

## LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN LA PSICOSIS

Entrevista a José Manuel García Montes

Aída de Vicente y Silvia Berdullas

Los días 14 y 15 de noviembre de 2008 se celebró en Zaragoza la **VI Reunión Anual de la SEPCyS** (Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud. Siglo XXI), bajo el lema: “Aportando soluciones en salud mental”.

Uno de los temas que se abordaron en esta sexta edición fue la mesa redonda sobre “*Aplicaciones clínicas de las nuevas terapias psicológicas*”, que estuvo moderada por **Miguel Ángel Vallejo Pareja** y en la que participó, entre otros, **José Manuel García Montes** con la ponencia titulada “Terapia de Aceptación y Compromiso en psicosis”.

Debido al interés que supone para los profesionales de la Psicología el avance en la aplicación de estas nuevas terapias psicológicas, *Infocop* ha querido entrevistar a **José Manuel García Montes**, profesor de la Universidad de Almería.

### ENTREVISTA

**Infocop:** *La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se engloba dentro de las terapias psicológicas denominadas de “tercera generación”, ¿a qué nos referimos cuando utilizamos este término?*

**J.M. García:** Cuando se habla de terapias psicológicas de “tercera generación” se está agrupando a un conjunto de enfoques terapéuticos que vienen a resaltar ciertos aspectos que ya estaban presentes en el análisis de conducta clásico pero que, sin embargo, no eran tenidos suficientemente en cuenta. De ahí surge, por ejemplo, la necesidad de en-



José Manuel García Montes

tender el comportamiento en términos funcionales, dando más importancia a la finalidad que persigue la conducta que a la forma con que lo hace.

De la misma forma, se podría decir que estas terapias de “tercera generación” presentan un cierto correctivo a una visión “ingenua” de la intervención psicológica. En este sentido, se viene a poner de manifiesto que hay comportamientos (sentimientos, pensamientos, recuerdos, dudas, etc.) que no se pueden modificar en el ámbito clínico y, por consiguiente, lo que habría que hacer es “aceptarlos”, aprender a vivir con ellos.

Por último, las terapias de “tercera generación” comienzan a tener presente que cualquier intervención psicológica ha de ir de la mano de una concepción de la “persona humana”. Éste es, seguramente, uno de los puntos más valiosos de estos nuevos enfoques pero también el más pobremente desarrollado.

**I:** *¿Cuáles son las características principales de la ACT? ¿Qué la diferencia*

*de otro tipo de abordajes psicológicos?*

**J.M.G.:** A mi juicio son cuatro las novedades que presenta la ACT en relación con la terapia de conducta tradicional: 1) poner un mayor énfasis en la aceptación como estrategia de intervención; 2) ofrecer una nueva concepción de lo que ha de entenderse por “mejoría clínica”; 3) situar los problemas psicológicos y sus posibles soluciones en un marco axiológico y; 4) colocar al terapeuta en una situación paradójica al encargarse de “*de-psicologizar*” la vida del paciente.

En relación con el primer punto, se podría decir que la ACT ha venido a poner de manifiesto que, junto al cambio, la aceptación puede ser una estrategia y un objetivo de la terapia. El sentido que la ACT da a la aceptación no tiene nada que ver con la “resignación”, sino que está en función de los objetivos que la persona tiene en la vida. Se aceptan ciertos sentimientos o ciertos pensamientos desagradables porque se ha de pasar por ahí para conseguir algo que es importante.

Por lo que se refiere al concepto de “mejoría clínica”, la ACT no la cifra ya en la “disminución de la ansiedad” o en la “desaparición de las alucinaciones”; sino que pretende hacer una valoración global de la vida de la persona. Lo importante para la ACT no es la presencia o ausencia del síntoma, sino la capacidad de la persona de desenvolverse en el mundo. Y ello con independencia de si los síntomas persisten. Incluso cabría decir que un indicador importante de



que se está produciendo una mejoría clínica sería que la persona, con los síntomas presentes, hiciera cosas que anteriormente era incapaz de hacer. Por ejemplo, una persona que tuviera más ansiedad que antes de iniciar el tratamiento cuando se expone a lugares públicos y que, con ella, es capaz de salir a la calle y relacionarse con otras personas (algo que anteriormente no hacía), habría mejorado según la ACT.

