

PSICOTERAPIA GRUPAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) Y ATENCION PLENA (MINDFULNESS)

Gloria Roldán Maldonado

Psicóloga clínica y coordinadora del Hospital de Día de Salud Mental. Licinio de la Fuente. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Correo-e: gloriapsicologaclinica@yahoo.es

1. RESUMEN:

En estas Jornadas, presentamos la experiencia de psicoterapia de grupo con familiares de pacientes que presentan trastornos mentales graves (TMG) y con los pacientes en el taller de Habilidades para la vida cotidiana, un espacio psicoterapéutico grupal permanente para los pacientes que están en tratamiento total en el Hospital de Día de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen de la Nieves de Granada. El Hospital de Día es un servicio de tercer nivel que atiende a personas diagnosticadas de trastornos mentales graves (TMG) con programas integrales que incorporan actuaciones terapéuticas biopsicosociales. Desde hace años, en este contexto, hemos creado este taller que integra los *modelos de entrenamiento en competencias* (habilidades sociales, solución de problemas, autocontrol emocional, estrategias de afrontamiento, etc.) con la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y atención plena (mindfulness).

En la mayoría de los TMG (psicosis, esquizofrenia, trastornos paranoides, trastornos esquizoafectivos, en algunos trastornos de la personalidad, etc.) se da una ruptura con la realidad, quedando el proyecto existencial destrozado en todas las áreas: individual, familiar y social. Todas tienen como característica común una gran desorganización a nivel cognitivo, emocional y conductual.

Mediante la incorporación de ACT, pretendemos conseguir la recuperación o adquisición de repertorios cognitivos y conductuales, que les permitan *actuar* en dirección de sus valores personales siguiendo sus *objetivos existenciales* y romper con la parálisis conductual (*evitación experiencial*). El objetivo fundamental, es aumentar la flexibilidad psicológica. Exponemos nuestra experiencia de trabajo en grupos con dos sesiones semanales, una media de asistencia de 15 personas y dos años de duración.

El trabajo con metáforas, los ejercicios vivenciales, la desesperanza creativa, el distanciamiento, la desliteralización junto con el entrenamiento en habilidades dirigidas a la consecución de objetivos existenciales valiosos, ha mostrado ser una herramienta psicoterapéutica potentísima para el tratamiento integral de las personas diagnosticadas con TMG. Los trastornos del pensamiento y de la percepción (delirios, alucinaciones, etc.) dejan de ser un obstáculo infranqueable para convertirse en compañeros del viaje.

Durante el taller se representarán los ejercicios trabajados en los grupos psicoterapéuticos con el objetivo de vivenciar y aprender la dinámica grupal desde la perspectiva de la Terapia de Aceptación y Compromiso.

2. LAS TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN

La **Terapia de Aceptación y Compromiso** (ACT en adelante, por sus siglas en inglés, *acceptance and commitment therapy*) surge en 1987 (Hayes, 1987) y se enmarca dentro de las denominadas **terapias de tercera generación** (Hayes 2004). Las terapias de conducta de primera generación se fundamentan en el condicionamiento clásico y operante, centrados en el cambio directo de la conducta a través del manejo de contingencias. La segunda generación de terapias de conducta incorporó los modelos cognitivos como componente causal del comportamiento y corresponde a las terapias cognitivo-conductuales. Estas terapias se dirigen al cambio de los eventos privados de la persona como medio para modificar su conducta observable. Las terapias de tercera generación suponen un cambio cualitativo ya que optan por estrategias de cambio de carácter indirecto, mientras que las de primera y segunda generación persiguen un cambio directo. Las nuevas terapias no se dirigen a la eliminación o reducción de síntomas cognitivos para el cambio de conducta, sino que se orientan a *la alteración de su función a través de la alteración del contexto en el que estos síntomas cognitivos resultan problemáticos* (Luciano y Valdivia, 2006). De esta manera, las nuevas terapias siguen una perspectiva contextual y funcional (renuevan el énfasis en el análisis funcional tradicional y en el análisis de la conducta verbal) conocida como contextualismo funcional. El contextualismo funcional estudia los eventos psicológicos, incluyendo los trastornos, como interacciones entre la persona y el contexto, entendidas de acuerdo con su historia y circunstancias actuales (Pérez-Álvarez, 2008, p.3).

