

# **Aplicación de un protocolo de intervención basado en Terapia de Aceptación y Compromiso y técnicas psicodramáticas en personas con Trastorno Mental Grave**

Autora: Elena Bolancel Moreno

Director: Adolfo Javier Cangas Díaz



**Trabajo de Fin de Master en Intervención Psicológica en Ámbitos**

**Clínicos y Sociales**

Universidad de Almería 2012

Aplicación de un protocolo de intervención basado en Terapia de Aceptación y Compromiso y técnicas psicodramáticas en personas con Trastorno Mental Grave

---

**Autora: Elena Bolancel Moreno**

TRABAJO DE FIN DE MASTER

Intervención Psicológica en Ámbitos Clínicos y Sociales

**COORDINADORA MASTER:**

María Soledad Navas Luque

**DIRECTOR TFM:**

Adolfo Javier Cangas Díaz

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Septiembre 2012

# ÍNDICE

## PARTE I: INTRODUCCIÓN

|  |    |
|--|----|
| CAPITULO 1: EL TRASTORNO MENTAL GRAVE.....   | 1  |
| 1.1 Definición de Trastorno Mental Grave.....                                      | 2  |
| 1.2 Intervención en Personas con Trastorno Mental Grave.....                       | 3  |
| 1.3 Rehabilitación psicosocial.....  | 4  |
| 1.4 Recursos de Salud Mental en Andalucía.....                                     | 6  |
| 1.4.1 Dispositivos específicos.....  | 6  |
| 1.4.2 Recursos comunitarios de apoyo social.....                                   | 7  |
| 1.4.2.1 Recursos generales.....  | 7  |
| 1.4.2.2 recursos específicos.....  | 8  |
| 1.5 Intervenciones psicosociales específicas.....                                  | 10 |
| 1.5.1 Intervenciones psicológicas.....   | 11 |
| 1.5.1.1 Psicoeducación.....  | 11 |
| 1.5.1.2 Entrenamiento en Habilidades Sociales.....                                 | 12 |
| 1.5.1.2.1 Modulo de Habilidades Sociales para vivir<br>de Forma independiente..... | 13 |
| 1.5.1.3 Terapia cognitivo-conductual.....  | 13 |
| 1.5.2.3.1 Terapia Psicológica Integrada para la<br>Esquizofrenia (IPT).....        | 15 |
| 1.5.1.4 Economía de fichas.....  | 15 |
| 1.6 Terapias contextuales.....   | 16 |
| 1.6.1 Terapia de Aceptación y Compromiso.....                                      | 18 |
| 1.7 Psicodrama.....  | 21 |
| 1.8 Terapia de aceptación y compromiso y psicodrama.....                           | 24 |

## **PARTE II: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>CAPITULO 2: MÉTODO, RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>                               | <b>28</b> |
| 2. Método.....  | 29        |
| 2.1 Participantes.....  | 29        |
| 2.2 Centro.....   | 31        |
| 2.3 Diseño.....   | 31        |
| 2.4 Instrumentos.....   | 32        |
| 2.5 Sesiones.....   | 34        |
| 2.6 Procedimiento.....  | 34        |
| 2.6.1 Fase Inicial (selección de participantes y preparación de<br>las sesiones)..... | 34        |
| 2.6.2 Aplicación del programa.....  | 35        |
| 2.6.2.1 Guion tipo de una sesión.....   | 36        |
| 2.6.3 Fase postest.....   | 38        |
| 3: Resultados.....  | 38        |
| 3.1 Análisis de las medias pre-postest. Comparación entre grupos.....                 | 39        |
| 3.2 Análisis individuales.....  | 45        |
| 3.2.1 Grupo experimental.....   | 46        |
| 3.2.2 Grupo control.....  | 59        |
| 4. Discusión.....   | 60        |
| 4.1 Dificultades encontradas en la medición.....                                      | 60        |
| 4.2 Eficacia del programa.....  | 61        |
| 4.3 Conclusiones e implicaciones de futuro.....                                       | 64        |
| <b>REFERENCIAS.....</b>   | <b>66</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>  | <b>72</b> |

## **PARTE I: INTRODUCCIÓN**

## **CAPITULO 1: EL TRASTORNO MENTAL GRAVE**

## 1.1 Definición de Trastorno Mental Grave.

Bajo este término se engloba una gama heterogénea de personas con características y necesidades muy diferentes y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social.

Quizás la definición más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso sea la que emitió el Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. en 1987 (NIMH, 1987), y que incluye tres dimensiones:

1. Diagnóstico: Se refiere a personas que sufren trastornos psiquiátricos graves, fundamentalmente esquizofrenia y otras psicosis (trastorno delirante); trastornos del estado de ánimo de especial gravedad (trastorno bipolar, depresiones graves) y algunos trastornos graves de personalidad (límite, paranoide y el esquizotípico).
2. Duración de la enfermedad y del tratamiento: Tiempo superior a los dos años.
3. Presencia de Discapacidad: Originalmente se determinó por la presencia de al menos tres de los ocho criterios que especificaba el NIMH, pero que posteriormente se sustituyeron por la existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medido a través del GAF (Global Assessment of Functioning APA, 1987), que indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar.

En resumen, la población enferma mental grave incluye a aquellas personas con trastornos mentales graves, que a consecuencia de los mismos presentan un deterioro en sus capacidades y en su nivel de funcionamiento psicosocial, lo que les lleva a tener dificultades para su desenvolvimiento autónomo en la comunidad y por tanto para su integración social.

## 1.2 Intervención en personas con Trastorno Mental Grave

La atención a las personas con trastorno mental grave ha sufrido grandes cambios a lo largo de la segunda mitad del siglo XX. Hasta hace pocos años, el modelo principal de intervención con esta población consistía en el internamiento en instituciones psiquiátricas durante largos periodos de tiempo, en ocasiones, de por vida. Estas instituciones (llamadas manicomios) suponían poco más que un lugar de asilo y custodia, donde las condiciones de hacinamiento, falta de intimidad y despersonalización contribuían más bien a la cronificación del trastorno y al deterioro personal y social que a su recuperación. (Hothershall, 1997).

En las últimas décadas, la situación ha cambiado sustancialmente hasta llegar a las redes de servicio que actualmente funcionan por ejemplo en nuestro país, denominadas Atención Comunitaria. Esta evolución en la atención de las personas con enfermedad mental ha ido paralela a la evolución del concepto de la psicología y la salud mental. Desde la división alma-cuerpo y su mutua influencia en la génesis de la conducta normal y anormal, de la antigua Grecia, pasando por las concepciones demoniacas de los trastornos mentales, predominantes durante la época medieval y el renacimiento, hasta la concepción actual, que supone una interrelación continua entre influencias psicológicas, biológicas y sociales. (Leahey, 2005). De ahí que el actual modelo de intervención implique una actuación bio-psico-social, a tres niveles: farmacológico, psicológico y social.

La intervención farmacológica es tradicionalmente el tratamiento principal en las personas con TMG. Sin embargo y a pesar de la investigación y propuesta de nuevos y mejores fármacos aún tiene numerosos inconvenientes, como control parcial de la sintomatología o los cuantiosos efectos secundarios, a menudo tan incapacitantes como la propia sintomatología. En el apartado

siguiente nos centraremos en la intervención que nos ocupa, esto es, la intervención psicosocial.

### 1.3 Rehabilitación psicosocial

Los servicios y programas de rehabilitación psicosocial son esenciales para la adquisición y recuperación de habilidades necesarias para la vida normalizada en la comunidad; el apoyo flexible y continuado es necesario para favorecer una integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares. Se orienta fundamentalmente a la mejora del funcionamiento personal y social, de la calidad de vida y al apoyo a la integración comunitaria de las personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas.

El foco principal de la rehabilitación es el funcionamiento de la persona en su entorno, la mejora de sus capacidades personales y sociales, el apoyo al desempeño de los diferentes roles de vida social y comunitaria, la mejora en la calidad de vida de la persona afectada y de sus familias y el apoyo a su participación social en la comunidad de un modo lo más activo, normalizado e independiente que sea posible. Esto se hace a través del abordaje de una serie de objetivos más concretos:

- Adquisición o recuperación de destrezas y habilidades que permitan al individuo un funcionamiento óptimo en la comunidad.
- Facilitar y potenciar la integración dentro de la comunidad, fomentando un funcionamiento lo más independiente y autónomo posible.
- Ofrecer el seguimiento, apoyo y soporte social que cada persona necesite para asegurar su integración en la comunidad.
- Prevenir o disminuir el riesgo deterioro psicosocial, institucionalización y marginalidad.
- Asesorar y apoyar a las familias para favorecer su competencia en el manejo de los problemas para mejorar la rehabilitación de sus familiares

afectados de enfermedad mental y su propia calidad de vida dentro del núcleo familiar.

Los principales componentes de la intervención en rehabilitación son los siguientes (Anthony, Cohen y Farkas, 1982; Farkas y Anthony, 1989):

- Evaluación funcional de las discapacidades y habilidades del usuario en relación con las demandas ambientales de su entorno concreto.
- Planificación sistemática, estructurada y flexible de todo el proceso de rehabilitación con cada usuario.
- Implicación y participación activa del sujeto y de su grupo de apoyo, especialmente la familia, en todas las fases del proceso de rehabilitación (evaluación, planificación e intervención)
- Entrenamiento específico, flexible y contextualizado de las habilidades que el sujeto necesita para manejarse en los diferentes ambientes concretos que configuran su entorno comunitario.
- Evaluación e intervención sobre el ambiente específico (físico y social) del sujeto para compensar las discapacidades existentes, promover su rehabilitación y ofrecer oportunidades de mejora de su integración social.
- Seguimiento, monitorización y apoyo del usuario en los diferentes contextos de su vida real.
- Intervención enfocada desde una perspectiva multidisciplinar y realizada en equipo.
- Coordinación y colaboración coherente entre los diferentes equipos y servicios que atienden al usuario.
- Evaluación planificada y sistemática de los resultados alcanzados y utilización de la misma para el ajuste de objetivos e intervenciones.

## 1.4 Recursos de Salud Mental en Andalucía

### 1.4.1 Dispositivos específicos

En nuestra comunidad, los dispositivos específicos para usuarios y familiares están recogidos en el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 (PISMA):

- 76 Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC). Las USMC son los dispositivos básicos de atención especializada a la salud mental, constituyendo su primer nivel de atención y con los que se coordinan el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental. Prestan una atención integral a pacientes de su ámbito poblacional en régimen ambulatorio o domiciliario.
- 14 Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J). Las USMI-J prestan una atención especializada, tanto en régimen ambulatorio como de hospitalización completa o parcial, a la población infantil y adolescente menor de edad, derivada desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia.
- 19 Unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM). Las UHSM atienden las necesidades de hospitalización en salud mental de la población, prestando una atención especializada en régimen de hospitalización completa y de corta estancia.
- 14 Comunidades Terapéuticas de Salud Mental (CTSM). Las CTSM son dispositivos asistenciales de salud mental dirigidos al tratamiento intensivo de pacientes con trastorno mental grave, derivados desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia, que requieren una atención sanitaria especializada de salud mental, en régimen de hospitalización completa o parcial, de media estancia.

- 9 Unidades de Rehabilitación de Salud Mental (URSM). Las URSM tienen por objeto la recuperación de habilidades sociales y la reinserción social y laboral, en régimen ambulatorio, de pacientes con trastorno mental grave, derivados desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia.
- 11 Hospitales de Día de Salud Mental (HDSM). Los HDSM son dispositivos asistenciales de salud mental, configurados como recursos intermedios entre las unidades de salud mental comunitaria y las unidades de hospitalización de salud mental. Prestan una atención especializada, en régimen de hospitalización diurna, a pacientes derivados desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia.

#### 1.4.2 Recursos comunitarios de apoyo social

En cuanto a los recursos comunitarios de apoyo social se distinguen entre los generales y los específicos.

##### 1.4.2.1 Recursos Generales

Al igual que el resto de la población, las personas con enfermedad mental tienen derecho al acceso a todos y cada uno de los servicios encuadrados dentro del sistema de bienestar social. Entre los más utilizados por parte de este colectivo destacan los siguientes:

- Servicios sociales (comunitarios y especializados), a través de los que se accede a las prestaciones de carácter general y a aquellas que establece la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
- Programas generales del sistema educativo que permiten compensar carencias formativas en general y particularmente en el ámbito del acceso al empleo (programas de “educación de adultos”, de garantía social...).

- Programas del Servicio Andaluz de Empleo, cuyo objetivo es incrementar la empleabilidad de las personas desempleadas (orientación profesional, prácticas en empresas, acompañamiento a la inserción...).
- Programas de apoyo al alojamiento de sectores desfavorecidos.
- Atención por parte de la administración de Justicia en la doble vertiente civil y penal. En ocasiones, las personas con enfermedad mental sufren de restricciones y dificultades para acceder a estas prestaciones, engrosando el capítulo de barreras sociales que les afectan. Por ello, desde distintas políticas generales se debe favorecer la inclusión social de este colectivo, de acuerdo a principios de recuperación y de ciudadanía plena.

#### 1.4.2.2 Recursos Específicos (FAISEM)

La Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM) tiene como principal objetivo desarrollar programas y actividades de Apoyo social para personas con trastorno mental grave en Andalucía, en coordinación con

Los servicios públicos de salud mental y con las distintas redes de servicios existentes en Nuestra Comunidad (servicios sociales, empleo, educación, etc.).

- Programa residencial: facilita alojamiento con distinto nivel de supervisión y apoyo:
  - Casas Hogar: dispositivos para un número de usuarios y usuarias entre 10 y 20 con menor nivel de autonomía, que disponen de personal durante las 24 horas del día.

- Viviendas Supervisadas: dispositivos para un máximo de 10 personas, que disponen de un mayor nivel de autonomía y con una supervisión variable según los casos y los momentos.
  - Plazas de “Respiro Familiar” y “estancias diurnas” en dispositivos residenciales.
  - Subprogramas de Atención Domiciliaria, los cuales incluyen distintos tipos de intervenciones de apoyo en el domicilio habitual de la persona.
- Programa ocupacional-laboral : promueve la inserción laboral a través del ejercicio de distintos niveles de actividad productiva:
- Talleres Ocupacionales.
  - Cursos de Formación para el Empleo.
  - Empresas Sociales, que facilitan oportunidades de empleo permanente y remunerado.
  - Subprogramas de Apoyo al Empleo en otras empresas del mercado abierto.

Como estructura de coordinación de ámbito provincial se cuenta con los Servicios Provinciales de Orientación y Apoyo al Empleo (SOAE) que, a su vez, ofrecen orientación y asesoramiento personalizado sobre empleo y formación.

- Programa de ocio y tiempo libre. En este programa participan de forma activa el movimiento asociativo de familiares y personas usuarias e instituciones locales, a través de los siguientes dispositivos y actividades:
- Espacios permanentes tipo Club Social.
  - Actividades de ocio y disfrute del tiempo libre.
- Programa de promoción y apoyo a entidades tutelares: promueve el funcionamiento de entidades tutelares para personas con enfermedad mental grave en las distintas provincias andaluzas.