En relación con el tercer punto, se puede decir que la ACT es la primera terapia de inspiración cognitivo-conductual que incorpora de manera expresa y como núcleo del proceso terapéutico los valores del cliente. Como se decía anteriormente, la aceptación sólo tiene sentido en el contexto de los valores de la persona. Si el terapeuta es lo suficientemente sensible, abierto y competente como para trabajar bien este punto es posible que el resto venga por añadidura.

Por último, habría también que señalar que la ACT es una terapia paradójica para el cliente que quiere eliminar el problema (la ansiedad, la tristeza, el miedo, etc.) y se le propone tenerlo. Pero, además, la ACT es paradójica también para la propia lógica clínica, que tiene como algo propio la eliminación de los síntomas. En este sentido, se puede señalar que el terapeuta de la ACT tendría como uno de sus principales objetivos “*de-psicologizar*” la vida de la persona, restando importancia a la influencia que pueden ejercer los pensamientos, sentimientos, recuerdos y demás sucesos privados. La paradoja llega al máximo si se repara en que, en esta tarea de *de-psicologización*, el terapeuta (un psicólogo) utiliza medios psicológicos (metáforas, ejercicios experienciales, manejo de contingencias, etc.).

**I.: *¿Cómo explica esta aproximación los trastornos mentales?***

**J.M.G.:** La ACT ha acuñado el término “Trastorno de Evitación Experiencial” (TEE) para hacer referencia a una característica que vendría compartida por muy distintos desórdenes psicológicos. Este “factor común” tiene que ver con el hecho de que la persona no esté dispuesta a hacer contacto con ciertas experiencias privadas (sentimientos, recuerdos, emociones, impulsos, etc.) y gran parte de su comportamiento venga determinado por los esfuerzos por controlar tales eventos privados.

Se podría decir que la persona con un trastorno psicológico ha dejado de estar pendiente de su vida para estar pendiente de su “mundo privado”. Dicho en unos términos que se apartan ya mucho del lenguaje (y el contexto) de la ACT: los trastornos mentales supondrían una lógica *auto-perpetuante* en la que el sujeto está cerrado sobre sí mismo.

**I.: *Bajo su punto de vista, ¿esta terapia resulta especialmente beneficiosa para algún grupo de pacientes?***

**J.M.G.:** La ACT no es una terapia fácil ni para el terapeuta ni para el cliente. Si se hace bien supondrá remover experiencias dolorosas y visiones sólidamente asentadas que, de una forma u otra, han venido a paralizar la vida de la persona (seguramente también la del terapeuta en algún momento). Por ello, desde mi punto de vista, este tipo de intervenciones tiene sentido en el tratamiento de problemas graves que hayan

causado alguna limitación vital importante. Si me pregunta si recomendaría la ACT para el tratamiento del “síndrome de estrés post-vacacional” le diría, en principio, que no. Un sufrimiento auténtico y profundo en el paciente sería un posible indicador de la conveniencia de utilizar este tipo de intervenciones. De ahí la relevancia de la ACT en el tratamiento de la psicosis.

**I.: *De acuerdo a su experiencia en la aplicación práctica de esta terapia en personas que sufren psicosis, ¿qué ventajas ofrece esta aproximación? ¿Cuál es su eficacia en la mejora del malestar que sufren estas personas?***

**J.M.G.:** Con respecto a las ventajas, habría que señalar que la ACT es un tratamiento con una filosofía profundamente “normalizadora”. Los síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios, etc.) son vistos como puntos extremos de ciertas experiencias comunes a las personas. Por ejemplo, es probable que todos hayamos tenido “ideas de referencia” en algún momento al observar, mientras íbamos conduciendo, que un coche de policía se situaba detrás de nosotros y nos seguía durante un cierto tiempo. Desde la ACT, las diferencias entre este tipo de ideas comunes a la gente y las que presentan los pacientes psicóticos son cuantitativas más que cualitativas y, sobre todo, tienen que ver con la relación que se mantiene con ellas. Así, es probable que en cuanto el coche de policía nos adelanta no le demos más importancia al tema. Por el contrario, un paciente psicótico tenderá a analizar detenidamente las posibles “causas” de la “persecución”, intentando averiguar si, “realmente”, le estaban siguiendo o no.