Se enmarcan dentro de las **terapias de tercera generación** (Luciano y Valdivia, 2006):

- Terapia Dialéctica de Linehan (1993).
- Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) de Lohlenberg y Tsai (1991).
- Terapia Integral de Pareja de Jacobson, Christensen, Prince, Cordova y Eldridge (2000),
- Terapia basada en la Toma de Conciencia/Ser consciente de Segal, Williams y Teasdale (2002),
- Terapia de Aceptación y Compromiso de Hayes, Stroschal y Wilson (1999).

Según Pérez-Álvarez (2008), las aportaciones fundamentales de ACT respecto a las terapias de primera y segunda generación son:

- Una dimensión funcional común a diversos trastornos: el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE).
- El auto-distanciamiento comprensivo, como objetivo terapéutico, dirigido a la aceptación de los síntomas y la actuación en dirección de los valores del paciente.

3. CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

Luciano y Valdivia (2006, p. 87) exponen una serie de características en las que se fundamenta la Terapia de Aceptación y Compromiso y que se presentan a continuación:

- a. Es un tratamiento centrado en las **acciones valiosas** del paciente como medio para el cambio conductual.
- b. Contempla el **malestar/sufrimiento como normal**, producto de la condición humana en tanto que seres verbales.
- c. Define que **se aprende a resistir el sufrimiento normal y esa resistencia genera el sufrimiento patológico**.
- d. Promueve el análisis funcional de los comportamientos del paciente y, por tanto, **se basa en la experiencia del paciente** como la clave del tratamiento.
- e. Tiene por objetivo **flexibilizar la reacción al malestar** porque la experiencia del paciente le dice que resistir los eventos privados limita la vida, que centrarse

en ellos es perder la dirección. El objetivo primordial de ACT es, pues, romper la rigidez del patrón de evitación destructivo o la excesiva o desadaptativa regulación por procesos verbales que la cultura amplifica al potenciar sentirse bien de inmediato y evitar el dolor como fundamental para vivir.

- f. Implica **clarificar valores** para actuar en la dirección valiosa, aceptando con plena conciencia los eventos privados que surjan, y practicar la aceptación cuanto antes y tantas veces como sea posible.
- g. Implica **aprender a "caer y a levantarse"**, o sea, a elegir nuevamente actuar hacia valores con los eventos privados que sobrevengan por la recaída.

3.1. EL TRASTORNO DE EVITACIÓN EXPERIENCIAL

Una de las grandes aportaciones de ACT es que identifica una dimensión funcional común a una gran variedad de trastornos psicológicos: el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) (Hayes, Wilson, Gifford, Follete y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001; Wilson y Luciano, 2002). Se define como *“un patrón inflexible que consiste en que para poder vivir se actúa bajo la necesidad de controlar y/o evitar la presencia de pensamientos, recuerdos, sensaciones y otros eventos privados. Ese patrón inflexible está formado por numerosas respuestas con la misma función: controlar el malestar y los eventos privados así como las circunstancias que los generan”* (Luciano y Valdivia, 2006, p. 6). El problema de eludir constantemente el malestar es que, aunque se obtiene un alivio inmediato, a largo plazo la vida se reduce a ello, abandonándose las acciones en dirección a sus trayectorias valiosas, con lo que, paradójicamente, aumenta el malestar del paciente.

3.2. MÉTODOS CLÍNICOS

ACT utiliza modalidades verbales que se distancien de la literalidad del lenguaje, como las metáforas, paradojas y ejercicios vivenciales que permitan al paciente exponerse a los eventos privados que evita.