- Programa de apoyo al movimiento asociativo de familiares y personas usuarias: contribuye a fortalecer estas organizaciones, promoviendo iniciativas de ayuda mutua, sensibilización, gestión de determinados programas de apoyo social y fomentando la participación de ambos colectivos en múltiples ámbitos de intervención.
- Programa de atención a personas con trastornos mentales graves en situación de marginación y sin hogar, desarrollado en coordinación con los dispositivos de salud mental, con los servicios sociales comunitarios y con diversas entidades ciudadanas.
- Programa de atención a la población penitenciaria con trastorno mental grave: a través del cual se desarrollan acuerdos de colaboración con el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla y proyectos de intervención conjunta con los servicios de salud mental, los Servicios Sociales y la Federación Andaluza de Familiares de Personas con Enfermedad Mental (FEAFES Andalucía), para personas con trastorno mental grave en establecimientos penitenciarios de Andalucía

### 1.5 Intervenciones psicosociales específicas

A continuación se listan las intervenciones psicosociales que han de estar disponibles para usuarios y familiares:

Áreas de intervención psicológica:

- Psicoeducación
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Terapia cognitivo conductual
- Rehabilitación cognitiva
- Economía de fichas

Áreas de intervención social

- Habilidades de la vida diaria
- Programas residenciales en la comunidad.
- Programas de ocio y tiempo libre.
- Programas de evaluación e inserción laboral.
- Programas de alojamiento alternativo.

#### Áreas de intervención a nivel de servicios

- Centros de día o centros de rehabilitación psicosocial
- Centros de salud mental comunitario
- Tratamiento asertivo comunitario
- Intensive case management
- Hospitales de día
- Case management

No es intención de este trabajo hacer un análisis pormenorizado de cada una de ellas, por lo que nos centraremos en las intervenciones relevantes para nosotros, a saber, las intervenciones psicológicas.

#### 1.5.1 Intervenciones psicológicas

Son las más ampliamente utilizadas y están presentes de un modo u otro en las antes mencionadas.

##### 1.5.1.1 Psicoeducación

La psicoeducación ha sido desarrollada para dotar a los pacientes de un mayor conocimiento y habilidades sobre la enfermedad y su tratamiento, considerando que estos permitirán un afrontamiento mas adecuado de la misma. Sus objetivos principales son:

- Proporcionar información actualizada y comprensible sobre la enfermedad mental.

- Mejorar la adherencia al tratamiento (farmacológico y psicosocial).
- Prevenir las recaídas (retrasar su aparición, o minimizar sus consecuencias).
- Favorecer la conciencia de enfermedad y disminuir el estigma asociado a la enfermedad mental.
- Promover el mayor grado de autonomía posible del paciente en todos los aspectos relacionados con su enfermedad.
- Normalizar y favorecer la relación terapéutica entre el paciente y los diferentes miembros del equipo.

#### 1.5.1.2 Entrenamiento en habilidades sociales

El entrenamiento en habilidades sociales está dirigido a incrementar la capacidad de afrontamiento y el funcionamiento social de personas con trastorno mental grave. Los usuarios serán entrenados en función de sus capacidades y déficits para que puedan adquirir habilidades que les permitan desenvolverse de una manera más segura, competente y gratificante en sus relaciones con los demás, reduciendo o eliminando por tanto los estresores ambientales y personales.

Los Entrenamientos en Habilidades Sociales incluyen un amplio rango de conductas que son importantes cada vez que un individuo interactúa con otras personas. Los programas para mejorar las habilidades sociales incluyen el entrenamiento en asertividad, comunicación, conversación, citas, entrevistas de trabajo, interactuar honestamente, autorrevelación y otros (Navarro, 2009).

#### 1.5.1.2.1 Modulo de Habilidades Sociales para vivir de forma independiente

Los módulos de este programa para la adquisición de habilidades para vivir de forma independiente (Modules of de UCLA Social and Independent Living Skills Program) han sido desarrollados por el doctor Robert P. Liberman y sus colaboradores de la Universidad de California en los Ángeles (UCLA-EEUU) desde finales de los años 80 hasta la actualidad.

Este programa parte de módulos independientes que pueden administrarse de forma conjunta o por separado, siendo en total nueve:

- Modulo de habilidades básicas de conversación.
- Modulo de control/manejo de la medicación.
- Modulo de control/manejo de síntomas y prevención de recaídas.
- Modulo de re-integración en la comunidad
- Modulo de control/manejo del abuso de sustancias (patología dual)
- Modulo de implicación de las familias en los servicios de salud mental
- Modulo de ocio y tiempo libre
- Modulo de relaciones interpersonales e intimas
- Modulo de habilidades aplicadas al trabajo

#### 1.5.1.3 Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una intervención psicológica que parte del supuesto de que la actividad cognitiva determina el comportamiento. Dentro de ella existen muchas diferencias al enfocar los aspectos cognitivos, ya que unos se centran en estructuras, creencias o supuestos básicos como

principales entidades causales de las emociones y la conducta y otros en procesos tales como solución de problemas, distorsiones cognitivas, o contenidos del pensamiento: autoinstrucciones, pensamientos automáticos, etc. Asimismo, existen importantes diferencias en las estrategias de intervención. A pesar de estas diferencias, se pueden señalar las siguientes características comunes a todas ellas:

- El cambio conductual se haya mediado por las actividades cognitivas. Es decir, la identificación y la alteración sistemática de aspectos cognitivos desadaptativos producirá los cambios conductuales deseados.
- La aceptación del determinismo recíproco entre el pensamiento, el ambiente y la conducta.
- La terapia está diseñada para ayudar a la persona a identificar, probar la realidad y corregir concepciones o creencias disfuncionales. Se ayuda a los pacientes a que reconozcan las conexiones entre las cogniciones, el afecto y la conducta, junto con sus consecuencias, para hacerles conscientes del rol de las imágenes y pensamientos negativos en el mantenimiento del problema.
- Las técnicas aplicadas en este enfoque son las de reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento autoinstruccional, etc. En general, en la modificación cognitivo-conductual se utilizan manipulaciones ambientales como en otros enfoques, pero aquí tales manipulaciones representan ensayos de feedback informativos o experimentos que aportan una oportunidad para que la persona cuestione, revalorice y adquiera autocontrol sobre conductas, sentimientos y cogniciones desadaptativas, al mismo tiempo que practica habilidades entrenadas.
- La relación terapéutica es colaborativa y se enfatiza el papel activo del cliente.

Se trata, por tanto, de animar al paciente a examinar la evidencia a favor y en contra de las ideas y/o pensamientos patológicos, desafiando los patrones habituales de pensamiento acerca de la creencia (por ejemplo, de las creencias delirantes o de las alucinaciones), y utilizando las capacidades de razonamiento y la experiencia personal para desarrollar alternativas racionales y personalmente aceptables.

#### 1.5.1.3.1 Terapia Psicológica Integrada para la Esquizofrenia (IPT)

La Terapia Psicológica Integrada para la Esquizofrenia (IPT) (Roder, Brenner, Kienzle y Fuentes 2007) es un programa de terapia grupal basado en la terapia conductual, que tiene como objetivo fundamental mejorar las habilidades cognitivas y sociales de las personas con esquizofrenia. Está formada por cinco programas: Diferenciación cognitiva, Percepción social, Habilidades sociales, Comunicación verbal y Resolución de problemas. Los objetivos generales de la IPT son: disminución de las alteraciones del procesamiento de la información y de los déficit cognitivos, la mejora de las capacidades de percepción de la realidad especialmente en situaciones interpersonales con alta carga emocional, la mejora de las estrategias de superación en asuntos vitales importantes para el paciente, la mejora de la capacidad de elaboración de solución de problemas, la ampliación del espacio vital del paciente y la mejora de la integración en áreas vitales importantes.

#### 1.5.1.4 Economía de fichas

La economía de fichas se sitúa dentro de los programas de modificación de conducta. La economía de fichas es una técnica de terapia comportamental en la cual el cambio deseado se logra mediante la administración de fichas de acuerdo con el desempeño en conductas predefinidas según un programa (Kazdin 1977).

Las economías de fichas empezaron siendo usadas para grupos grandes de sujetos con esquizofrenia durante los años sesenta y continuaron utilizándose paralelamente con las drogas, particularmente en los centros de rehabilitación.

La economía de fichas pretendía particularmente cambiar los síntomas negativos de la esquizofrenia - como baja motivación, baja atención y aislamiento social. Han venido siendo reemplazadas en su función primero por entrenamientos en habilidades sociales y de vida, y de manera más reciente, por entrenamientos en habilidades cognoscitivas (Slade 1989).

En el siguiente capítulo nos centramos en una breve revisión de las intervenciones planteadas en el presente trabajo.

## 1.6 Terapias contextuales

Durante los últimos años, ha emergido un amplio número de terapias psicológicas desde la aproximación o tradición conductual (e.g., Borkovec y Roemer, 1994; McCullough, 2000; Marlatt, 2002; Martel, Addis y Jacobson, 2001; Roemer y Orsillo, 2002). Steven Hayes (2004a, b) emplea la expresión “La Tercera Ola de Terapias de Conducta”, para referirse a un grupo específico de terapias surgidas recientemente desde la tradición conductual, que comparten algunos elementos y características comunes. También han sido denominadas Terapias de Tercera Generación (TTG). En palabras del propio Hayes la Tercera Generación de Terapias se encuentra:

*“Fundamentada en una aproximación empírica y enfocada en los principios del aprendizaje, la tercera ola de terapias cognitivas y conductuales es particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, y no sólo a la forma, enfatizando el uso de estrategias de cambio*

*basadas en la experiencia y en el contexto además de otras más directas y didácticas, Estos tratamientos tienden a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en lugar de tender a la eliminación de los problemas claramente definidos, resaltando cuestiones que son relevantes tanto para el clínico como para el cliente. La tercera ola reformula y sintetiza las generaciones previas de las terapia cognitivas y conductuales y las conduce hacia cuestiones, asuntos y dominios previa y principalmente dirigidos por otras tradiciones, a la espera de mejorar tanto la comprensión como los resultados”* (Hayes, 2004 b, p. 658).

Estas nuevas terapias no se centran en la eliminación, cambio o alteración de los eventos privados (especialmente la cognición o el pensamiento) con el objetivo de alterar o modificar la conducta de la persona. En lugar de esto, se focalizan en la alteración de la función psicológica del evento en particular a través de la alteración de los contextos verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos (e.g., Hayes et al., 1999; Luciano et al., 2004).

Dentro de las TTG se incluyen: *La Terapia de Aceptación y Compromiso* (Acceptance and Commitment Therapy o ACT; Hayes et al., 1999; Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Hayes y Strosahl, 2004; Hayes y Wilson, 1994; Luciano, 1999; Luciano, 2001; Luciano y Valdivia, 2006; Wilson y Luciano, 2002), *la Psicoterapia Analítica Funcional* (Functional Analytic Psychotherapy o FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991; Kohlenberg et al., 2005; Luciano, 1999), *la Terapia de Conducta Dialéctica* (Dialectical Behavior Therapy o DBT; Aramburu, 1996; Linehan, 1993a y b), *la Terapia Integral de Pareja* (Integrative Behavioral Couples Therapy o IBCT; Jacobson y Christensen, 1996; Jacobson, Christensen, Prince, Cordova y Eldridge, 2000) *la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness para la depresión* (Mindfulness-Based Cognitive Therapy o MBCT; Scherer-Dickson, 2004; Segal, Teasdale y Williams, 2004; Segal, Williams, y Teasdale,

2002), *la Terapia de Activación Conductual* (Jacobson, Martell & Dimigjian, 2001).

### 1.6.1 Terapia de Aceptación y Compromiso

La terapia de aceptación y compromiso (ACT) surge desde el conductismo radical en la década de los años noventa y tiene como referencia los principios del contextualismo funcional y la investigación experimental en lenguaje y cognición humana (Hayes et al., 1999). Según Pérez Álvarez (2002), esta terapia aporta entre otras cosas: una filosofía de vida, una perspectiva cultural sobre la que entender y tratar los trastornos psicológicos, y una alternativa psicopatológica en el denominado Trastorno de Evitación Experiencial. De una manera descriptiva las asunciones en que se basa el ACT son:

- El sufrimiento humano y el lenguaje: La experiencia de la dimensión sufrimiento-placer ha sido históricamente aceptada como parte intrínseca de la vida desde diferentes tradiciones religiosas así como por diferentes antropólogos, médicos, filósofos y literatos (Hayes, Stroschal y Wilson, 1999; Luciano, 2001; Wilson y Luciano, 2002). La paradoja reside en que con el devenir de los años y los adelantos en todos los campos de conocimiento humano, a la par que vivimos en un mundo más cómodo, seguro y fácil, más alejados del dolor y quizás precisamente por esto, nos hemos vuelto intolerantes a casi cualquier tipo de sufrimiento, incluyendo el psicológico. De esta forma las reacciones de malestar que experimentamos de manera natural ante acontecimientos dolorosos o negativos, son vistas como algo anormal, perjudicial o insoportable y encaminamos todos nuestros esfuerzos a deshacernos de ellas.

El vehículo de transmisión de la creencia impuesta de que no podemos ver realizadas nuestras vidas ni disfrutar de ellas mientras carguemos de algún

modo con el sufrimiento, es el lenguaje. El lenguaje ha sido señalado desde antiguo como el elemento que está en la base de la infelicidad humana, y, desde luego, de la felicidad. (Wilson y Luciano 2002). Durante la adquisición del lenguaje se van aprendiendo la relación entre la palabra y lo que ésta representa, de manera que llega a sobrepasar el contexto presente y adquiere función simbólica, con capacidad de evocar lo nombrado con la misma eficacia que si lo tuviéramos delante. Esto tuvo un enorme valor adaptativo cuando se trataba de advertir de posibles amenazas reales e inmediatas para la supervivencia. Sin embargo, en contextos más seguros el lenguaje puede convertirse en fuente constante ansiedad, al evocar o anticipar amenazas inexistentes, bien desde el exterior, con verbalizaciones sobre la situación o los demás; o desde el interior, a través de verbalizaciones sobre nosotros mismos. De esta manera *“el mundo de los pensamientos termina siendo mucho mas fuerte que la realidad”* (Barraca, 2005, p.47).

- La Teoría del Marco Relacional (TMR): se trata de una teoría reciente que trata de integrar conceptos aparentemente dispersos como la equivalencia, la conducta gobernada por reglas, la comprensión y otros fenómenos cognitivos. (Wilson y Luciano 2002). Resalta que el componente central en la psicología humana es el lenguaje que está presente en todos los asuntos humanos (Hayes et al, 1999; Wilson y Luciano, 2002). Lo principal de la TMR es que las personas aprenden a relacionar hechos por separado y en combinación, sin estar limitados por la forma. Una relación simple entre un nombre y un objeto es bidireccional y recíproca para el ser humano: cuando vemos un gato, pensamos en la palabra “gato”, y cuando pensamos la palabra “gato” imaginamos un gato real (Fletcher y Hayes, 2005). Esto implica que a través del lenguaje aquello con lo que interactuamos adquiere funciones que vienen dadas, no por sus características físicas sino por la historia de contingencias, y el marco de relaciones potenciadas socialmente. Esto permite que el organismo responda,

sobre la base de la clave abstraída, a un evento en términos de otro con el que no comparte elementos físicos en común, y que las funciones del primero se transformen en base a la aplicación de la clave abstraída en relación con el segundo. (Luciano y Valdivia, 2006). La consecuencia de ello que aquí nos ocupa, es que las personas derivan pensamientos y emociones sin condicionamiento expreso con aquello que las elicitó y aprenden a actuar de una manera rígida en relación a estos pensamientos y emociones, en función de su historia personal.

