capaz de regular la conducta. La ACT en lugar de esto busca desarrollar respuestas nuevas en presencia del evento previamente evitado, que demeritan el poder de regulación conductual, haciendo que la persona esté más dispuesta a vivenciar la alucinación como una experiencia, no por lo que dice que es, a aceptar las emociones que ocasiona y a enfocarse en comportamientos abiertos que sean congruentes con los valores y propósitos personales aún en la presencia de experiencias difíciles.

Objetivos ACT para la Psicosis

La ACT cambia el enfoque de modificar las experiencias privadas a modificar la reacción que uno tiene ante las experiencias privadas. La meta es asistir al paciente para que abrace los contextos psicológicos más difíciles mientras, simultáneamente, se enfoca en conductas abiertas valiosas para el paciente. Un componente clave para la aceptación de las experiencias privadas es el enseñar al paciente a defusionarse de sus cogniciones. El modelo ACT sugiere que la efectividad de la conducta del individuo es el objetivo a enfocar. La ACT intenta moldear repertorios de respuestas eficientes basadas en nuevas funciones de respuesta.

Principales Métodos de intervención ACVT para la Psicosis

La Terapia de Aceptación y Compromiso típicamente se compone de diversas técnicas que están diseñadas para ayudar a los pacientes a abandonar su innecesaria agenda de control, aprender a aceptar eventos privados difíciles, aprender a defusionarse de pensamientos difíciles, ser mindful del momento presente y dirigir su conducta hacia fines valiosos.

Abandonar la Agenda de Control

El propósito de este componente de la ACT es iniciar desestabilizando la confianza del paciente en su agenda de control activa que es inútil y despejar el campo para otras más eficientes (Hayes et al, 1999). . En algunas poblaciones este componente resulta intenso y experiencial, pero en la población psicótica adoptamos un tono más educacional y colaborativo. A los pacientes se les solicita que examinen su experiencia para ver qué tanto les han funcionado sus intentos de control de su propia mente. Se les pide que describan en detalle sus síntomas específicos, incluyendo su contenido, cuando tiendan a ocurrir o cuando no estén presentes, informando qué tan molestos son para su persona. Se les pide ver claramente cómo es que responden típicamente ante estos síntomas y el terapeuta trata de iluminar el carácter inútil de sus esfuerzos. Por ejemplo, discutir con las voces que escuchan, obedecer lo que dicen o tomar drogas para poder mantenerse. Todas estas conductas se presentan como intentos por evitar o escaparse. Son esfuerzos por controlar lo que les pasa. Los pensamientos extraños y las percepciones se normalizan. Se pone énfasis en el hecho de que las alucinaciones y las delusiones tienen contenidos que no son del todo extraños para todas las personas y que la mayor diferencia radica en la forma en que los pacientes responden ante estos fenómenos cognitivos. El problema no son los síntomas por sí mismos, sino la forma en que uno responde ante ellos. Podría ser útil el empleo de un “atrapados” (juguete de petate tejido) para ilustrar que a veces tratar de “escapar” puede empeorar las cosas.

Disposición/Aceptación

La disposición se presenta como una alternativa al control deliberado. Se le pide al paciente que experimenten sus cogniciones molestas o los estados sensoriales incómodos sin tratar de hacer nada para cambiarlos, modificarlos o por controlar estas experiencias, en lugar de ello, simplemente notar que ahí están. Esto al principio puede resultar temerario para el paciente, particularmente si algunas experiencias sensoriales tienen una calidad aversiva o castigante. El terapeuta normaliza las cosas, comparte experiencias análogas y “se sienta con” el paciente mientras experimenta sus problemas. El objetivo no es la reducción de la frecuencia de los síntomas per se, sino el cambio en la relación del paciente con esos síntomas.