4. COMPONENTES DE ACT

En cada sesión terapéutica el terapeuta ha de estar atento y trabajar cuatro contenidos temáticos básicos: los valores, la exposición, la desactivación de funciones y distanciamiento y el fortalecimiento del paciente.

4.1. LA DESESPERANZA CREATIVA

La **Desesperanza Creativa** es una experiencia, que se repetirá en numerosas ocasiones a lo largo de la psicoterapia, con el objetivo de generar las condiciones para que el paciente experimente y confronte lo que es importante para él, lo que hace y los resultados que obtiene, tanto a corto como a largo plazo (Luciano y Valdivia, 2006; Luciano, Valdivia, y Páez-Blarrina, 2006). Esta experiencia genera desesperanza y dolor en tanto que sitúa al paciente frente a sus experiencias de intentar evitar y controlar sus eventos privados mediante conductas que le llevan a aumentar las consecuencias negativas en distintas facetas de su vida. Esto es, lo que hace el paciente para disminuir su malestar, paradójicamente, lo aumenta. Es una experiencia creativa ya que el paciente aprende que lo que hace es el problema y no los eventos privados en sí mismos.

Algunas **metáforas** que pueden ayudar a trabajar el valor de la desesperanza creativa en psicoterapia son: **la metáfora del hombre en el hoyo** (Wilson y Luciano, 2002), **las arenas movedizas y la metáfora del granjero y el asno** (Wilson y Luciano, 2002).

4.2. CLARIFICACIÓN DE VALORES

La clarificación de valores es un aspecto central y continuo en ACT. Se trata de ayudar al paciente a discernir cuáles son las trayectorias valiosas en su vida y las acciones que lo dirigen hacia ellas, para lo que es necesario estar dispuesto a tener los eventos privados que ello conlleve, y por tanto, aceptar el sufrimiento inherente en este camino.

Algunas **metáforas y ejercicios** para orientar al paciente en la clarificación de sus valores en psicoterapia son (Wilson y Luciano, 2002): **la metáfora del jardín, el ejercicio del funeral, el ejercicio del epitafio, la metáfora del conductor del autobús y los pasajeros.**

4.3. DISTANCIAMIENTO DE LOS EVENTOS PRIVADOS (DEFUSIÓN COGNITIVA)

a. El control de los eventos privados como problema y la aceptación como alternativa

Para que el paciente se distancie de los eventos privados que le impiden actuar en dirección de sus áreas valiosas, es necesario en primer lugar que se de cuenta de es el control de estos eventos privados lo que le ha apartado de su trayectoria valiosa y, en definitiva, perpetúa y aumenta su sufrimiento.

Algunas **metáforas y ejercicios** para orientar al paciente en la identificación del control como problema son (Wilson y Luciano, 2002): **la lucha con el monstruo, ejercicio de los elefantes rosas.**

b. Diferencia entre yo-contexto y yo-contenido: toma de perspectiva

En ACT se diferencian varios dominios del yo: el **yo-contenido** (hace referencia a los eventos privados que uno tiene, ya sean pensamientos, sentimientos, recuerdos, etc.) y el **yo-contexto** (es el aquel que “tiene” esos eventos privados. pensamientos...Es un “yo” que trasciende roles, pensamientos, emociones, el propio cuerpo y otras cosas con las cuales llegamos a estar excesivamente identificados). Uno de los objetivos de la terapia es que el paciente aprenda a tomar distancia de esos eventos privados y diferencie entre el pensamiento y quien está teniendo el pensamiento, entre la emoción y quién está teniendo la emoción, etc.