- Trastorno de Evitación Experiencial (TEE): es un fenómeno que ocurre cuando la persona no está dispuesta a ponerse en contacto con sus experiencias privadas particulares, e intenta alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona (Hayes, Wilson, Guifford, Follete y Strosahl, 1996). Surge como resultado de la adquisición del lenguaje, entre otras cosas por la bidireccionalidad de las relaciones vistas anteriormente entre la palabra y el objeto; la formación de reglas verbales y su generalización inapropiada y la consiguiente rigidez conductual.

El Objetivo del ACT, es tratar la evitación experiencial como una reacción excesiva a los contenidos cognitivos y emocionales invitando a los clientes a tomar contacto con ellos sin actuar para evitar, controlar o cambiar ningún elemento de la contingencia. (Ferro, 2000)

En resumen *“La terapia de aceptación y compromiso tomada como una única palabra, ACT - de actuar en el compromiso de uno con la vida, en dirección a los valores- es una terapia conductual, radical, analítica, contextual y consecuentemente funcional (...) Prácticas de vida que supone reaccionar a los problemas de un modo que no anule la vida misma. Es decir, tomando los escollos del camino de la vida – en cuanto funciones verbales aversivas- como parte inevitable del propio camino a recorrer, no convirtiendo en problemas psicológicos lo que no son mas que problemas de la vida”* (Luciano, 2001)

## 1.7 Psicodrama

El psicodrama supone un método para explorar problemas psicológicos y sociales, animando a los participantes a que actúen en los eventos relevantes de sus vidas, en lugar de solo narrarlos. La ejecución real de la interacción, con la intervención del cuerpo y la imaginación propios, como si la situación se estuviera desarrollando en el momento presente, traslada a la consciencia un sinnúmero de ideas y sentimientos por lo general inaccesibles a través de la mera recreación verbal de esa situación (Blatner, 1996). Se trata pues, de traer al aquí y al ahora acontecimientos pasados, presentes o futuros y representarlos espontáneamente de manera que se impulse al individuo a una nueva situación o a una nueva respuesta a una situación pasada (Moreno, 1995). Para ello la sesión psicodramática cuenta con una serie de elementos y fases.

### Elementos

- Protagonista: el protagonista se conforma como el eje de la dramatización, siendo autor y actor de su propia obra, situación que le brinda la oportunidad de desarrollar el argumento según sus propios pensamientos y sentimientos. *“Como regla se permite al sujeto una total espontaneidad de expresión. No ensaya por adelantado, sus acciones y roles emergen del calor del momento (...) El valor terapéutico se encuentra en la catarsis de la acción y siguiendo el análisis efectuado por el director, en la catarsis de la postacción”* (Moreno, 1995, p. 229). El protagonista puede emerger de manera espontánea, fruto de las interacciones con el grupo y el director durante el caldeamiento o puede ser seleccionado previamente por este último para representar una escena determinada.

- Escenario: Se denomina escenario al espacio psicodramático que permite el acontecer de una nueva realidad co-construida entre los integrantes del proceso grupal psicodramático. Este escenario se conforma como un lugar

sin tiempo, ni espacio, ni reglas, de manera que cualquier realidad pueda ser representada.

- Yo-auxiliar: Moreno llamó yo-auxiliar a cualquier persona, además del director, que participa en una representación psicodramática para ayudar al protagonista a explorar su problema. Se trata de un miembro del grupo que se encuentra en ciertos momentos a disposición del protagonista para interpretar los roles que le asigne y en estrecho contacto con él. Actúa de elemento terapéutico poniendo su propia espontaneidad, emociones y pensamientos al servicio del protagonista y la escena.

- Director: Es la persona que orchestra el psicodrama para ayudar al protagonista a explorar un programa. (Blatner, 1996). Busca que el protagonista a través de su acción pueda realizar un aprendizaje de observación, reconocimiento, reencuentro consigo mismo y elección de su propio camino, encontrando alternativas a su conflictiva, transformando en alguna medida su visión de ella.

- Auditorio: Son el conjunto de personas que se encuentran en torno al escenario. Está formado por pacientes y Yo-auxiliares y constituye el contexto social al que pertenece y del que emerge el protagonista. Su presencia proporciona riqueza, intensidad y compromiso a los actos realizados en el escenario y posteriormente proporcionaran feedback al protagonista en función de su propio punto de vista.

- Tele: es un concepto fundamental en el psicodrama de Moreno, y lo define como “relación elemental que puede existir tanto entre individuos como entre individuos y objetos y que en el hombre se desarrolla paulatinamente desde el nacimiento como un sentido para las relaciones interhumanas (...) consiste en el sentimiento y el conocimiento de la situación real de las otras personas” (Moreno, 1975, pp. 49-50). Supone el encuentro de dos personas que

mutuamente cambian ojos para ver a la otra con sus propios ojos y dentro del cuadro existencial en que se encuentra. Como resultado se da una empatía mutua, aceptación profunda y amor sincero.

#### Etapas de una sesión psicodramática

**Caldeamiento:** El caldeamiento es un proceso que permite al individuo encontrar las condiciones óptimas para la acción. Desde el punto de vista de la dinámica grupal, el caldeamiento es un instrumento que fomenta la interacción entre los participantes, de manera que la comunicación se articule desde la atención puesta en el coordinador grupal hacia una horizontalización de la misma, centrándose en ellos mismos, sus temas e interrelaciones. El caldeamiento inespecífico ocurre al comienzo de la sesión, y facilita el contacto con el terapeuta y con el grupo para llevar a cabo una actividad en conjunto. El caldeamiento específico comienza cuando emerge el protagonista y va encaminado a prepararlo para conectar con la escena a representar y promover de una mejor dramatización de la misma (Rojas-Bermúdez, 1997)

**Acción:** La dramatización constituye el núcleo del psicodrama. En ella se interpretan personajes y se movilizan emociones, procurando la resolución o transformación de los conflictos planteados por el protagonista. A diferencia del teatro, en la dramatización no existe un guion a seguir por los actores, siendo el libreto articulado desde la propia historia de vida del protagonista (Rojas-Bermúdez, 1997).

**Sharing y cierre:** constituye la última etapa de cada sesión psicodramática, en la que se solicita a la audiencia opiniones y comentarios acerca de la escena, el protagonista y sus propias emociones. Se trata de integrar los aspectos individuales con los grupales y sus interacciones dentro del

marco de la sesión. El trabajo se realiza sobre el material del "aquí y ahora", un material concreto y compartido por todos y no referido a un pasado remoto.

En resumen El psicodrama es una forma de psicoterapia (o recurso psicoterapéutico) consistente en la representación (dramatización) por parte del paciente de acontecimientos pasados o futuros, reales o imaginarios, externos o internos, experimentándolos al máximo, como si estuvieran sucediendo en el presente. En estas representaciones se utilizan diversas técnicas dramáticas, guiadas por ciertos principios y reglas, y destinadas, según lo requerido por el proceso (Moreno 1995)

#### 1.8 Terapia de aceptación y compromiso y psicodrama

La terapia de aceptación y compromiso y el psicodrama presentan numerosos puntos comunes que permiten una integración teórica y práctica a fin de maximizar el beneficio terapéutico.

A continuación pasamos a detallar algunos de estos puntos:

- Lenguaje: en ACT el lenguaje se erige como el origen del sufrimiento humano, en tanto que se fusiona con la realidad y llega a elicitar de manera real aquello que solo está presente de palabra.

En el Psicodrama de Moreno (1995) nos dice: "Históricamente el psicodrama representa el punto decisivo en el apartamiento (...) del tratamiento del individuo con métodos verbales hacia el tratamiento con métodos de acción" y "el lenguaje no agota toda la psique, deja inutilizadas ciertas dimensiones. Era por tanto necesario encontrar un método capaz de realizar la síntesis de estas experiencias, de este magma, esta totalidad, de las "realidades desbordantes" del mundo *supra y preverval* (...) (Moreno, 1975, p. 17). También Blatner (1996, p.

1) dice “Los pacientes actúan los acontecimientos relevantes de su vida en vez de simplemente hablar sobre ellos”, restando así importancia al lenguaje en pro de la acción.

Por tanto en ambas terapias se usa el lenguaje no como elemento central si no accesorio, un instrumento con el que trabajar sobre otros objetivos.

- Focalización en el aquí y el ahora: ambas terapias tratan de focalizar la atención del paciente en el momento presente, enfatizando la aceptación de las emociones y pensamientos que surjan en cada situación.
- Desesperanza: una de las fases centrales de ACT consiste en crear un estado de desesperanza en el cliente, no respecto de si mismo, si no de las estrategias o formas estereotipadas de interactuar con los eventos que han demostrado no funcionar y que estrechan el rango de respuesta.

El psicodrama, por su parte, hace referencia a esta desesperanza, aunque no se la denomine como tal, haciendo hincapié en la espontaneidad del cliente, en *“inventar una solución en una situación nueva y difícil, o dar una nueva respuesta a una vieja situación”*. De esta manera *“toda la vida del individuo se pone en entredicho por el grupo de formación y de psicodrama”* (Shützenberger, 1979, p. 126). Yalom (1985, p. 231) a propósito del psicodrama y la dramaterapia dice: *“the instillation of hope is in itself therapeutic. But hope cannot just be given to people. They must discover hope for de future through their own practical efforts and experiences”*.

- Acción: la idea de acción como componente imprescindible queda clara en la Terapia de Aceptación y Compromiso, enfatizando el actuar en el

compromiso de uno con la vida, en dirección a los valores (Luciano, 2001). Por su parte, y como se ha mencionado anteriormente, el psicodrama invita a los clientes no ya a narrar sus problemas si no a representarlos, a actuar como si estuvieran ocurriendo en el momento, reavivando el pasado en el presente (Schuetzenberger 1979). De esta manera cada sesión supone una oportunidad de aprendizaje a través de la acción, bajo la dirección del terapeuta y con el respaldo del resto del grupo.

Consideramos pues, que presentan los suficientes puntos de unión para integrar ambas en un único protocolo de modo que actúen de manera complementaria y así maximizar los beneficios obtenidos sobre los pacientes. El objetivo último de tal integración sería por supuesto, la mejora general de los usuarios, con un aumento del grado de participación en la sociedad, mejora de la convivencia dentro del grupo familiar y una mejora de la calidad de vida.

La finalidad de la presente investigación consiste en comprobar si efectivamente mediante una combinación de ambas teorías se obtienen resultados positivos y se cumplen los objetivos mencionados.

## **PARTE II: INVESTIGACION EMPÍRICA**

## **CAPITULO 2: MÉTODO, RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

## 2. Método

En el presente trabajo hemos llevado a cabo una intervención en grupo en un centro de enfermos con trastorno mental grave y allegados, usando para ello las bases de la Terapia de Aceptación y Compromiso combinada con el psicodrama como técnica en ciertos puntos de la terapia. Creemos que el psicodrama es una herramienta apropiada para descubrir, explorar y destruir las barreras del paciente en relación a la consecución de sus valores y como experiencia de la inutilidad de las estrategias de control generalizadas y la desesperanza. El psicodrama en ACT puede ser empleado, por tanto, como una suerte de exposición a los eventos privados evitados en un ambiente seguro y controlado.

### 2.1 Participantes

La muestra estuvo compuesta por 12 participantes asociados a un centro de allegados y personas con enfermedad mental.

Para la selección de la muestra se obtuvo un registro de los socios usuarios que acudían con regularidad al centro (29) y se descartaron aquellos con un nivel de deterioro más elevado, por la incapacidad de comprender los instrumentos de evaluación, quedando el número de usuarios reducido a 25, de los que se recogieron las medidas pretest. Posteriormente se seleccionaron 12 participantes al azar y fueron asignados a los grupos (experimental y control) de manera aleatoria. Decidimos usar dos grupos de 6 sujetos, teniendo en cuenta la posibilidad de abandono, de manera que aún dispusiéramos de 4 ó 5 sujetos por grupo. Sin embargo todos ellos acudieron a todas las sesiones, de modo que no hubo abandonos.

El rango de edad de la muestra oscilaba entre los 32 y los 54 siendo la media de 46,16 años ( $dt=6,54$ ). La distribución por sexos y grupos queda recogida en la tabla 1.

| GRUPO        | N  | HOMBRES    | MUJERES   |
|--------------|----|------------|-----------|
| EXPERIMENTAL | 6  | 5 (83,33%) | 1(16,66%) |
| CONTROL      | 6  | 4(66,66%)  | 2(33,33%) |
| TOTAL        | 12 | 9(75%)     | 3(25%)    |

Tabla 1: Distribución de participantes por sexo y grupo

Los criterios de inclusión de los participantes fueron tener dificultades en el funcionamiento social y personal medido por la Escala Global de Funcionamiento, recogido de la historia clínica y entrevistas personales y por otra parte un patrón generalizado de evitación experiencial, medido a través del AAQ-2.

Como criterio de exclusión se tuvo en cuenta el funcionamiento cognitivo general obtenido a través de los trabajadores en contacto más estrecho con los usuarios (psicólogo, trabajadora social y monitores).

En cuanto al diagnóstico de los participantes está recogido en la tabla 2 junto con el tiempo de diagnóstico y hospitalización.

| VARIABLES                           | GRUPO EXP. | GRUPO CONTROL |
|-------------------------------------|------------|---------------|
| Edad (media)                        | 46,16      | 44            |
| Tiempo de hospitalización(días)     | 76,33      | 48,5          |
| Tiempo de diagnóstico (años)        | 17,66      | 22,83         |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                  |            |               |
| Esquizofrenia Paranoide             | 4          | 4             |
| Trastornos Mixto de la personalidad |            | 1             |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Trastorno Paranoide de la Personalidad</b>        |   | 1 |
| <b>Trastorno delirante</b>                           | 1 |   |
| <b>Patología dual (alcohol+episodios psicóticos)</b> | 1 |   |

**Tabla 2: Edad, tiempo de hospitalización y diagnóstico**

## 2.2 Centro

El centro donde se realizó la investigación es una asociación para enfermos y allegados de personas con trastorno mental (Asaenec) situado en Córdoba. Cuenta con 222 socios, de los cuales 109 son usuarios y el resto allegados. Se trata de una asociación sin ánimo de lucro, y en ella se llevan a cabo programas destinados a familiares y enfermos con el objetivo de mejorar la calidad y esperanza de vida de las personas con enfermedad mental y de sus familiares, y defender y promover sus derechos y libertades.