Defusión

El propósito de enfocarse en la defusión cognitiva es el de ayudar al paciente que está atrapado en el *contenido* de su propia actividad cognitiva a defusionarse o separarse del contenido literal de sus pensamientos y en su lugar estar al tanto de las cosas como un proceso relacional activo en curso que tiene una ubicación histórica y contextual (Luoma & Hayes, 2003). La ACT intenta debilitar la vinculación excesiva del contenido literal mediante el uso de ejercicios de defusión cognitiva que cambian el énfasis del paciente del contenido de sus experiencias privadas hacia el contexto. Por ejemplo, una persona puede presentar pensamientos donde las voces que escucha son malas y consecuentemente pensar que como persona es mala. La persona puede volverse bastante rígida respecto a “reglas” acerca de cómo es que sabe que las voces dicen la verdad. Se enfatiza que los pensamientos y las emociones no pueden directamente causar la conducta. Mientras que uno no puede controlar los pensamientos y las emociones, sí puede controlar la conducta abierta, pero eso significa que hay que aprender a considerar que los pensamientos solo son pensamientos.

La esencia de las estrategias de defusión ACT es la de enseñar al paciente a ver los pensamientos y las emociones por lo que son (experiencias) y no lo que estos pretenden ser (una realidad estructurada)... reconocer que los pensamientos, aún cuando los experimente como voces poderosas fuera de uno, son solo pensamientos que pueden o no ser útiles para guiar la acción. Hay una amplia variedad de metáforas ACT tradicionales que ayudan en este trabajo de defusión (por ejemplo la metáfora de la Copa mala).

Valores y Metas

En la ACT la piedra angular de todas las intervenciones es el concepto de funcionalidad exitosa: la noción de que los pacientes deben involucrarse en comportamientos que funcionen mejor en posibilitarles alcanzar las metas que se hayan fijado. Para las personas con una enfermedad mental sería el alcanzar sus metas generalmente requiere de el experimentar ciertos disturbios desde sus síntomas para permanecer fuera del hospital y perseguir sus intereses. Cuando uno responde ante los síntomas tomando acciones que momentáneamente alivien el malestar causado por ellos, generalmente hay consecuencias negativas en relación a otras actividades, como el relacionarse u ocuparse productivamente.

En nuestra experiencia con pacientes psicóticos, las metas más frecuentemente reportadas son el tener una relación con alguna persona significativa, tener un trabajo y vivir independientemente.

Investigación ACT sobre Psicosis

En un ensayo aleatorizado reciente (Bach & Hayes, 2002) ochenta pacientes psicóticos hospitalizados experimentando síntomas positivos fueron al azar asignados para recibir cuatro sesiones de ACT o el tratamiento usual (TU). Los resultados de esta investigación indicaron que los participantes ACT mostraban una tasa de re-hospitalización que era la mitad de la que mostraban

la población TU por un periodo de 4 meses de seguimiento, un dato no debido a algún incremento en los medicamentos o a la reducción de los síntomas psiquiátricos. De hecho, los pacientes ACT admitieron tener una mayor cantidad de síntomas. Los participantes ACT mostraron reportes significativamente mayores de síntomas, con 22 sujetos ACT (63%) versus 11 sujetos TU (31%) que admitían tener síntomas en el seguimiento. Sin embargo, aunque los pacientes ACT reportaron más síntomas, quienes así lo hicieron tenían cuatro veces más probabilidad de permanecer fuera del hospital, sugiriendo que la sintomatología que reportaron en la condición ACT era, en efecto, una medida de aceptación (Bach & Hayes, 2002). Los pacientes ACT también mostraron una reducción en la verosimilitud de la realidad literal de los síntomas que experimentaban. Ningún paciente ACT que admitían tanto sus síntomas como mostraban una verosimilitud reducida en ellos fueron hospitalizados. Esto sugiere que la aceptación y la defusión mediaban la relación entre síntomas y re-hospitalizaciones, un hallazgo que es congruente con otras investigaciones (Morrison & Baker, 2000) mostrando que la interpretación del paciente de las intrusiones vocales son clave para sus efectos negativos.

Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) a sintomatología delirante:

Un estudio de caso

García, Luciano, Hernández & Zaldívar

Psicothema, 2004, 16, 117-124

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.) aún 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).