Algunas **metáforas y ejercicios** para ayudar al paciente a diferenciar entre el yo-contexto y el yo-contenido son (Wilson y Luciano, 2002): **la metáfora del tablero, el ejercicio del observador, el ejercicio de llevar la mente a pasear, el otoño y las hojas.**

Otro objetivo de la terapia además de tomar distancia entre el yo-contexto y el yo-contenido es desactivar las funciones verbales o **desliteralización**. Se trata de romper la fusión entre las palabras y su función. Algunos ejercicios dirigidos a la desactivación de las funciones verbales son (Wilson y Luciano, 2002): **el ejercicio del limón** o la repetición de pensamientos con alta carga negativa para el paciente.

5. CARACTERÍSTICAS DE LAS PSICOTERAPIA DE GRUPO

Algunas características de las terapias cognitivo-conductuales grupales son:

1. El objetivo de cambio es el comportamiento.
2. Rol del terapeuta activo.
3. Contexto que facilite el aprendizaje social.
4. Objetivos terapéuticos operativos y concretos en términos de cambio conductual.
5. Conducido según los principios del aprendizaje humano. Se diseña la relación con los componentes del grupo como una estrategia terapéutica más.
6. El énfasis se desplaza de lo “problemático” a “las posibles soluciones”.
7. El lenguaje y la atención se centra en lo “observable” y “descriptivo”.
8. La idea de “enfermedad” de características personales “invariables” se cambia por otra más operativa de “comportamientos aprendidos” o “a aprender”. Se pasa del “yo soy” al “yo me comporto”.
9. Se modifica el rol del paciente (pasivo, desconocedor, diferente), por otro de “persona que aprende” (activa, conocedora, e igual que el terapeuta).
Personas/no diagnósticos.

En nuestra experiencia se integra en entrenamiento en habilidades sociales junto con la resolución de problemas; la identificación, reconocimiento y expresión de emociones y el análisis funcional de la conducta bajo la filosofía de ACT. Para ello seguimos la siguiente metodología:

1. Psicoeducación.
2. Entrenamiento en competencias:
 - HHSS.

- Resolución de problemas cotidianos
 - Manejo de recursos comunitarios, uso del tiempo libre y actividades ocupacionales.
 - Autocontrol emocional (hostilidad, ira, ansiedad).
3. Estructura de las sesiones:
- Conceptualización y síntesis de la sesión anterior.
 - Análisis y discusión de los ejercicios entre sesión. Dificultades, características y generalización. Feedback y refuerzo discriminativo.
4. Presentación de los objetivos y contenidos terapéuticos según programa:
- Análisis de la habilidad o estrategia.
 - Ensayo conductual, modelado, observación y feedback.
 - Análisis funcional (¿Cómo se sienten? ¿Qué está ocurriendo? ¿Qué piensan? ¿Qué consecuencias pueden tener?...).
 - Refuerzo discriminativo y feedback.
 - Conclusiones (a veces extraídas del propio grupo).
5. Asignación de ejercicios entre sesión.
6. Entrenamiento en competencia social:
- Ejercicios preparatorios (sensibilizadores, activadores, dinamizadores...).
 - Fábulas, metáforas... (Aguilucho, Ulises, Ostra- Pez)
 - Discusión en grupo (estimulando la participación mediante el método socrático) de:
 1. Ventajas e inconvenientes de cada una de las habilidades objeto de aprendizaje.
 2. Anticipar las consecuencias de ese comportamiento.
7. Se ponen en marcha todas las estrategias conductuales para la consecución del objetivo:
- Instrucciones: descripción de la habilidad; componentes conductuales concretos (material escrito).
 - Modelamiento en vivo. Aprendizaje observacional.
 - Práctica manifiesta o ensayo conductual. Feedback.
 - Moldeamiento.
8. Tareas para casa.

6. SESIONES A MODO DE EJEMPLO

A continuación presentamos algunos contenidos que reflejan las intervenciones psicoterapéuticas a nivel grupal pertenecientes a los grupos psicoterapéuticos puestos en marcha desde la perspectiva de ACT y entrenamiento en competencias.

A. Parte de una sesión psicoterapéutica en la que se trabaja el análisis funcional con una paciente.

(...)