## 2.3 Diseño

Se utilizó un diseño clínico experimental de comparación entre grupos con medidas pre y post.

El grupo experimental recibió un protocolo basado en ACT y Psicodrama, más las actividades recogidas en el PIR (Programa Integral de Rehabilitación) de cada participante. Este programa es pactado por la trabajadora social, el psicólogo y el propio usuario a su llegada a la asociación y revisado periódicamente en función de sus necesidades e intereses.

El grupo control se mantuvo a la espera y solo realizó las actividades recogidas en su PIR.

La aplicación del protocolo tuvo una duración de 6 semanas, con una frecuencia de una sesión semanal. Las sesiones tuvieron una duración de entre 90 y 120 minutos en función de los contenidos programados y el desarrollo de la sesión.

#### 2.4 Instrumentos

Los instrumentos utilizados en el estudio fueron aplicados a ambos grupos antes y después del programa.

**Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45):** (Davison, Bershadsky, Bieber, Silversmith, Maruish y Kane, 1997); Maruish, Bershadsky, y Goldstein, 1998). Es un instrumento de autoinforme de síntomas psicopatológicos de 45 ítems derivado del SCL-90. Consiste en nueve escalas de 5 ítems cada una que evalúan las mismas dimensiones que el SCL-90, a saber hostilidad, somatización, depresión, obsesión-compulsión, ansiedad, sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y puntuación total, minimizando el solapamiento entre las dimensiones.

Actualmente no existen datos normativos para población clínica en España, sin embargo Sandin et al. (2008) presentan las medias en población no clínica. Los datos vienen recogidos en la tabla 3.

| <b>SA-45 (escalas: rango 0-20)</b> | <b>Media (DT)</b> |
|------------------------------------|-------------------|
| <b>Hostilidad</b>                  | 2,79 (3,4)        |
| <b>Somatización</b>                | 4,26 (3,7)        |
| <b>Depresión</b>                   | 5,32 (4,4)        |

|                                   |             |
|-----------------------------------|-------------|
| <b>Obsesión-compulsión</b>        | 5,53 (3,7)  |
| <b>Ansiedad</b>                   | 3,56 (3,8)  |
| <b>Sensibilidad interpersonal</b> | 5,67 (4,5)  |
| <b>Ansiedad fóbica</b>            | 1,83 (2,5)  |
| <b>Ideación paranoide</b>         | 4,53 (3,7)  |
| <b>Psicoticismo</b>               | 1,70 (2,2)  |
| <b>SA-45 TOTAL</b>                | 35,6 (25,6) |

Tabla 2: Media y Desviación típica del SA-45 en población no clínica

**Registro de malestar y acciones valiosas.** (Luciano, Gutiérrez, Páez & Vladivia, 2002). Consiste en 4 preguntas referentes a la intensidad del malestar, el esfuerzo empleado para eliminarlo, la fidelidad de las acciones del sujeto en relación a sus valores en los diferentes ámbitos de la vida y la valoración del día o la semana pensando en el significado que ha tenido para lo que considera importante en su vida. Las preguntas se contestaban dando una puntuación de 1 a 10, siendo los valores cercanos a 1 ausencia, poca intensidad o valoración, mientras que los valores cercanos a 10 indican mucha intensidad, esfuerzo o valoración. A efectos de análisis y comparación sólo hemos tenido en cuenta las dos primeras preguntas, debido a que eran las más relacionadas con nuestra investigación.

**Cuestionario de Aceptación Acción (AAQ II):** Adaptación al castellano de la segunda versión del Acceptance and Action Questionnaire (Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R. A., Carpenter, K.M., Orcutt, H.K., Waltz, T. & Zettle, R.D. En prensa). Adaptación realizada por Ruiz & Luciano (2009).

El AAQ II es una medida de la evitación experiencial y de la aceptación psicológica, recientemente relacionados con numerosos problemas de índole psicológica. Consta de una escala tipo Likert de 7 puntos donde a mayor puntuación le corresponde un mayor grado de evitación experiencial y menor aceptación.

Los datos normativos sitúan la media de la población clínica en 48, y de 32 en población no clínica.

## 2.5 Sesiones

El protocolo consistió en 6 sesiones grupales y el contenido de cada una estuvo basado en el manual de Wilson & Luciano (2002), y en técnicas concretas de psicodrama sacadas de numerosos manuales. El guión de cada sesión se detalla en apartados siguientes.

Dada la naturaleza del procedimiento no siempre era posible planificar al detalle el contenido de cada sesión, de manera que los terapeutas disponían tan solo de un guion del tema de ACT a tratar en la sesión, una lista de metáforas preparadas de antemano y una serie de técnicas psicodramáticas que podrían usar con uno u otro sujeto en función del desarrollo de la misma.

No obstante se procuró que cada sujeto representara al menos una escena psicodramática como protagonista a lo largo del todo el protocolo. La tabla 5 muestra un resumen de las técnicas psicodramática y la escena representada por cada participante.

## 2.6 Procedimiento

### 2.6.1 Fase inicial (selección de participantes y preparación de las sesiones)

Para la selección de los participantes durante las semanas anteriores se les fue informando, en función de su asistencia al centro, de la nueva intervención que iba a tener lugar, las características y la duración de la misma.

Durante las dos semanas anteriores al comienzo del programa se recogieron los datos correspondientes al SA-45, AAQ II y El registro de malestar y acciones valiosas de los usuarios interesados en asistir al programa (la totalidad de los usuarios que acudían con asiduidad al centro).

A continuación se llevó a cabo la selección de la muestra de manera aleatoria y se informó a los participantes del grupo experimental donde y cuando tendrían lugar las sesiones. Al grupo control se le informó de que ellos estarían en lista de espera y que pasarían por el programa después del primer grupo. En este grupo se aplicaron los mismos instrumentos que en el experimental y el tiempo de espera fue igual a la duración del programa, de manera que las mediciones se realizaron en ambos grupos al mismo tiempo.

#### 2.6.2 Aplicación del programa

Las sesiones tuvieron lugar durante 6 viernes consecutivos, por la tarde, con una duración entre 90 y 120 minutos en función de los contenidos y el desarrollo de la sesión. Todas las sesiones se realizaron en una de las salas para usos múltiples del centro, procurando sacar de ella el máximo mobiliario posible, a fin de disponer de buena parte de la sala para las representaciones psicodramática.

Antes de comenzar la primera sesión se ofreció a los participantes una hoja con información de los objetivos concretos del programa y el horario de las sesiones, y se les hizo firmar el consentimiento informado sobre el procedimiento que se iba a seguir. (Ver anexo 2 y 3)

En cada sesión estaban presentes los 6 usuarios seleccionados, un terapeuta y un coterapeuta.

Todas las sesiones se desarrollaban siguiendo el guion que se detalla a continuación.

#### 2.6.2.1 Guion tipo de una sesión

##### **Saludo y bienvenida**

Se les da la bienvenida a los participantes y se les agradece la asistencia y la puntualidad.

##### **Repaso de la semana**

Brevemente cada participante comenta como ha transcurrido la semana, si han realizado las tareas que se mandaron la semana anterior, si han tenido algún problema y si han experimentado algún cambio en relación a los valores definidos en las primeras sesiones.

##### **Repaso de la sesión anterior**

Se pide a los participantes que hagan un resumen de la sesión anterior extrayendo los componentes más importantes que recuerden. Los terapeutas los repiten dándole forma e integrándolos con los contenidos de sesiones anteriores.

##### **Presentación del contenido de la sesión**

Los terapeutas introducen el tema principal de ACT de la sesión y se establece un debate entre estos y los participantes, donde van surgiendo

experiencias personales de cada uno que brindan la posibilidad de trabajar el tema de la sesión aplicado a situaciones reales de los participantes.

Para ilustrar y clarificar el tema se ofrecen las metáforas y ejercicios oportunos relacionados con el contenido de la sesión.

### **Selección del protagonista, caldeamiento y representación de la escena y comentarios**

De las interacciones con los participantes y el debate sobre el tema se va perfilando un protagonista que es animado por los terapeutas a representar una escena determinada, relacionada con su problemática. Antes de la representación se lleva a cabo un breve caldeamiento físico, para preparar a los participantes y facilitar el paso de la palabra a la acción. Luego el protagonista selecciona a sus yoes –auxiliares y se representa la escena bajo la dirección del terapeuta.

Finalizada la escena brevemente se ponen en común las opiniones y emociones sentidas por los participantes, incidiendo sobretodo en la experiencia del protagonista.

Es importante comentar que tanto este punto como el anterior no están sujetos a un orden fijo dentro de la sesión, si no que se pueden ir intercalando en función de las necesidades de los participantes, el criterio de los terapeutas, el desarrollo y el ritmo de la sesión.

### **Resumen de los contenidos de la sesión**

Para finalizar la sesión los terapeutas hacen un repaso de los contenidos de la sesión, haciendo hincapié en los elementos más importantes.

## **Reparto de metáforas, tareas para casa y despedida**

Dada la naturaleza de la problemática de la mayoría de los participantes y los problemas de memoria asociados consideramos importante proporcionar un recordatorio físico que pudieran consultar cuando consideraran oportuno. Para ello al final de la sesión se hacía un reparto de las metáforas usadas cada día. Además decidimos darle un formato “de bolsillo” para que cada uno pudiera elegir la metáfora o metáforas que más se ajustaran a su perfil o más le gustaran y pudiera llevarlas consigo en la cartera o bolso.

Respecto a las tareas para casa, por experiencia con los usuarios del centro sabíamos que tenían poca disposición a realizar cualquier ejercicio que se mandara, así que decidimos pedirles únicamente que releyeran en casa las metáforas del día para afianzar los conocimientos de cada sesión, de manera que pudieran ir aplicándolos en su día a día.

Por último se les vuelve a agradecer la asistencia y se recuerda la fecha y hora de la siguiente sesión.

Los contenidos concretos de cada sesión pueden verse en los anexos.

### 2.6.3 Fase de postest

Después de la última sesión del protocolo se realizó la evaluación postest. En ella los participantes de todos los grupos completaron los mismos instrumentos que en la fase pretest.

## 3. RESULTADOS

### 3. Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos en los instrumentos utilizados. Este apartado se divide en 2 secciones: en la primera presentaremos la comparación por grupos de los resultados de cada una de las pruebas, y en la segunda parte expondremos los resultados individuales de cada sujeto del grupo experimental para un examen más detallado.

### 3.1 Análisis de las medias pre-postest. Comparación entre grupos

#### AAQ-II

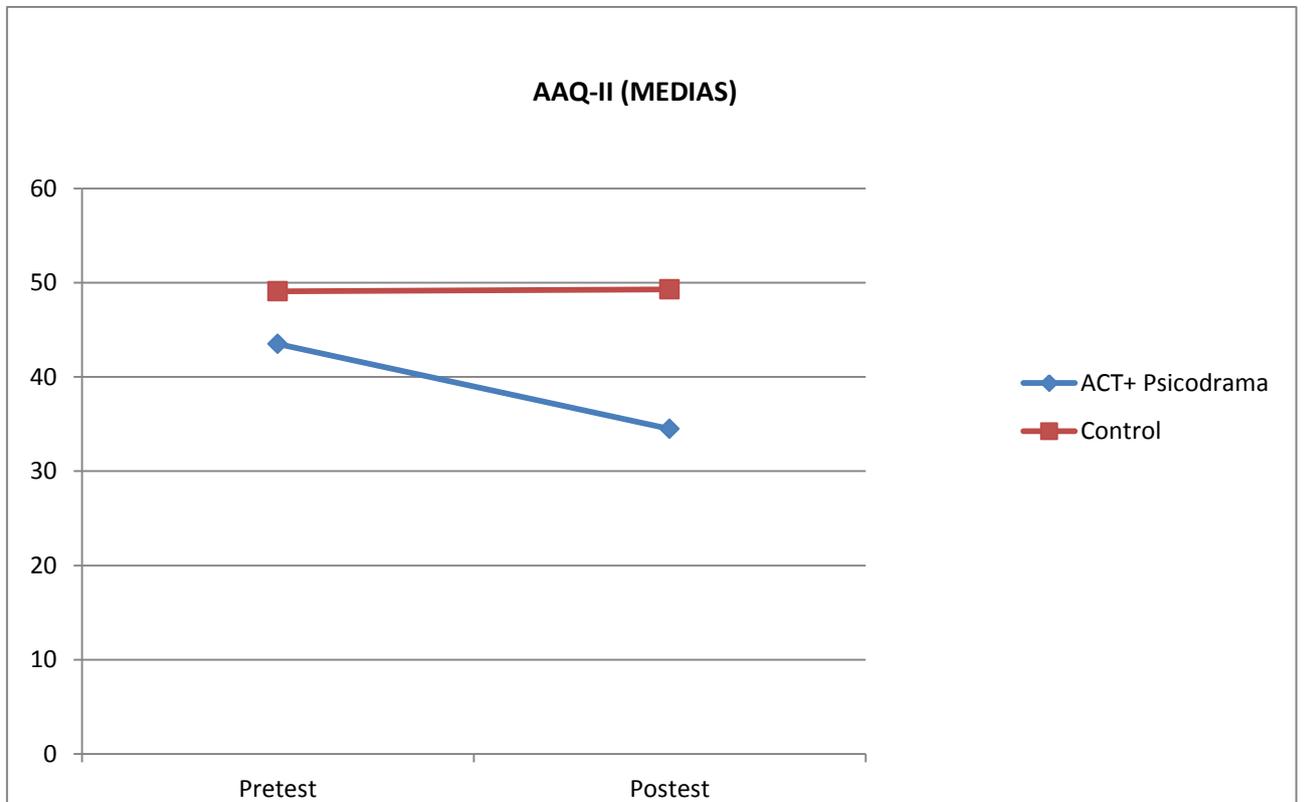


Figura 1: Medias por grupos pre-post AAQ-II

En esta gráfica podemos observar una disminución de la puntuación media postest en el grupo experimental del 20,69% (pre=43,5; post =34,5)

mientras que el grupo control se mantiene sin apenas cambio, con un aumento del 0,4% (pre=49,1; post=49,3).