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.

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 conceptualización 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

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 del 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.

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. 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)). 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.

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 saquen 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 prevean puedan aparecer.

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 trabajarlo 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 introdujo 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.

Desliteralización

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.

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* (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* (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

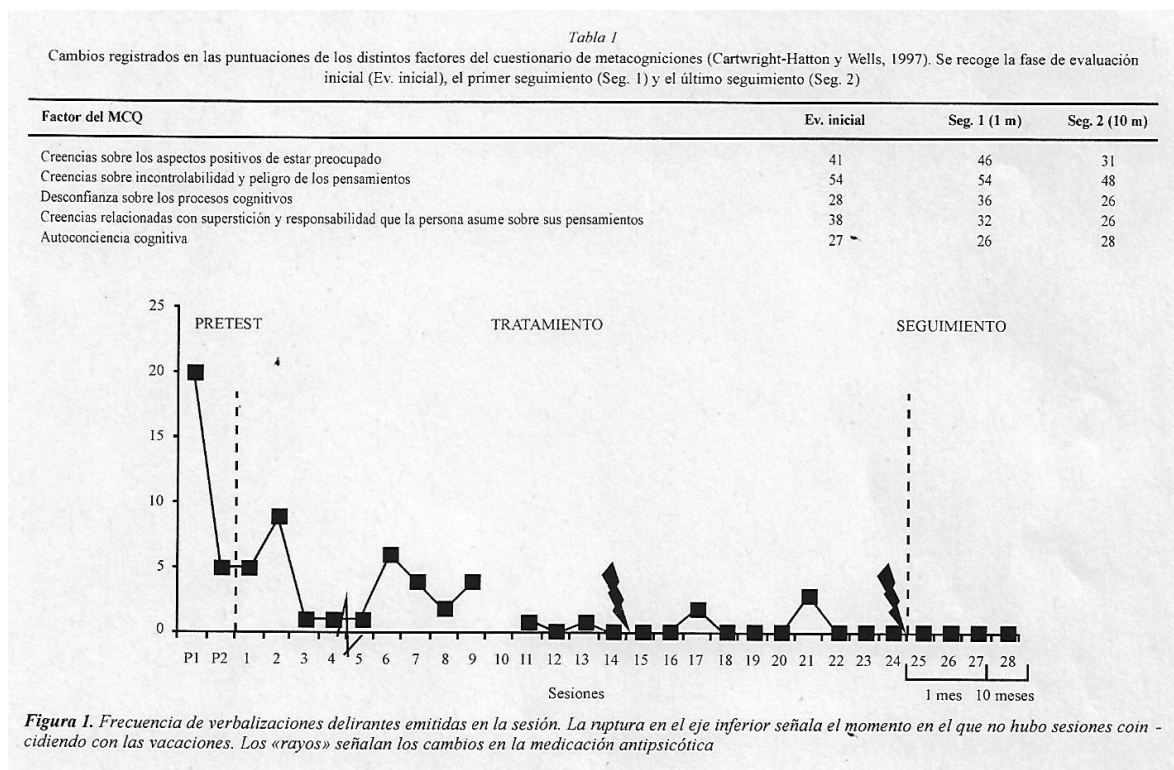
habían paralizado pudiera cogerlas y llevarlas. No se trataba de que Beatriz quisiera tener pensamientos de «me van a matar», o sentimientos de tristeza, sino que estuviera abierta a experimentarlos si ello estaba al servicio de sus valores.

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.

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 producido 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.