TERAPEUTA (con el fin de ayudar a Lidia a que se de cuenta de que las conductas que hace para evitar el malestar, paradójicamente, lo aumentan, el terapeuta realiza el análisis funcional de su conducta en la pizarra. El terapeuta va rellenando cada columna según las respuestas dadas anteriormente por Lidia y ayudado por ésta en todo momento). Lidia, has dicho que te sentías muy triste, con miedo, angustiada, con malestar, ¿qué más? (el terapeuta lo apunta en la columna: “siento”).

CAROLINA: preocupada.

TERAPEUTA: y cuando te sientes muy triste, con miedo, angustiada... ¿qué piensas?

CAROLINA: *“no voy a tener nunca un trabajo”* (el terapeuta va apuntando cada pensamiento en la columna “pienso”), *“no voy a poder sacarme las oposiciones”*, *“no merece la pena vivir”*.

TERAPEUTA: ¿qué haces cuando sientes y piensas todo esto (señala lo apuntado en la pizarra)?

CAROLINA: acostarme (el terapeuta lo apunta en la pizarra).

TERAPEUTA: ¿y qué más?

CAROLINA: no salgo, duermo (lo apunta en la pizarra).

TERAPEUTA: ¿qué más haces?

CAROLINA: pienso que no estoy bien.


TERAPEUTA: darle vueltas (lo apunta en la pizarra). Cuando te acuestas, no sales, te duermes, le das vueltas, ¿qué consecuencias tiene todo esto?

CAROLINA: aumenta mi angustia, mi ansiedad (apunta las consecuencias en la pizarra).

TERAPEUTA: ¿aumentan los pensamientos de *“no puedo”*?

CAROLINA: sí (lo apunta en la pizarra).

SIENTO	PIENSO	HAGO	CONSECUENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Muy triste. - Miedo. - Angustia. - Malestar. - Preocupada. 	<ul style="list-style-type: none"> - No voy a tener un trabajo. - No voy a poder sacarme las oposiciones. - No merece la pena vivir. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acostarme. - No salir. - Dormirme. - Pensar/darle vueltas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumenta la angustia. - Aumenta la ansiedad. - Aumenta el pensamiento de “no puedo”).



TERAPEUTA: vamos a hacer un ejercicio. Cargaros con todos estos pensamientos:

- “No voy a salir de esto”.
- “No voy a ser capaz de conseguir... (poned ahí algo que sea valioso para vosotros)”.
- “No voy a tener a nadie que me quiera”.
- “Nunca vas a conseguir nada”.

Vamos a cargarnos con estos pensamientos, cerrad los ojos y repetíroslos una y otra vez (el terapeuta deja un minuto para que lo hagan, mientras los repite en voz alta una y otra vez). ¿Cómo os sentís?

PEDRO, RICARDO, MARIANO: mal

TERAPEUTA: pues invertid el 75% de vuestra vida en pensar esto. A mí me van a operar el viernes y si me pongo a pensar “¡uy! Y si sale algo mal”, “y si se pasan con la anestesia”.... ¿cómo estaré?

PAULA: hecha pedazos.

TERAPEUTA: ella es mi hermana (señala a la coterapeuta) y le digo (se acerca de frente y de pie y le dice a la coterapeuta) “es que estoy muy mal, ¡estoy muy mal!”.

PEDRO: lo haces más grande.

TERAPEUTA (al grupo): ¿Por qué os recreáis en vuestras miserias? De esa manera hacéis el problema más grande.

(...)

B. Intervención psicoterapéutica centrada en Parte de una sesión psicoterapéutica en la que se trabaja la desesperanza creativa (metáfora del hombre en el hoyo).

TERAPEUTA: (El terapeuta introduce la “metáfora del hombre en el hoyo”). Vas por un camino y hay un hoyo y caes. Tienes muchas ganas de salir, pero como estás muy agobiado te pones a cavar, ¿qué pasa?

MÓNICA: te hundes.