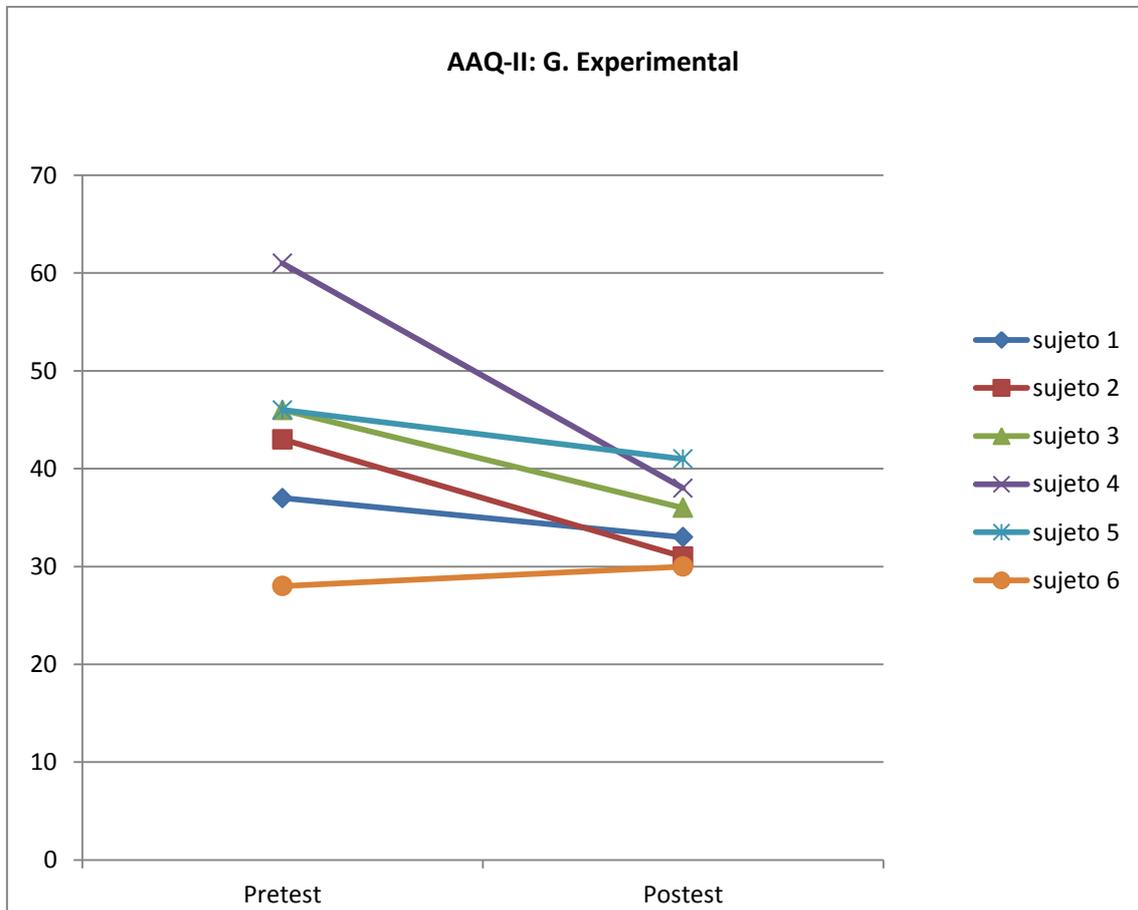
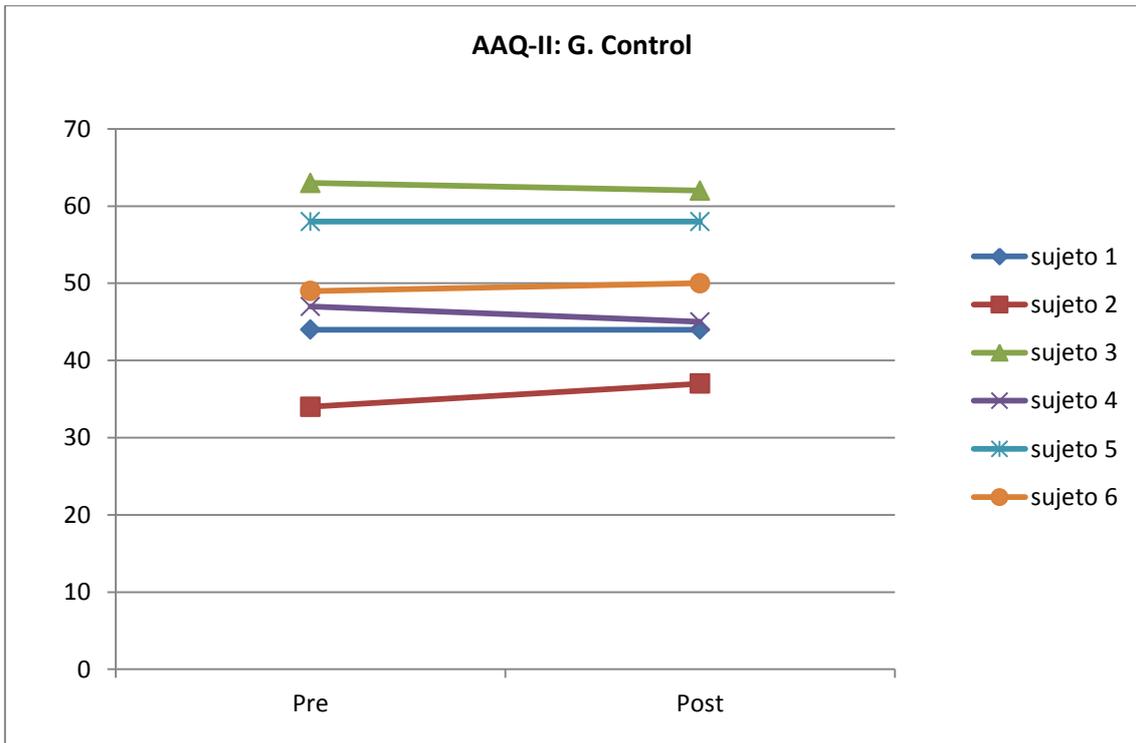


Figura 2: Puntuación AAQ-II pre-post por sujetos G. Experimental

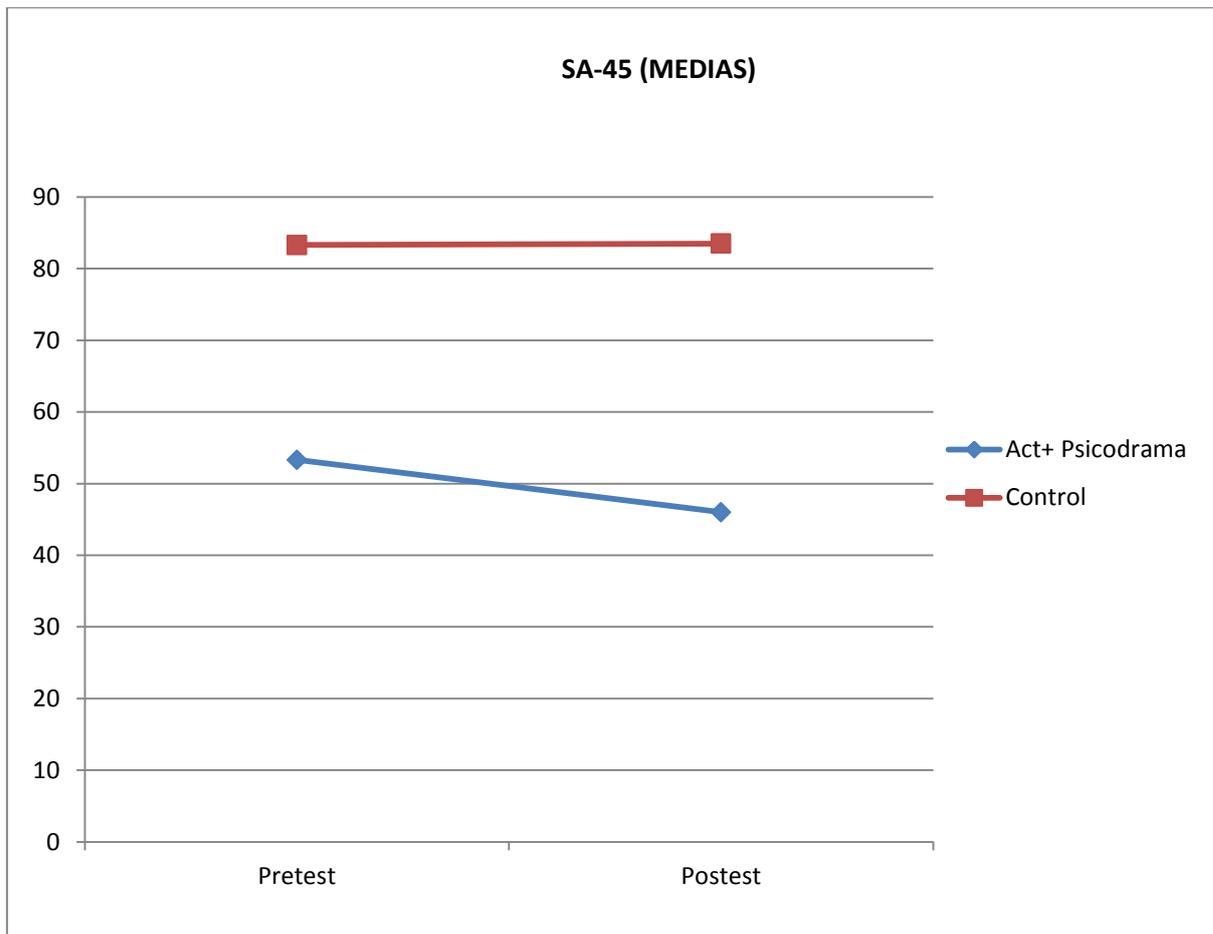
En esta gráfica se podemos ver la evolución de la puntuación de cada sujeto del grupo experimental. En todos los sujetos se produce una disminución de las puntuaciones en la medida posttest, de entre el 10,81% (sujeto 1) y el 44,26% (sujeto 4), excepto en el sujeto 6 que se produce un aumento de un 7,14% con respecto a la medida pretest.



**Figura 3: Puntuaciones AAQ-II pre-post por sujetos G. Control**

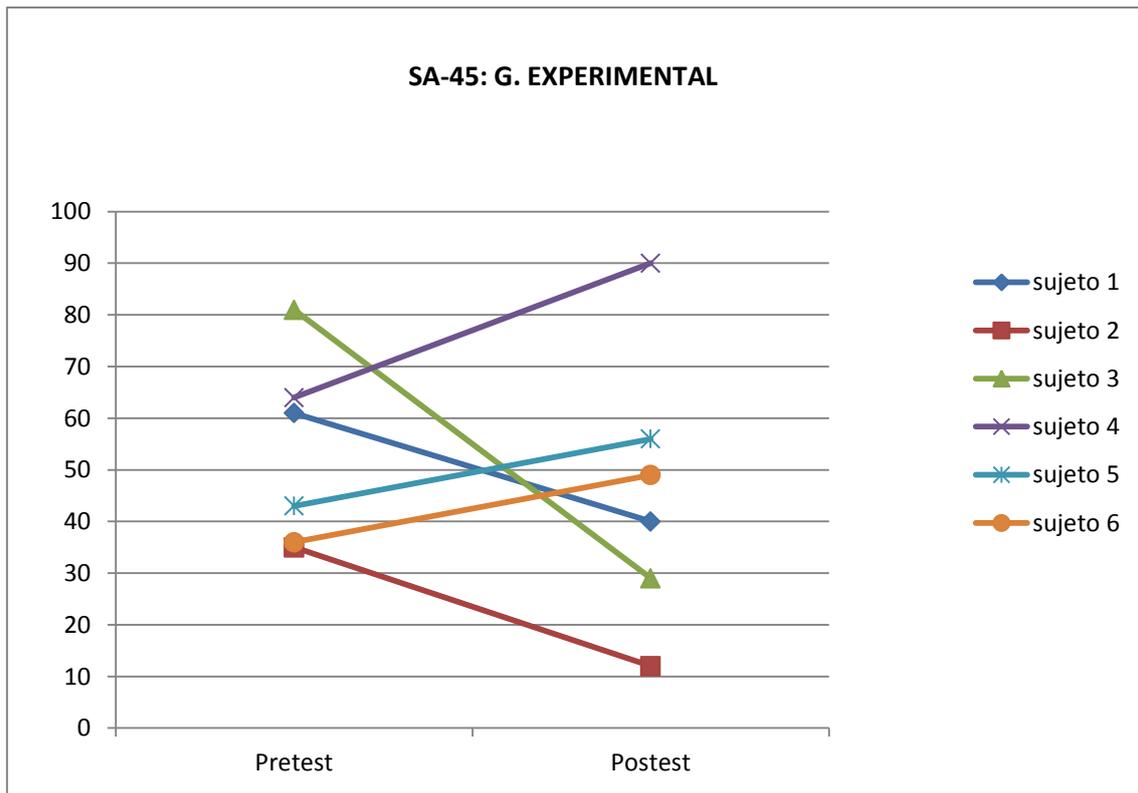
En las puntuaciones del grupo control vemos una tendencia a mantenerse más estable en la medida post, con ligeros aumentos de entre 2,04% (sujeto 6) y 8,82% (sujeto 2) y disminuciones entre 1,58% (sujeto 3) y 4,25% (sujeto 4). Los sujetos 1 y 5 se mantienen sin cambios.

## SA-45



**Figura 4: Medias por grupos pre-post SA-45**

En las medias del SA-45 observamos una disminución del 13,69% en las puntuaciones (sintomatología) en el grupo experimental (pre=53,3; post=46). El grupo control, por su parte tuvo un ligero aumento, del 0,24% (pre=83,3; post=83,5).



**Figura 5: Puntuaciones SA-45 pre-post por sujetos G. Experimental**

En cuanto a la sintomatología individual medida por el SA-45, vemos que en tres de los sujetos se produce una disminución de la puntuación, del 34,42% en el sujeto 1; 65,71% en el sujeto 2; y del 64,19% en el sujeto 3. Los sujetos 4, 5, 6 por su parte, experimentaron un aumento de la sintomatología del 40,62%, 28,26% y 36,11% respectivamente. En el análisis individual veremos las puntuaciones de los sujetos en cada una de las escalas del SA-45.

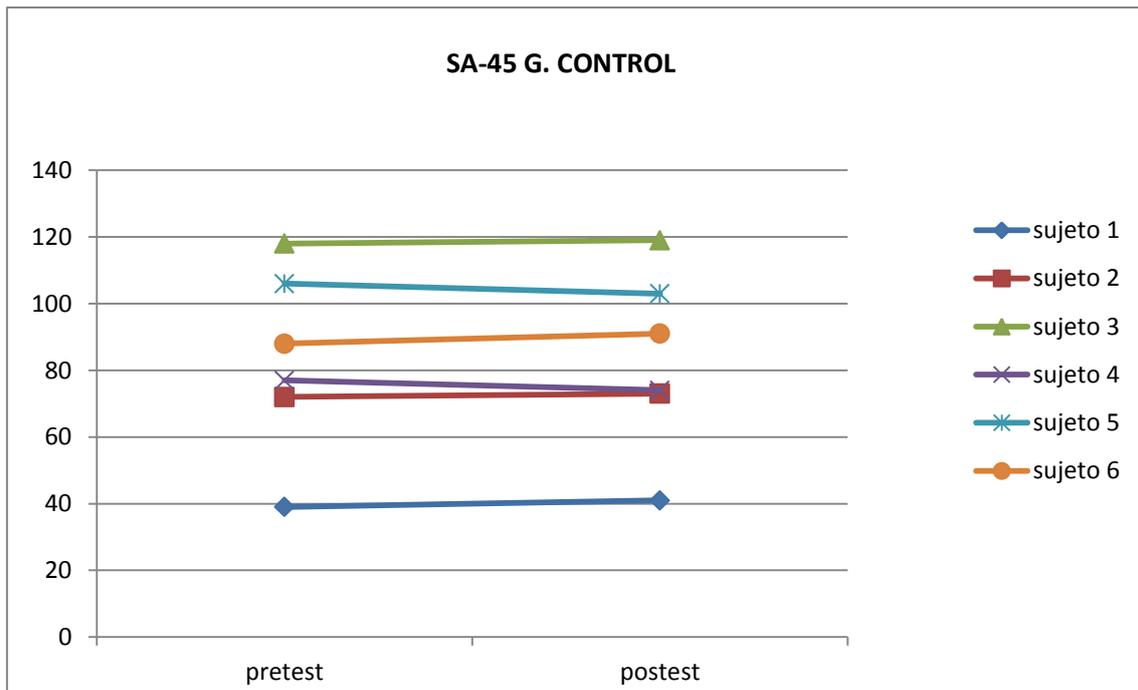


Figura 6: Puntuaciones SA-45 pre-post por sujetos G. Control

En las puntuaciones del G. Control en esta prueba podemos comprobar que apenas se producen cambios en ningún sujeto.