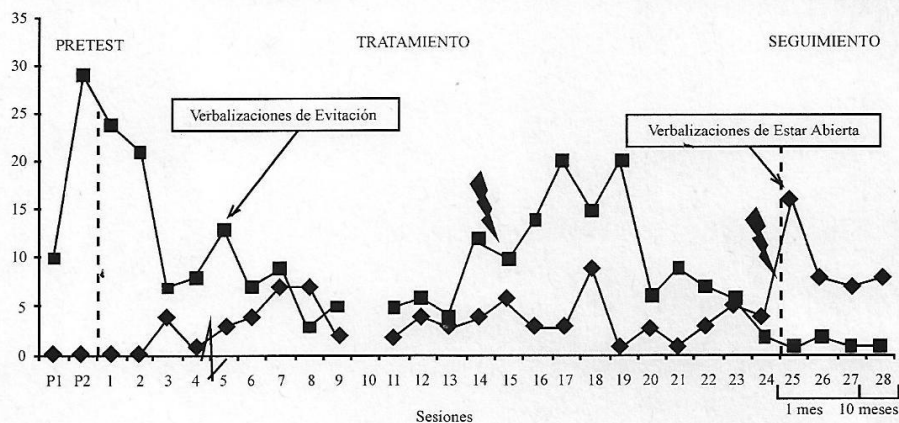


Figura 2. Frecuencia de verbalizaciones referidas a los intentos de control o evitación de los eventos privados y verbalizaciones de estar abierta a los mismos ocurridas en sesión. La ruptura en el eje inferior señala el momento en el que no hubo sesiones coincidiendo con las vacaciones. Los «rayos»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

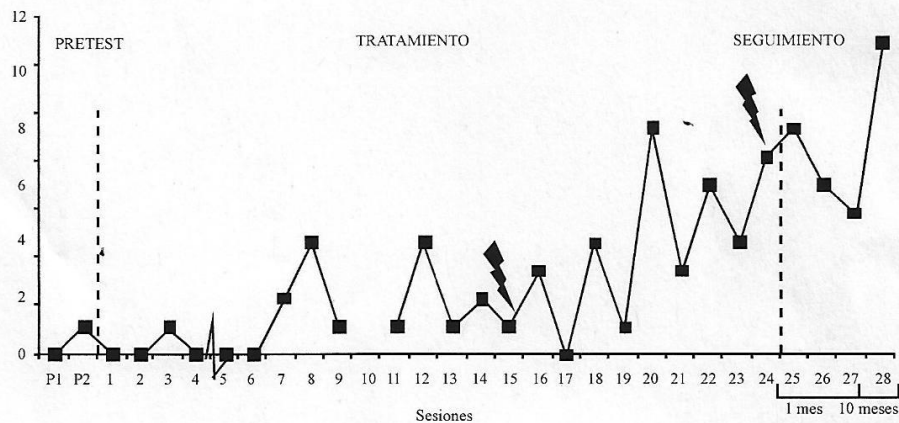


Figura 3. Frecuencia de actuaciones de la cliente en dirección a sus valores. La ruptura en el eje inferior señala el momento en el que no hubo sesiones coincidiendo con las vacaciones. Los «rayos» señalan los cambios en la medicación antipsicótica

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 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 renuncias 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 relativos 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 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 pensar (o sentir) en un sentido y actuar en esa misma dirección.

Terapia de Aceptación y Compromiso para la disfunción emocional luego de la Psicosis
White, Gumley, McTaggart, Rattrie, McConville, Cleare & Mitchell
Behaviour Research and Therapy, 2011, 49, 901-907

Se ha mostrado que la experiencia de la psicosis se asocia con altos niveles de depresión (Birchwood et al, 2000; Rooke & Birchwood, 1998), desesperanza (White, McCreery, Gumley, & Mulholland, 2007), ansiedad social (Cosoff & Hafner, 1998; Gumley, O'Grady, Power & Schwannauer, 2004) y reacciones traumáticas suficientes para calificar como Trastorno por Estrés Post Traumático (Shaw, McFarlane, Bookless & Air, 2002; White & Gumley, 2009). Ensayos clínicos aleatorizados han encontrado que la Terapia Cognitivo Conductual para la psicosis resulta eficaz en el tratamiento de síntomas residuales tanto positivos como negativos (Wykes, Steel, Everitt & Tarrrier, 2008). Sin embargo, la evidencia del tratamiento de la disfunción emocional (tal como la ansiedad, la depresión y la desesperanza) es menos clara (Birchwood, 2003). Aunque Wykes et al (2008) encontraron un efecto moderado de la Terapia cognitivo Conductual para la psicosis sobre el modo emocional, cuando los estudios con una calidad metodológica "pobre" son controlados, el tamaño del efecto sobre el modo emocional en los estudios con calidad adecuada no fueron tan significantes.