TERAPEUTA: cavar es todo lo que hacemos que nos agrava el problema. ¿Cómo hacemos más grande el problema?

PEDRO: cavando. O pensando en no cavar y seguir cavando.

TERAPEUTA: lo primero que tengo que hacer para dejar de hacer el problema más grande, ¿es?

RICARDO: no cavar.

SEBASTIÁN: tirar las paredes.

TERAPEUTA: y para tirar las paredes has de...dejar de cavar. Me gustaría que viéramos que es cavar para vosotros, esto es, aquello que hacemos que nos aumenta el malestar y los problemas (a continuación el terapeuta hace una ronda con cada uno de los pacientes para ayudarles a identificar aquellas conductas que agravarían sus problemas, que, siguiendo la metáfora del hoyo, sería cavar).

(Dada la importancia del trabajo psicoterapéutico acerca de aquellas conductas que le están impidiendo al paciente avanzar hacia sus objetivos valiosos, sino que, por el contrario, están empeorando su problema, el terapeuta trabaja en el grupo, pero de manera individualizada, qué conductas identifican con la acción de cavar. Se recogen a continuación las respuestas de los pacientes a la pregunta *¿qué sería para ti cavar?*, así como la intervención del terapeuta con cada uno de ellos).

➤ PEDRO: dejar de hacer lo que piensas.

TERAPEUTA: para ti, para tu vida.

PEDRO: dejar de fumar canutos.

TERAPEUTA: para ti cavar es fumar canutos. Te genera más problemas.

PEDRO: sí, muchos.

TERAPEUTA: quieres dejar de cavar.

PEDRO: evidentemente.

TERAPEUTA: ¿qué puedes hacer?

PEDRO: dejar de hacerlo.

TERAPEUTA: tú puedes sentir el deseo de fumar canutos y no hacerlo. Imaginaos que hiciéramos todo lo que deseamos. ¿Qué es cavar para vosotros?

¿Podrías decir cada uno una conducta de vuestra vida que están haciendo vuestros problemas más grandes?

➤ ERNESTO: hacer lo mismo.

TERAPEUTA: una conducta específica.

ERNESTO: no beber alcohol. Pero es un impulso que no puedo controlar.

TERAPEUTA (escribe en la pizarra): “*Un impulso que pienso que no puedo controlar*”. Piensas que “es un impulso que no puedes controlar”.

➤ PAULA: intentos de suicidio.

➤ MÓNICA: intentos autolíticos.

TERAPEUTA: ¿Por qué hacerse daño tiene una función? Porque al hacerte daño parece que los demás te van a prestar su ayuda, que va a ser un desahogo para uno, pero sin embargo, ¿cómo te sientes luego?

MÓNICA: culpable.

TERAPEUTA: ¿te sientes peor?

MÓNICA: sí.

PAULA: yo en muchas ocasiones no me he sentido mal.

TERAPEUTA: piénsalo, ¿qué ha pasado luego?

PAULA: pues que no he conseguido lo que yo quería.

TERAPEUTA: ¿esa conducta te ha acarreado problemas?

PAULA: muchísimos. Pero sigo pensándolo.

TERAPEUTA: yo no te digo que no pienses. ¿Qué te digo?

RICARDO: que no lo hagas.

PEDRO: pero cuando durante mucho tiempo no persigues ese pensamiento al final se va, porque a mí me ha pasado.

TERAPEUTA: eso es, se debilita.

SEBASTIÁN: pero el fumar porros a mí me han dicho que es para olvidar algo.

TERAPEUTA: eso es, para solucionar un problema, pero al final lo hace más grande. Venga, conductas que para vosotros sean cavar.

➤ ENRIQUE: faltar a los talleres de *Sapame*.

TERAPEUTA: eso sería aumentar tu tendencia al aislamiento.

➤ RICARDO: volver a los porros.

TERAPEUTA: ¿qué pasó?

RICARDO: tuve una descompensación.