#### INTENSIDAD, FRECUENCIA DEL MALESTAR Y ESFUERO POR ELIMINARLO

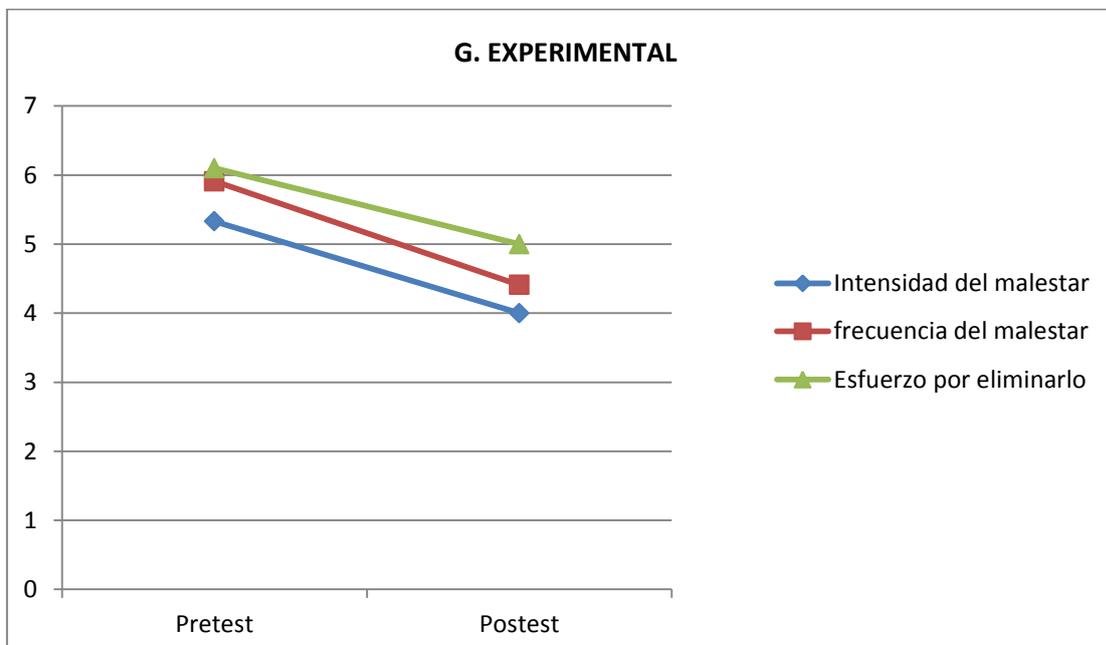
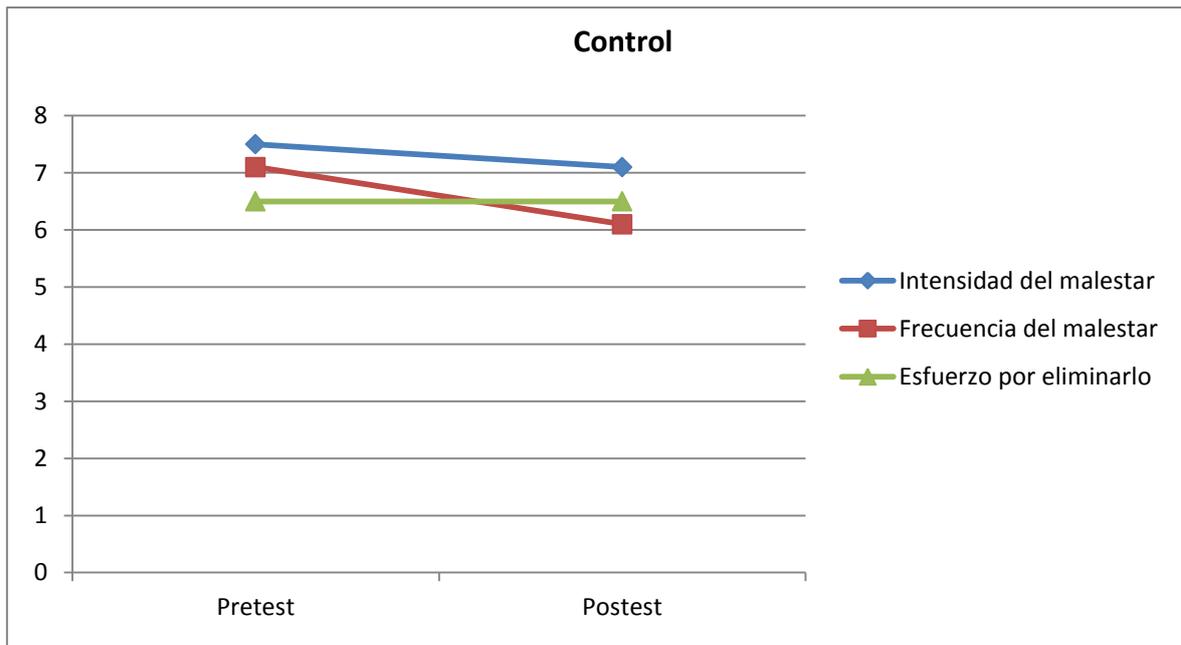


Figura 7: Puntuaciones del Registro de Malestar y Acciones Valiosas G. Experimental



**Figura 8: Puntuaciones del Registro de Malestar y Acciones Valiosas G. Control**

En las gráficas anteriores vemos que en el grupo experimental se produce un descenso tanto en la intensidad, frecuencia, y en el esfuerzo por eliminar el malestar, del 24,95%; 25,38%; 18,03% respectivamente.

En el grupo control se produce una disminución de la intensidad y la frecuencia del malestar del 14,8% y 5,3% respectivamente, mientras que el esfuerzo por eliminar el malestar se mantiene sin cambios.

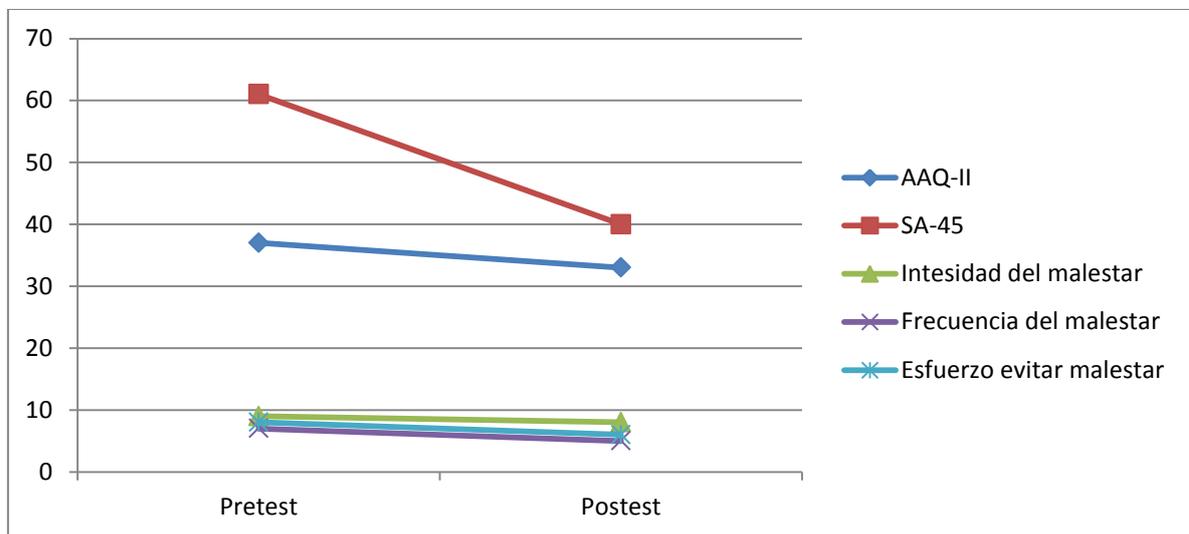
### 3.2 Análisis individual

A continuación se expondrán los resultados en los test de cada individuo, primero los sujetos del grupo experimental y luego los del grupo control, para un análisis mas exhaustivo. Todas las puntuaciones de los informes utilizados se representan en una misma grafica para obtener una vista global de cada uno de los participantes.

### 3.2.1 Grupo experimental

Sujeto 1: se trata de un hombre de 50 años de edad, con 23 años de diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Solo ha estado hospitalizado 2 días en total. Presenta buen ajuste premórbido, y una muy buena disposición a participar en todas las actividades propuestas por el centro y especialmente en las terapias. Tiene pareja estable desde hace más de 10 años. Sin embargo, en la fecha de la intervención estaba iniciando una complicada relación paralela con una chica 30 años mas joven, lo que a opinión de los trabajadores del centro, estaba influyendo muy negativamente en su salud mental, haciéndole parecer nervioso y alterado. Es miembro de varias asociaciones de mayores en las que contribuye de manera activa recaudando fondos, asistiendo a actos o ejerciendo labores de relaciones publicas.

En la siguiente gráfica se reflejan todas las puntuaciones obtenidas en los instrumentos utilizados.



**Figura 9: Puntuaciones Sujeto 1 G. Experimental**

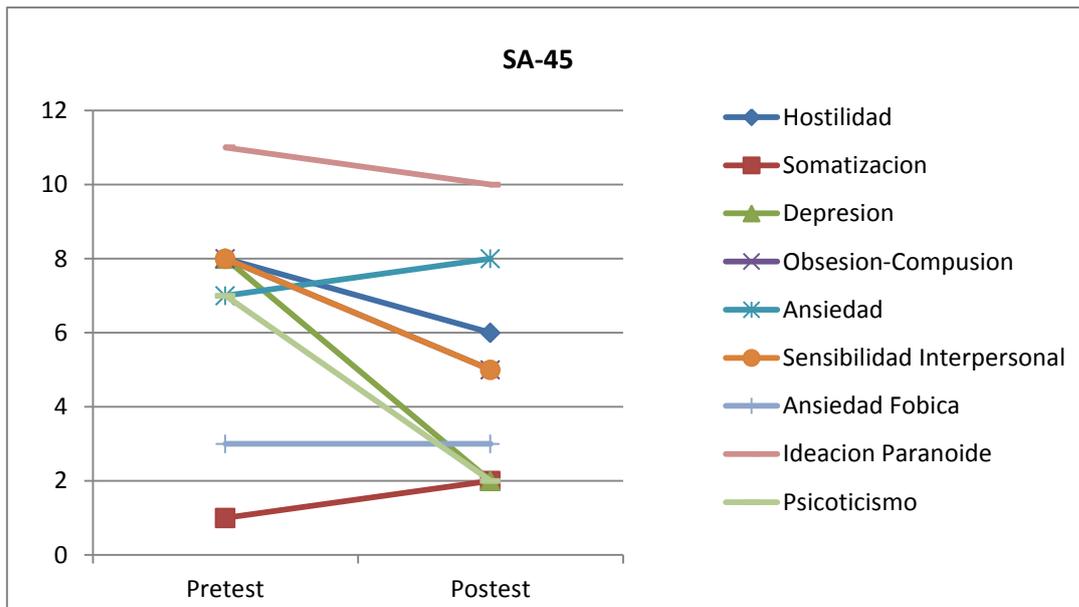
Podemos observar que se ha producido una disminución de la puntuación en todas las pruebas. Las puntuaciones en cada uno de los

instrumentos y la diferencia (numérica y en porcentaje) quedan recogidas en la tabla 4.

|  | <b>Pretest</b> | <b>Postest</b> | <b>Diferencia (%)</b> |
|--|----------------|----------------|-----------------------|
| <b>AAQ-II</b>                          | 37             | 33             | -4 (-10,81%)          |
| <b>SA-45</b>                           | 61             | 40             | -21 (-31,42%)         |
| <b>Intensidad del malestar</b>         | 9              | 8              | -1 (-11,11%)          |
| <b>Frecuencia del malestar</b>         | 7              | 5              | -2(-28,57%)           |
| <b>Esfuerzo por evitar el malestar</b> | 8              | 6              | -2 (-25%)             |

**Tabla 3: Puntuaciones, diferencia y porcentaje Sujeto 1**

Esta tabla muestra una importante disminución de todas las puntuaciones en la medida postest (superior al 10% en todos los casos).



**Figura 10: Puntuación SA-45 por escalas sujeto 1 G. Experimental**

Ésta gráfica representa las puntuaciones de cada una de las escalas de sintomatología del SA-45. En ella podemos destacar la disminución de la escala de depresión (75%); Psicoticismo (71,42%) y sensibilidad interpersonal (37,5%). Por otra parte, también se observa un aumento en la escala de ansiedad (14,28%) y somatización (100%).

Sujeto 2: varón de 32 años con 11 años de diagnóstico y 3 semanas de hospitalización con un cuadro de ideas delirantes. Soltero y con buen ajuste premórbido, aunque a raíz de los primeros brotes se reduce drásticamente su vida social, surgen complicaciones familiares y deterioro laboral. En la actualidad está recuperando su red social y está en proceso de buscar un trabajo a jornada parcial. En principio se muestra muy dispuesto a participar en la terapia, y durante las sesiones es participativo y colaborador. Sin embargo al atacar su principal problema (pensamientos neutros que le sobrevienen en determinadas situaciones, que no puede controlar y que le agobian) y proponérsele una manera de hacerles frente, (simplemente dejándolos estar) surgen reservas y dudas. Al finalizar la terapia refiere estar muy satisfecho y haber aprendido mucho de ella.

En la gráfica siguiente se recogen sus puntuaciones en los instrumentos usados.