En general un enfoque normalizador

viene a restar estigma, aunque también es verdad que puede chocar con la cultura clínica dominante, heredera de la concepción de **Jaspers**, que considera los fenómenos psicóticos aspectos “incomprensibles” de la psicopatología.

Por lo que respecta a la eficacia del tratamiento en este tipo de problemática, el respaldo más sólido se encuentra en el estudio de **Bach y Hayes** (2002), realizado con 80 pacientes que mostraban alucinaciones auditivas o delirios en el momento de su admisión en el hospital. Estos pacientes fueron asignados aleatoriamente bien a un grupo en

que se seguía el tratamiento habitual del centro, o bien a un grupo en que, además de dicho tratamiento, se aplicaban cuatro sesiones de la ACT. El principal resultado obtenido en dicha investigación fue una reducción estadísticamente significativa del número de nuevas hospitalizaciones para aquellos pacientes que siguieron las sesiones con la ACT. En concreto, tras cuatro meses de seguimiento se redujo la tasa de nuevas hospitalizaciones en un 50%.

**I: Desde su punto de vista como experto, ¿cuáles deben ser los componentes**

**claves de la Terapia de Aceptación y Compromiso aplicada a personas que sufren psicosis?**

**J.M.G.:** Como en su aplicación a cualquier otra problemática, un aspecto central tiene que ver con el trabajo en valores. Los valores de la persona no son fáciles de tratar y, en gran medida, determinan el éxito de la intervención. Si el psicólogo no puede establecer una buena relación terapéutica va a ser difícil que estos valores puedan ser abordados.

En el caso de pacientes psicóticos, los clínicos presentan en ocasiones ciertas reticencias a la hora de establecer una relación genuina, y ello puede entorpecer seriamente el progreso del tratamiento. Quien pretenda aplicar la ACT como si se tratara de un manual de los que existían hace tiempo sobre la desensibilización sistemática, habrá fracasado ya de entrada; máxime, si el paciente que tiene en frente presenta sintomatología psicótica. Por lo tanto, un aspecto fundamental es la propia relación terapéutica que requerirá muchas veces un trabajo intenso por parte del terapeuta sobre sus propios miedos y sus prejuicios sobre la “locura”.

Como aspecto técnico más importante se podría destacar la relevancia que tiene el que la persona, progresivamente, pueda ir tomando una mayor distancia con respecto a las voces, los delirios y otros sucesos privados. Es decir, se trataría de poner en práctica diversas estrategias que vengan a mostrar que los eventos privados no tienen por qué determinar el comportamiento.

**I: Para terminar, ¿desea añadir alguna otra cuestión de interés?**

**J.M.G.:** Nada más. Solamente agradecer a *Infocop* el interés por esta temática.

## REFERENCIAS

Bach, P. y Hayes, S. (2002). The Use of Acceptance and Commitment Therapy to Prevent the Rehospitalization of Psychotic Patients: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (5), 1129-1139.

## PUBLICIDAD

**Cursos Postgrado 2008-2009**

- ▶ Diploma en Asesoramiento en Materia de Adopciones
- ▶ Diploma en Inserción Sociolaboral
- ▶ Diploma en Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia
- ▶ Diploma en Gestión de Iniciativas para el Empleo en el Ámbito Local
- ▶ Diploma en Políticas de Integración, Asesoramiento y Prestación de Servicios al Inmigrante
- ▶ Diploma en Coordinación y Gestión de Programas y Servicios para la Juventud
- ▶ Diploma en Violencia de Género
- ▶ Diploma en Violencia Escolar
- ▶ Diploma en Malos Tratos al Menor

Para más información póngase en contacto con nosotros:  
Tfno: 96 339 17 80  
E-mail: [social@formacionpostgrado.com](mailto:social@formacionpostgrado.com)  
[www.formacionpostgrado.com](http://www.formacionpostgrado.com)