- TERAPEUTA: tuviste una descompensación psicótica por la cantidad de porros que fumabas al día.
- ISRAEL: comerme la cabeza.
TERAPEUTA: el comerte la cabeza hace que te quedes quieto y no avances.
- LOURDES: quedarme parada.
TERAPEUTA: ¿quedarte parada sin hacer cosas valiosas para ti?
LOURDES: sí.
- JOSÉ: quedarme en casa tumbado pensando.
TERAPEUTA: esos es una conducta específica que hace que tu problema sea más grande.
- MARIANO: atormentarme pensando en los errores del pasado.
TERAPEUTA: esto es, pensar en los errores y atormentarte es diferente a pensar en el pasado para ayudarnos a seguir adelante, ¿ves la diferencia?, muy bien.
- CAROLINA: no ponerme a estudiar.
TERAPEUTA: imagínate que alguna vez estás tan desorganizada que no puedes estudiar.
CAROLINA: ¿tan desorganizada como para ir a la *Unidad de Agudos*?
TERAPEUTA: qué miedo le tienes a la recaída. No, estás desorganizada pero no para ir a *Agudos*.
CAROLINA: a pesar de ello seguir estudiando, ir a la academia.
TERAPEUTA: darte permiso de que estás más debilita y disminuir el nivel.
- RODRIGO: sobrepasarme en lo que puedo hacer.
TERAPEUTA: explícate.
RODRIGO: si estás viniendo aquí al Licinio, a *Sapame* y haciendo la tesis es una sobrecarga. Cuando se puede, se hace y cuando no, no.
TERAPEUTA: la sobrecarga sería para ti cavar. Eso es, si me pongo a correr, correr, correr, correr, correr, correr...¿qué puede pasar?
CAROLINA: que te agotes.
TERAPEUTA: o que te lesiones como le pasa a muchos deportistas por exceso de deporte. Más conductas que sean para vosotros hacer el problema más grande.
- MIGUEL: seguir incomunicado en el pueblo.
TERAPEUTA: para ti es importante la relación con la gente.

MIGUEL: me apetece. Pero con las voces y dándole vueltas a las cosas... después de la enfermedad para no trasnochar no salía.

TERAPEUTA: gracias por introducir otro componente de nuestro mundo interno como son las voces, que al igual que los pensamientos constituirían nuestros eventos privados. Y como dices, para no trasnochar no salías, para no hacer el problema más grande te aíslas.

- JESÚS: quedarme en casa y no venir al Hospital de Día.
- BORJA: arrinconarme.
- SEBASTIÁN: prestar atención a cada una de las cosas que me dicen y no perder nada, ese sería un problema.

- LORENA: pensar que yo llevo razón y los demás no.

TERAPEUTA: y te quedas enredada en eso, en cavar y en querer llevar la razón.

LORENA: sí.

TERAPEUTA: más conductas que serían cavar.

- DIEGO: quedarme en mi casa sin venir aquí y autolesionarme.

TERAPEUTA: tú has sido un gran evitador.

DIEGO: sí, no hacía nada.

TERAPEUTA: y cuando no haces nada, ¿tu ansiedad aumenta o disminuye?

DIEGO: aumenta.

- PACO: yo para no acordarme de la novia me pongo con los videojuegos, pero cuando lo dejo vuelvo a acordarme.

TERAPEUTA: ¿qué pasa con los videojuegos?

PACO: lo aplazo, porque luego vuelve.

TERAPEUTA: es evitación, te distraes. Es importante que con el dolor de lo que te ha pasado, con lo que te haya sucedido con tu novia, sigas para delante hacia lo que para ti sea importante. Que tu eres muy jovencillo, ¿qué edad tienes?

PACO: 19 años.

TERAPEUTA: ¿qué pasará si dentro de cinco años sigues jugando con los videojuegos?

PACO: es que estoy estancado ahí.

SEBASTIÁN: pero jugar a un videojuego o ver una *pelí* no es distraerte siempre ni negativo.