En años recientes ha habido un movimiento para incorporar enfoques basados en la aceptación en el marco de trabajo cognitivo conductual para ayudar a aliviar el malestar asociado con los trastornos psicológicos (Rapgay & Bystrisky, 2009; Segal, Williams & Teasdale, 2002). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) es una de estas terapias psicológicas. La ACT se deriva de la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT; Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001), que es una teoría conductual relacionada con la naturaleza del lenguaje y la cognición. La ACT conceptualiza el sufrimiento psicológico como algo que está en buena medida causado por la vinculación cognitiva, la evitación experiencial y la rigidez psicológica resultante que impide la habilidad de las personas para comportarse de una manera consistente con sus valores personales (Hayes & Smith, 2005). En lugar de alterar el contenido y la frecuencia de las cogniciones, la ACT busca alterar la relación psicológica del individuo con sus pensamientos, emociones y sensaciones corporales para promover una mayor flexibilidad psicológica. Pull (2008) resume los hallazgos de revisiones anteriores, concluyendo que la ACT ha evidenciado efectividad para el tratamiento de un amplio rango de trastornos psicológicos, pero hay necesidad de más estudios bien controlados.

En dos ensayos controlados al azar se ha investigado la ACT para la psicosis (Bach & Hayes, 2002; Gaudiano & Herbert, 2006). Ambos fueron ensayos no-ciegos que se enfocaron en pacientes hospitalizados con trastorno psicótico. Bach & Hayes (2002) encontraron que los pacientes que recibieron la ACT mostraban una significativa baja creencia en sus síntomas positivos durante el seguimiento, comparado con sujetos que habían recibido el tratamiento usual. La tasa de re-hospitalización en el grupo ACT fue la mitad de lo que fue para el grupo tradicional. Igualmente, Gaudiano y Herbert (2006) encontraron una reducción significativa en la creencia sobre sus

alucinaciones durante el tratamiento y estas solo se veían en la condición ACT. Estos cambios en los síntomas positivos fueron asociados con cambios en los niveles de malestar.

A la fecha, no se han efectuado ensayos ciegos controlados al azar de la ASCT para la psicosis. Más aún, no se ha investigado para determinar cuando la ACT es efectiva para encarar la disfunción emocional (depresión y ansiedad) que pueden seguir a un episodio agudo de psicosis. A la luz de estos temas, no impusimos la tarea de conducir un ensayo ciego aleatoriamente controlado de la ACT para la disfunción emocional posterior a la psicosis.

Método

Sujetos

Todos los participantes cumplían los criterios del ICD-10 (OMS, 1992) para los trastornos psicóticos. Un total de 27 pacientes participaron y fueron aleatoriamente asignados a dos grupos, uno de tratamiento convencional que consistía en farmacoterapia, manejo de caso y/o psicoterapia o uno de manejo convencional más ACT en 10 sesiones en formato de uno a uno. El grupo ACT tuvo 14 participantes que terminaron el tratamiento, mientras que el grupo de manejo convencional empezó con 13 y terminaron 10.

Materiales

Las Medidas Generales de Resultados fueron dos tests. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS; Zigmond & Snaith, 1983) que es un instrumento de auto-reporte diseñado como herramienta breve para las distintas dimensiones de la ansiedad y la depresión. La Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS; Kay, Fiszbein & Opler, 1987) que es una escala de 30 reactivos usada para evaluar la presencia y severidad de síntomas positivos (delusiones, alucinaciones) y negativos (afecto plano, aislamiento emocional).