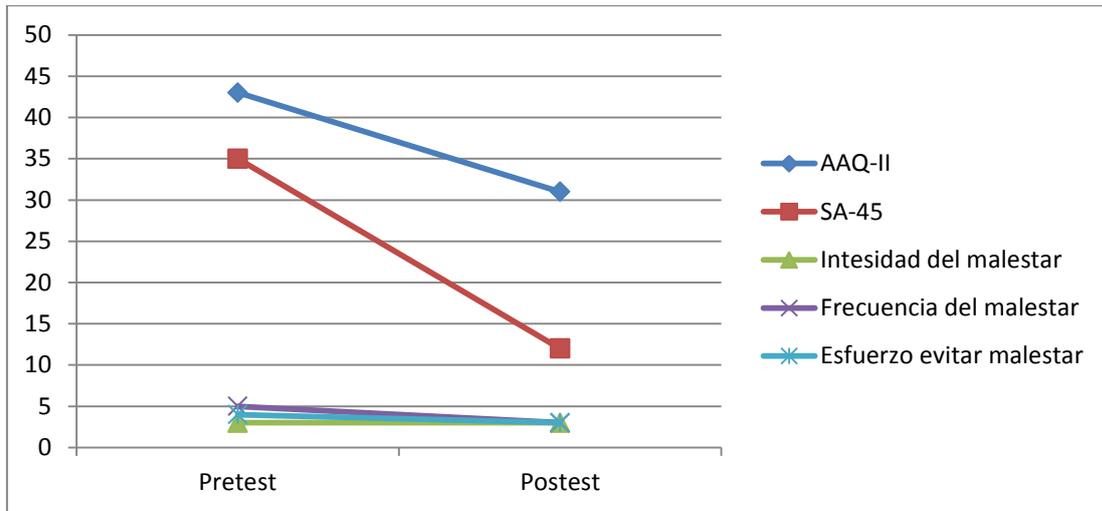


Figura 11: Puntuaciones sujeto 2 G. Experimental

En la figura 11 se aprecia una disminución más o menos pronunciada en todas las puntuaciones. Los datos numéricos están recogidos en la tabla 5.

|  | Pretest | Posttest | Diferencia (%) |
|--|---------|----------|----------------|
| <b>AAQ-II</b>                          | 43      | 31       | 12 (27,9%)     |
| <b>SA-45</b>                           | 35      | 12       | 23 (65,71%)    |
| <b>Intesidad del malestar</b>          | 3       | 3        | 0 (0%)         |
| <b>Frecuencia del malestar</b>         | 5       | 3        | 2 (40%)        |
| <b>Esfuerzo por evitar el malestar</b> | 4       | 3        | 1 (25%)        |

Tabla 5: Puntuaciones, diferencia y porcentaje, sujeto 2

La diferencia en porcentaje entre la puntuación pre y postest es superior al 25% en todos los casos, excepto la intensidad del malestar que se mantiene sin cambios.

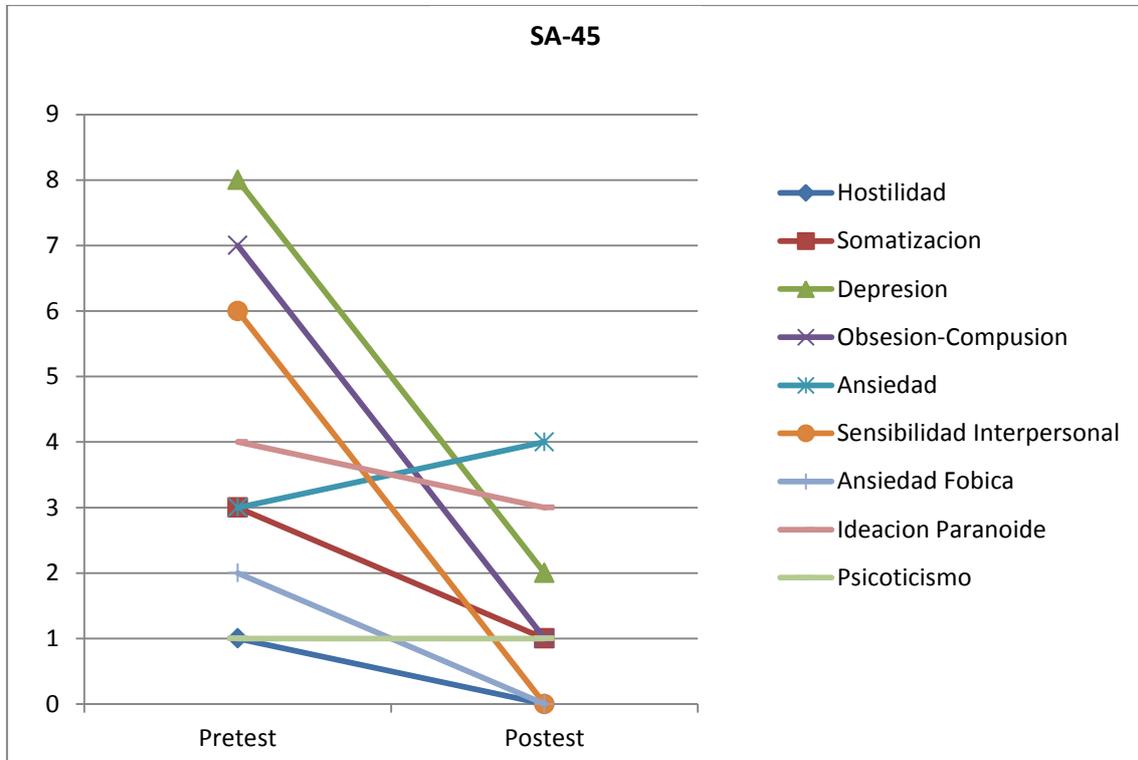


Figura 12: Puntuación SA-45 por escalas sujeto 2

De las puntuaciones del sujeto 2 en el SA-45 podemos destacar las escalas de hostilidad, sensibilidad interpersonal y ansiedad fóbica, que reducen su puntuación a 0 (reducción del 100%); depresión (reducción del 75%); y somatización (reducción del 66,66%). Por otra parte en la escala de ansiedad se produce un aumento del 33,33%.

Sujeto 3: hombre de 54 años, con 14 de diagnóstico de dependencia alcohólica con episodios psicóticos. Ha estado hospitalizado un mes y medio. Se trata de un hombre con un largo historial de abuso de alcohol. Se encuentra separado y cuenta con al menos una denuncia de su exmujer por malos tratos, lo que motivó la separación. Tiene dos hijas con las que únicamente tiene

contacto telefónico y que constituyen su principal preocupación y el motivo por el que acude todos los días a la asociación. Se muestra muy interesado en participar en la terapia, y muy participativo a lo largo de esta. A continuación se muestran sus puntuaciones.

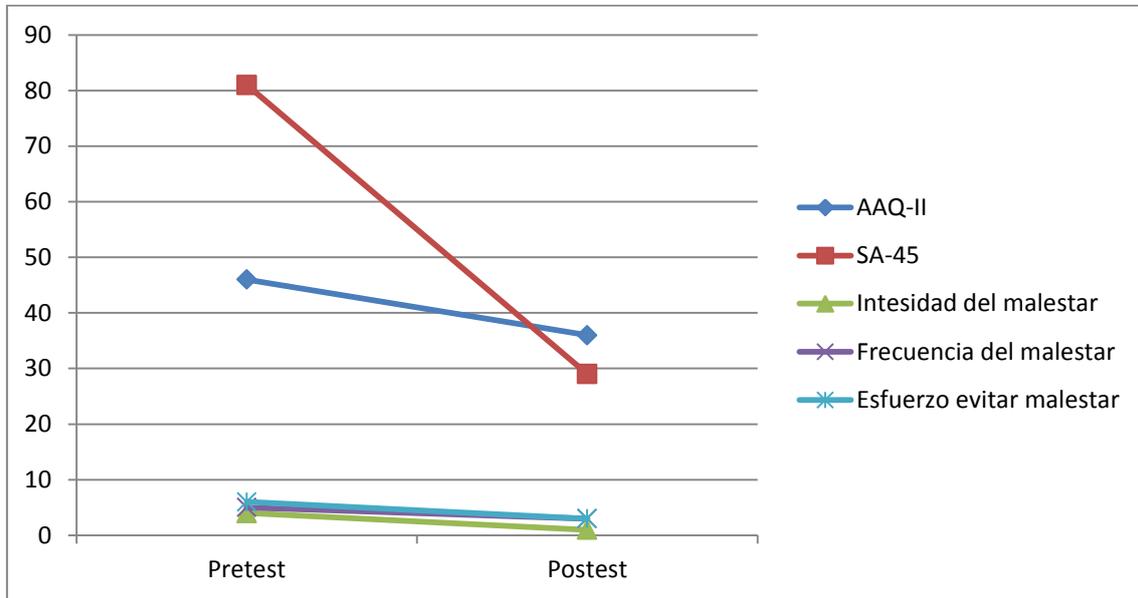


Figura 13: puntuaciones sujeto 3 G. Experimental

En esta gráfica se observa una disminución de todas las puntuaciones, especialmente en la sintomatología del SA-45 en la que se observa una reducción del 64,19%.

|                                | Pretest | Posttest | Diferencia (%) |
|--------------------------------|---------|----------|----------------|
| <b>AAQ-II</b>                  | 46      | 36       | 10 (21,73%)    |
| <b>SA-45</b>                   | 81      | 29       | 52 (64,19%)    |
| <b>Intensidad del malestar</b> | 4       | 1        | 3 (75%)        |

|  |   |   |            |
|--|---|---|------------|
| <b>Frecuencia del malestar</b>         | 5 | 3 | 2 (40%)    |
| <b>Esfuerzo por evitar el malestar</b> | 6 | 5 | 1 (16,66%) |

Tabla 6: Puntuación, diferencia y porcentaje sujeto 3

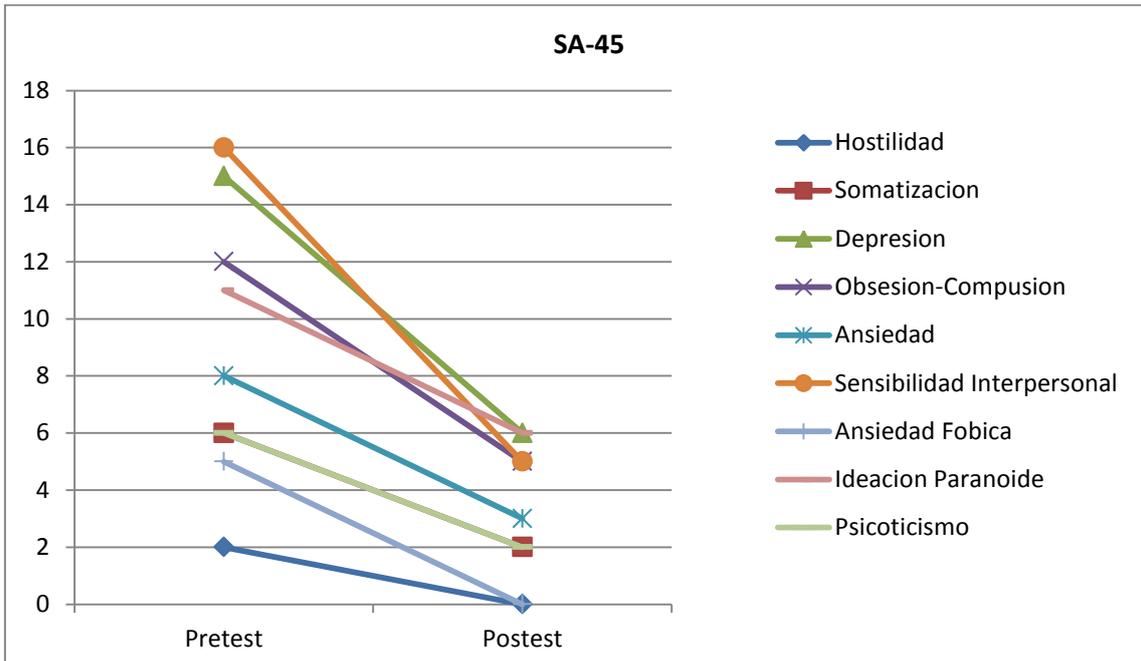
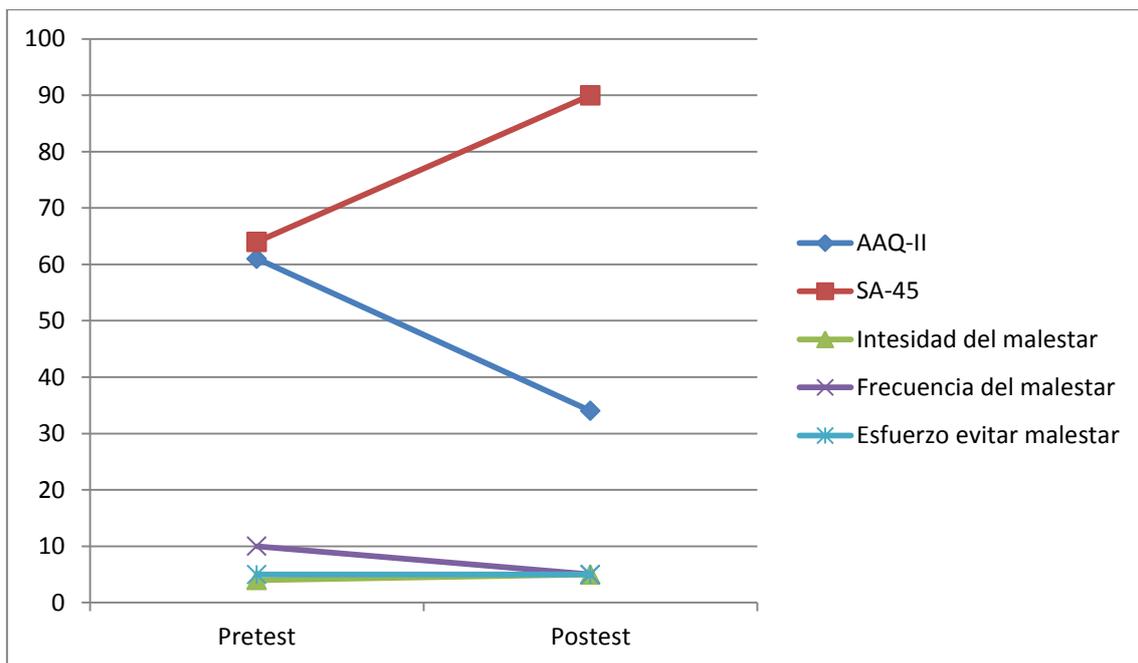


Figura 14: puntuación SA-45 por escalas sujeto 3 G. Experimental

El sujeto 3 disminuye su puntuación en casi todas las escalas del SA-45 en más del 50%. Podemos destacar especialmente la escala de hostilidad y la de ansiedad fóbica, en las que desaparece completamente la sintomatología.

Sujeto 4: mujer de 53 años, con una relación intermitente desde hace 3 años, 20 años de diagnóstico de esquizofrenia paranoide, sin hospitalizaciones. Se trata de una mujer con un buen nivel cultural, y diversos títulos en la rama sanitaria y educativa con los que estuvo ejerciendo en su juventud en España y Alemania. Fue ella misma la que detectó el primer brote y buscó ayuda. Con las sucesivas recaídas se produce una ruptura con su familia, al no considerarla ésta con autonomía suficiente para manejar sus asuntos y finanzas, aun

encontrándose fuera de crisis. Esto lleva a la usuaria a sentirse indefensa y se ve obligada a convivir con familiares que, según sus palabras la obligan a realizar todas las tareas domésticas, sin dejarla salir prácticamente de casa. La situación se resuelve cuando finalmente abandona el hogar familiar y se instala sola en un piso. A pesar de ello las rencillas con su familia constituyen el núcleo principal de su problema y a lo que vuelve continuamente durante las sesiones. Sus puntuaciones se reflejan en la figura 15.