TERAPEUTA: es malo cuando te está apartando de un objetivo valioso para ti. (A Paco). ¿Cuál es el problema?

PACO: no dedicarle tanto tiempo.

TERAPEUTA: muy bien, lo dejamos aquí. Que paséis una buena semana.

C. Ejemplo de un análisis funcional: análisis funcional de la emoción “miedo”.

Situaciones ante las que se siente esa emoción	Pensamientos	¿Qué hace?	¿Qué consigue a corto plazo?	¿A qué le lleva esto a largo plazo?
<ul style="list-style-type: none"> - Ir al gimnasio y conocer gente nueva. - Ir a la academia de inglés y conocer chicos nuevos. - Establecer relaciones de pareja. - El fracaso en el trabajo. - Miedo a las discusiones y conflictos familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“No me va a salir bien si el chico me conoce”.</i> - <i>“No estaré a la altura de la relación”.</i> - <i>“Se van a alejar de mí”.</i> - <i>“Me van a marginar”.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Aislarse. - Rechazar a la gente. - Inhibirse, no actuar. - Esperar a la iniciativa de los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relajación. - Insatisfacción. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la tristeza. - Aumento de la ansiedad. - Disminuye la motivación. - Falta de alegría. - Distanciamiento y deterioro de la relación. - Abandono de las actividades de la vida cotidiana.



D. Ejemplo de un análisis funcional: análisis funcional de la emoción “ansiedad”.

Situaciones ante las que se siente esa emoción	Pensamientos	¿Qué hace?	¿Qué consigue a corto plazo?	¿A qué le lleva esto a largo plazo?

<ul style="list-style-type: none"> - Discusión (con la pareja, familiares, etc.). - Pensar en mi vida antes del diagnóstico. - Pensar en el futuro. - Salir a la calle. - Recién levantado (al despertarle su padre, al ver el día que le espera). 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“No tengo ganas de vivir”.</i> - <i>“Los lunes son malos”.</i> - <i>Ideas de autolisis.</i> - <i>“Me encuentro sola”.</i> - <i>“No me valoran”.</i> - <i>“Estoy desganado”.</i> - <i>“No puedo”.</i> - <i>“Qué enfermo estoy”.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Bloquearse (no hablar, encerrarse en sí mismo). - Paralizarse. - No relacionarse con nadie. - No quedar con nadie. - Beber alcohol. - Fumar. - Esperar. - Quedarse en casa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejor. - Bien. - Más a gusto. - Más protegido. - 	<ul style="list-style-type: none"> - Alejarse de los demás. - Encerrarse más en sí mismo. - Aislarse (amigos, hermanos, etc.).
---	--	--	--	---

7. CONCLUSIONES

El trabajo con metáforas, los ejercicios vivenciales, la desesperanza creativa, el distanciamiento, la desliteralización junto con el entrenamiento en habilidades dirigidas a la consecución de objetivos existenciales valiosos, ha mostrado ser una herramienta psicoterapéutica potentísima para el tratamiento integral de las personas diagnosticadas con TMG. Los trastornos del pensamiento y de la percepción (delirios, alucinaciones, etc.) dejan de ser un obstáculo infranqueable para convertirse en compañeros del viaje.

BIBLIOGRAFÍA

- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to Therapeutic Change. En N. Jacobson (ed.), *Psychotherapist in Clinical Practice: Cognitive and Behavioral Perspectives* (pp. 327-387). NY: Guilford Press.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Luciano, M.C., y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- Luciano, M. C. y Valdivia, M. S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, Julio, número 2 VOL-27. ISSN 0214 – 7823.
- Luciano, M. C., Valdivia, M. S. y Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *EduPsykhé*, Vol. 5, No. 2, 173-201.
- Pérez-Álvarez, M. (2008). Las terapias de conducta de tercera generación como modelo contextual de psicoterapia. *Formación Continuada a Distancia. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.