Las Medidas Específicas de la Terapia fueron dos tests. El Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II; Bond et al, 2011) desarrollado específicamente para evaluar los resultados de la ACT, midiendo aceptación y evitación experiencial. El puntaje total proporciona un indicador de flexibilidad psicológica. Los puntajes bajos indican niveles altos de evitación experiencial. El Inventario Kentucky de Habilidades Mindfulness (KIMS; Baer, Smith & Allen, 2004) es un auto-reporte que valora habilidades mindfulness: observación, descripción, acción con consciencia y aceptación sin juzgar.

Medida de Alianza Terapéutica con un test. El Inventario de Alianza Laboral (WAI-SR; Hatcher & Gillaspay, 2006) es un auto-reporte de 12 reactivos que mide la alianza terapéutica: (a) acuerdo entre cliente y terapeuta sobre las metas del tratamiento, (b) acuerdo entre cliente y terapeuta sobre las tareas de la terapia, y (c) la calidad del vínculo interpersonal entre cliente y terapeuta.

Procedimiento

Una primera fase donde se hace el reclutamiento de los participantes. Todos ellos fueron invitados al estudio. Un miembro del equipo de investigadores se reúne con cada uno y valora la pertinencia de su participación. En seguida se les solicita su consentimiento informado, para posteriormente aplicar las pruebas y cuestionarios. Ninguno de los miembros del equipo de investigadores sabía a qué grupo de tratamiento sería asignado cada participante.

Un miembro del equipo de investigadores fue quien estuvo a cargo de ofrecer el tratamiento ACT. Al terminar el ensayo se revisó la base de datos del hospital para examinar si algunos participantes recurrieron a ella para ponerse en contacto con su terapeuta por alguna eventualidad (contacto planeado, crisis, etc.); en este caso se valoró el número de contactos por crisis.

Las pruebas se volvieron a aplicar en el seguimiento, después de 2 meses de terminado el ensayo. Los análisis estadísticos efectuados fueron el análisis de χ^2 para probar si la distribución de frecuencia de eventos particulares era consistente a través de la muestra. El análisis Kolmogorov-Smirnov se llevó a cabo para determinar si las variables se distribuían normalmente. Se usaron pruebas t de grupos independientes para comparar diferencias entre grupos (de tratamiento convencional y de terapia de aceptación y compromiso). Se usó el equivalente no paramétrico de la prueba t (Mann-Whitney U) para evaluar diferencias entre los dos grupos de tratamiento en las variables de línea base que no se distribuían normalmente. También se empleó la correlación de Spearman (dos-colas) para probar las asociaciones entre puntajes cambiados en las medidas generales de resultados y las medidas específicas de la terapia en los pacientes del grupo ACT.

Resultados

Para las comparaciones entre grupos de tratamiento convencional y ACT, no hubo diferencias significativas en los puntajes PANSS para la sub escala de síntomas positivos. Sin embargo, sí hubo diferencia significativa entre los grupos convencional y ACT en los puntajes PANSS de síndromes negativos. También se observó un resultado en el límite significativo para diferencias entre grupos para la escala de depresión del HADS. No hubo diferencias significativas entre grupos para la escala de ansiedad de la misma prueba.

Respecto a las medidas específicas de la terapia, hubo diferencia significativa en los puntajes de la prueba KIMS. Estas se dieron en las escalas de descripción y de Aceptación sin juzgar. Sin embargo no hubo diferencias significativas en la prueba AAQ-II.

Sobre los contactos por crisis de los pacientes, hubo una proporción significativamente baja para los participantes del grupo ACT.

Discusión

Los participantes que recibieron la ACT mostraron puntajes que indican que pudieron participar de manera colaborativa con su terapeuta para identificar las metas de la terapia, trabajar en las tareas durante la terapia y formar un vínculo cercano entre ellos de manera muy favorable. Durante el curso del tratamiento ningún participante del grupo ACT mostró alguna reacción adversa seria. Consecuentemente, pareciera que la ACT como tratamiento resulto aceptable para este grupo de personas.

Los participantes ACT tuvieron un cambio significativamente mayor en sus habilidades mindfulness, mostrando que estas personas con psicosis pueden tolerar los ejercicios mindfulness y desarrollar habilidades de este tipo con el tiempo.

En este ensayo, no hubo diferencias significativas entre los dos grupos de tratamiento en el grado de cambio sobre evitación experiencial a lo largo del tiempo. Pareciera que se necesita un periodo más largo para el seguimiento para que emerjan estas diferencias, incluso, puede ser que la prueba AAQ-II no sea la más adecuada, por ello se está desarrollando el Cuestionario Voces y Aceptación (Shawyer et al, 2007).

Una proporción significativamente mayor de personas en el grupo ACT cambiaron de estar deprimidas en la línea base a no estar deprimidas durante el seguimiento. Para este grupo de participantes (ACT) se observó una asociación significativa entre los cambios en la depresión y los cambios en las habilidades mindfulness. Esto resulta importante pues a la luz de los hallazgos de Saarni et al (2010) los síntomas depresivos son los más fuertes predictores de una baja calidad de vida en los trastornos psicóticos.

El que los pacientes ACT mostraran reducciones significativas en su sintomatología negativa (aplanamiento afectivo, alógi, abolición, anhedonia y deficiencias atencionales) es un resultado alentados, pues son estos síntomas negativos de la psicosis los responsables de mucha de la morbilidad de largo plazo y baja funcionalidad en estos pacientes (Kurtz et al, 2005).

Conclusión

Parece que la ACT ofrece alguna promesa para disminuir potencialmente la depresión y los síntomas negativos que experimentan los pacientes con trastornos psicóticos. No obstante, se requiere de mayor investigación y de ensayos con grupos mayores y seguimientos más largos.

Terapia de Aceptación y Compromiso aplicada a la esquizofrenia.

Estado actual y direcciones futuras.

García & Pérez

Análisis y Modificación de Conducta, 2016, 42, 165-166, 99-119

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

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

ACT como terapia psicológica para los síntomas psicóticos

Basados en las investigaciones realizadas desde la RFT, los autores de ACT defendieron que un elemento fundamental a la hora de dar cuenta de la psicopatología humana era la Evitación Experiencial (EE). Así, consideran que la EE consiste en los intentos por reducir o eliminar el contacto que la persona tiene con pensamientos, sentimientos, sensaciones u otros eventos privados que no se desean tener (Bach & Moran, 2008; Hayes & Gifford, 1997).

En un trabajo anterior (García-Montes & Pérez-Álvarez, 2005) expusimos detalladamente las razones por las que, a nuestro juicio, cabe entender las alucinaciones y los delirios como formas de EE. Además, existen suficientes investigaciones que vienen a demostrar que la EE tiene una influencia negativa en el ámbito de los síntomas psicóticos, pudiendo llegar a tener efectos paradójicos y, así, empeorar de forma considerable la sintomatología del paciente (Bach, 2015, p. 63). Para el tratamiento de las alucinaciones ACT se propone ayudar al paciente a abandonar la lucha improductiva que mantiene con estas experiencias, especialmente si las alucinaciones interfieren de forma importante con la vida que el paciente quiere llevar (Thomas, Morris, Shawyer, & Farhall, 2013). Para el tratamiento de los delirios el objetivo principal sería que la persona se comporte con independencia de tales creencias, orientando su acción hacia aquellas metas que son personalmente valiosas

(García-Montes, Pérez-Álvarez, & Perona-Garcelán, 2013). Como se ve tanto en el tratamiento de los delirios como de las alucinaciones se pretende disminuir la lucha contra los síntomas (lo que requiere alguna forma de aceptación por parte de la persona que experimenta estos síntomas) y, al tiempo, aumentar las conductas de la persona que se dirigen a rehacer su vida en el sentido que considere más auténticamente suyo (lo que requiere alguna forma de conocimiento de los valores que uno tiene y una acción resuelta a favor de ellos).

Valorando los resultados críticamente

Según se va a sostener los resultados obtenidos por ACT en su aplicación a los problemas propios de población psicótica han sido sólo moderadamente exitosos. Aunque existe un número creciente de estudios de caso que muestran las posibilidades del tratamiento en este campo (Baruch, Kanter, Busch, & Juskiwicz, 2009; Bloy, Oliver, & Morris, 2011; García-Montes & Pérez-Álvarez, 2001; Veiga-Martínez, Pérez-Álvarez, & García Montes, 2004; García-Montes, Luciano, Hernández, & Zaldívar, 2004), también se han puesto de relieve diferentes limitaciones, como serían la cultura clínica dominante en los contextos psiquiátricos, contradictoria con el entendimiento de la psicopatología que subyace a ACT (García-Montes & Pérez-Álvarez, 2001; García-Montes et al., 2004); los problemas que muestran los pacientes con síntomas psicóticos cuando se realizan ejercicios con los ojos cerrados (Bloy et al., 2011; Veiga-Martínez et al., 2004); el alto conocimiento de los principios y técnicas de la terapia que debería poseer quien realice una intervención con ACT en psicosis (Bloy et al., 2011); o la contradicción existente entre promover la aceptación de los síntomas por un lado y, por otro, la prescripción de medicación anti-psicótica como medida que pretende eliminar esos mismos síntomas (Baruch et al., 2009).

Por su parte, dos estudios controlados que se han realizado reflejan, igualmente, tanto las potencialidades como las limitaciones de ACT en su aplicación a este tipo de población. Así, el estudio controlado más exitoso reveló la capacidad de una intervención de tan sólo 4 sesiones con ACT para reducir de forma significativa el número de re-hospitalizaciones que sufría, a los 4 meses de la finalización del tratamiento, un grupo de pacientes psicóticos con síntomas positivos en comparación con un grupo similar de pacientes que recibía solamente el tratamiento habitual que se administraba en los servicios de salud mental (Bach & Hayes, 2002). Este ensayo clínico aleatorizado fue replicado por Gaudiano & Herbert (2006) con unos resultados que no lograron alcanzar la significación estadística por lo que se refiere al número de re-hospitalizaciones de los participantes. Sin embargo como puntos positivos de esta aplicación clínica de ACT se podría destacar el dato de que, al darse el alta hospitalaria los resultados venían a indicar una ventaja de los pacientes que habían sido tratados con ACT en síntomas afectivos, mejoría general, déficits sociales o estrés asociado con la presencia de alucinaciones. A este respecto análisis posteriores han venido a mostrar cómo la credibilidad otorgada por los pacientes a las voces, y no la frecuencia de las mismas, mediaba el efecto de

los tratamientos sobre el nivel de estrés asociado a las alucinaciones (Gaudio, Herbert, & Hayes, 2010).

Un último ensayo clínico aleatorizado (Shawyer et al., 2012) ha venido a comparar un tratamiento para las alucinaciones que consisten en ordenes de pacientes psicóticos en que se combinan técnicas tradicionales de la terapia cognitivo-conductual con procedimientos basados en la aceptación frente a una intervención conocida como “befriending”, que se focaliza en mantener conversaciones con los pacientes de carácter no clínico (hobbies, deportes, noticias de actualidad, etc.), contando igualmente el diseño con un grupo de control de lista de espera. Los resultados del estudio no arrojaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales en ninguna de las medidas consideradas, siendo ambas intervenciones superiores a los resultados obtenidos por el grupo de lista de espera. Un resultado inesperado de este ensayo clínico tiene que ver con la mejoría en aceptación de las alucinaciones referida por los participantes del grupo “befriending”. Los autores han interpretado este dato como una evidencia que respalda los efectos positivos que tiene el centrarse en asuntos e intereses mundanos para reducir el impacto de las alucinaciones sobre la conducta del paciente. El estudio concluye planteándose que, tal vez, los factores no específicos de la terapia cognitivo-conductual tengan más importancia de lo que se piensa y que la inclusión de técnicas basadas en la aceptación no supondría un efecto más importante en la evolución clínica de los pacientes que el que acarrea contar con un mayor apoyo social, a juzgar por los buenos resultados obtenidos por parte de los pacientes que integraron el grupo “befriending”.