**Figura 15: Puntuaciones sujeto 4 G. Experimental.**

En el sujeto 4 observamos por una parte una reducción en el AAQ-II y en la frecuencia del malestar, y por otra un aumento en la sintomatología medida con el SA-45, de la intensidad del malestar y del esfuerzo por eliminarlo. Los porcentajes están recogidos en la siguiente tabla.

|               | Pretest | Posttest | Diferencia (%) |
|---------------|---------|----------|----------------|
| <b>AAQ-II</b> | 31      | 34       | 27 (44,26%)    |

|  |    |    |               |
|--|----|----|---------------|
| <b>SA-45</b>                           | 64 | 90 | + 26 (40,62%) |
| <b>Intensidad del malestar</b>         | 4  | 5  | +1 (+25%)     |
| <b>Frecuencia del malestar</b>         | 10 | 5  | -5 (-50%)     |
| <b>Esfuerzo por evitar el malestar</b> | 5  | 10 | +5 (+100%)    |

Tabla 7: Puntuación, diferencia y porcentaje sujeto 4 G. Experimental

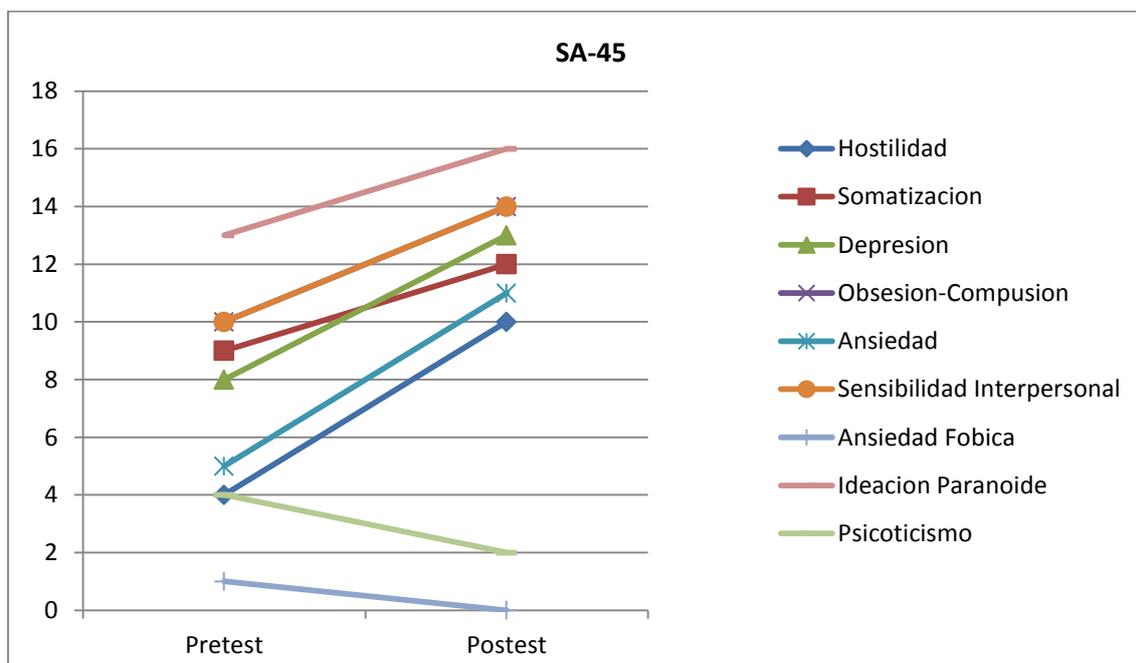
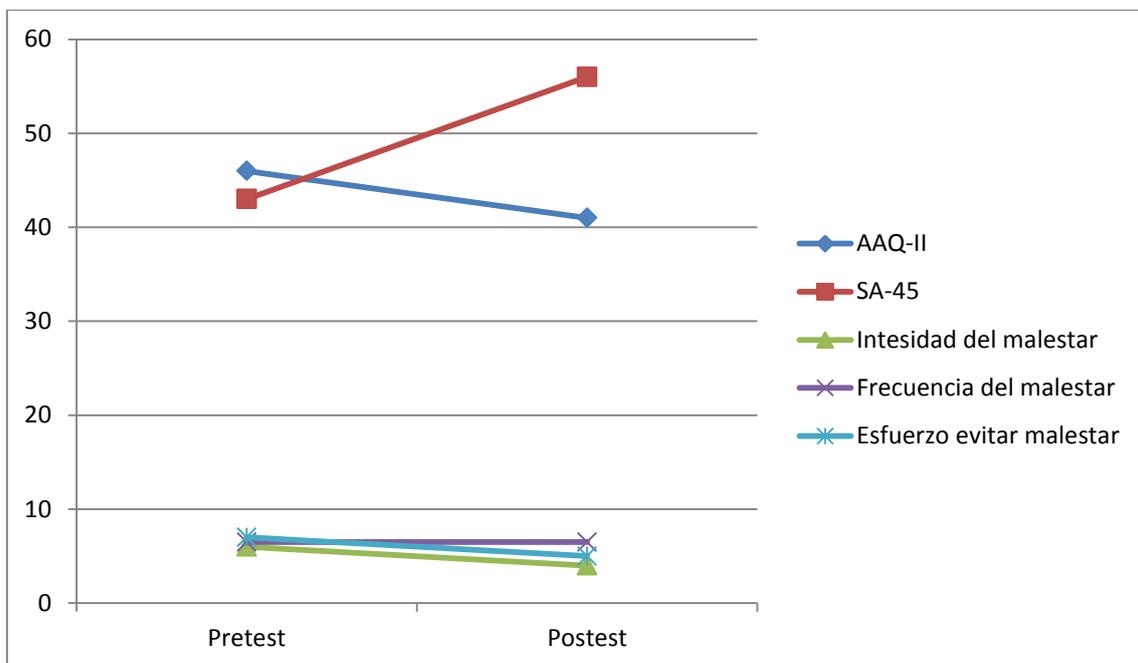


Figura 16: Puntuación SA-45 por escalas sujeto 4 G. experimental

En las escalas de sintomatología del SA-45 vemos un descenso de la sintomatología psicótica y la ansiedad fóbica (50% y 100% respectivamente) y un aumento de todas las demás escalas, de entre 33,33% de la escala de paranoidismo y el 150% de la escala de hostilidad.

Sujeto 5: hombre de 50 años, soltero, con 20 años de diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Ha sido hospitalizado un total de 10 meses. Este usuario es nuevo en el centro a comienzo de la investigación, por lo que la información de que se dispone sobre él (proporcionada por los trabajadores del centro) es considerablemente menor que del resto de participantes. A petición de su familia vive en un piso tutelado junto a otros enfermos mentales, y su principal meta y preocupación es recuperar la confianza de su familia y volver a convivir con alguno de sus hermanos. En las sesiones se muestra callado y reservado, aunque colabora en todo lo que se le pide. Al finalizar la terapia refiere estar contento de haber participado. Sus puntuaciones son las siguientes.



**Figura 17: puntuaciones sujeto 5 G. Experimental**

El sujeto 5 muestra un descenso en el AA-II, en la intensidad, y esfuerzo por evitar el malestar y un aumento en la sintomatología del SA-45. La frecuencia del malestar se mantiene sin cambios.

|  | Pretest | Postest | Diferencia (%) |
|--|---------|---------|----------------|
| <b>AAQ-II</b>                          | 46      | 41      | 5 (10,86%)     |
| <b>SA-45</b>                           | 43      | 56      | +13 (28,26%)   |
| <b>Intensidad del malestar</b>         | 6       | 4       | 2 (33,33%)     |
| <b>Frecuencia del malestar</b>         | 6,5     | 6,5     | 0 (0%)         |
| <b>Esfuerzo por evitar el malestar</b> | 7       | 5       | 2 (28,57%)     |

Tabla 8: Puntuación, diferencia y porcentaje sujeto 5 G. Experimental

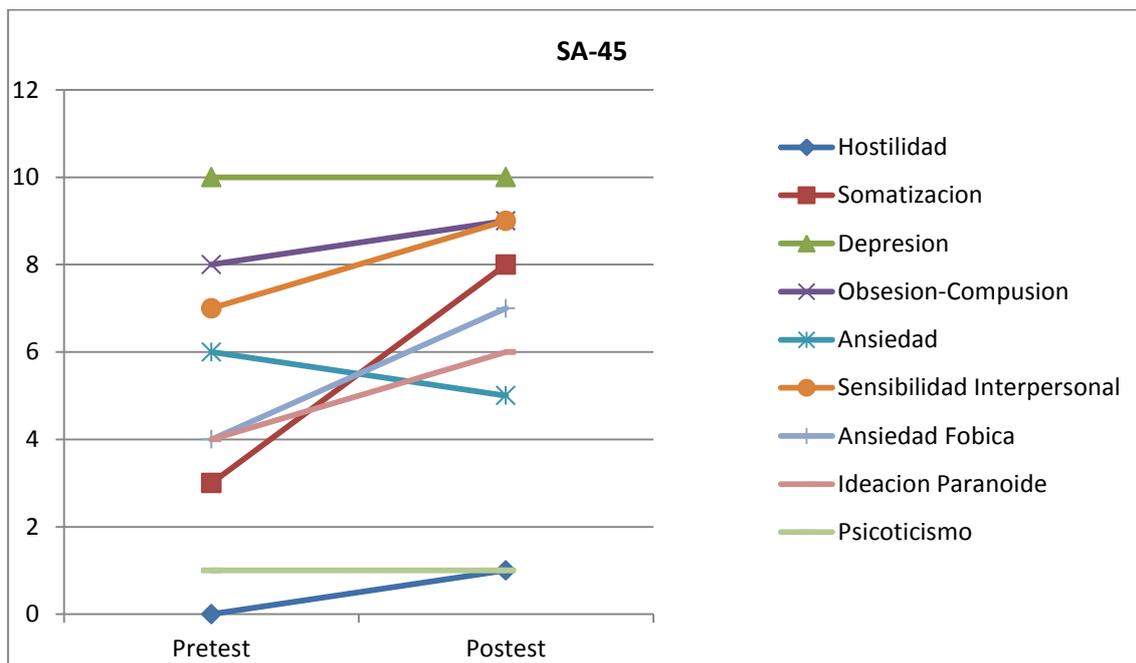


Figura 18: puntuación SA-45 por escalas sujeto 5 G. Experimental

Las puntuaciones en las escalas del SA-45 muestran por una parte un aumento en algunas de las escalas (hostilidad 100%; somatización 166,66%; 12,5%; Ideación paranoide 50%) y por otra una disminución en la escala de

ansiedad del 16,66%. La escala de hostilidad y Psicoticismo se mantienen sin cambio

Sujeto 6: hombre 43 años, soltero, con 18 años de diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Ha sido hospitalizado 3 meses en total. Este usuario es uno de los más veteranos de la asociación, a la que acude con regularidad y en la que participa activamente en todas las actividades propuestas. Además mantiene contacto con algunos miembros fuera de la asociación, compartiendo juntos actividades de ocio. Durante los años pasados en asociación ha pasado por programas y terapias llevados a cabo por numerosos profesionales o voluntarios, quizás llegando el punto de resultarle improductivos. Desde el comienzo se muestra muy dispuesto a participar en la intervención propuesta y toma parte en todas las sesiones con aportaciones personales, ideas u ofreciendo apoyo o consuelo a sus compañeros. A pesar de su buena disposición el programa no parece haber tenido en el nada más que unos ligeros efectos. Ofrecemos hipótesis al respecto en el apartado de discusión.

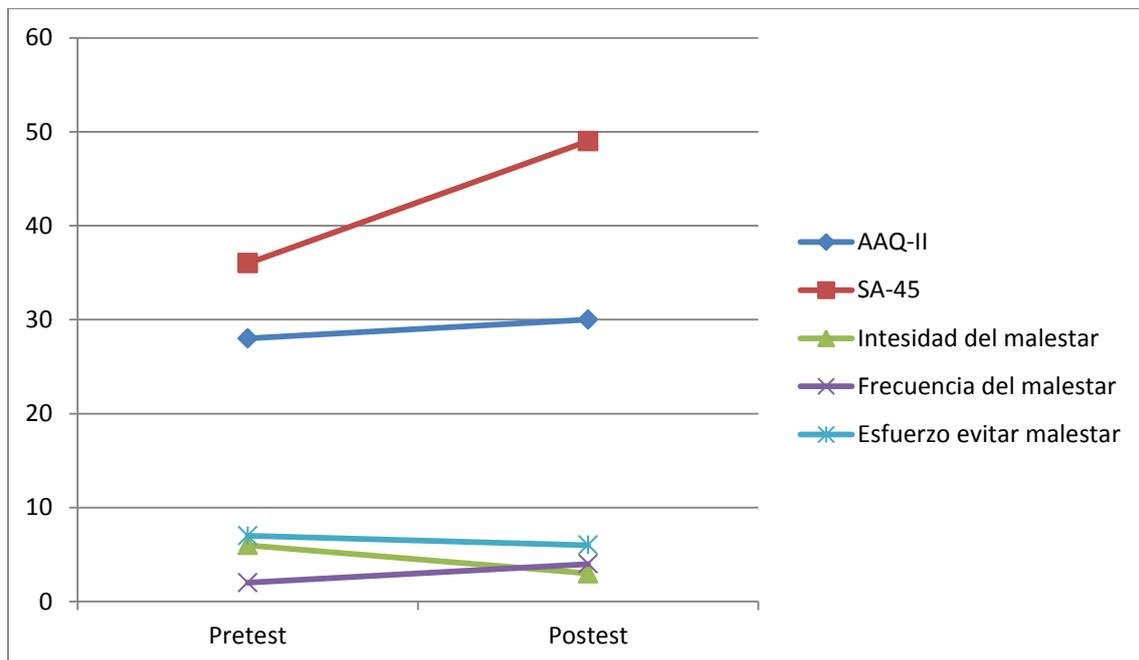


Figura 19: Puntuaciones sujeto 6 G. Experimental

En la gráfica resumen podemos ver que se produce un aumento de las puntuaciones en el AAQ-II, en el SA-45 y en la frecuencia del malestar. La intensidad del malestar y el esfuerzo para evitarlo disminuyen ligeramente.

|                                 | Pretest | Postest | Diferencia (%) |
|---------------------------------|---------|---------|----------------|
| AAQ-II                          | 28      | 30      | 2 (7,14%)      |
| SA-45                           | 36      | 49      | 13 (36,11%)    |
| Intensidad del malestar         | 6       | 3       | 3 (50%)        |
| Frecuencia del malestar         | 2       | 4       | 2 (100%)       |
| Esfuerzo por evitar el malestar | 7       | 6       | 1 (14,28%)     |

Tabla 9: Puntuación, diferencia y porcentaje 6

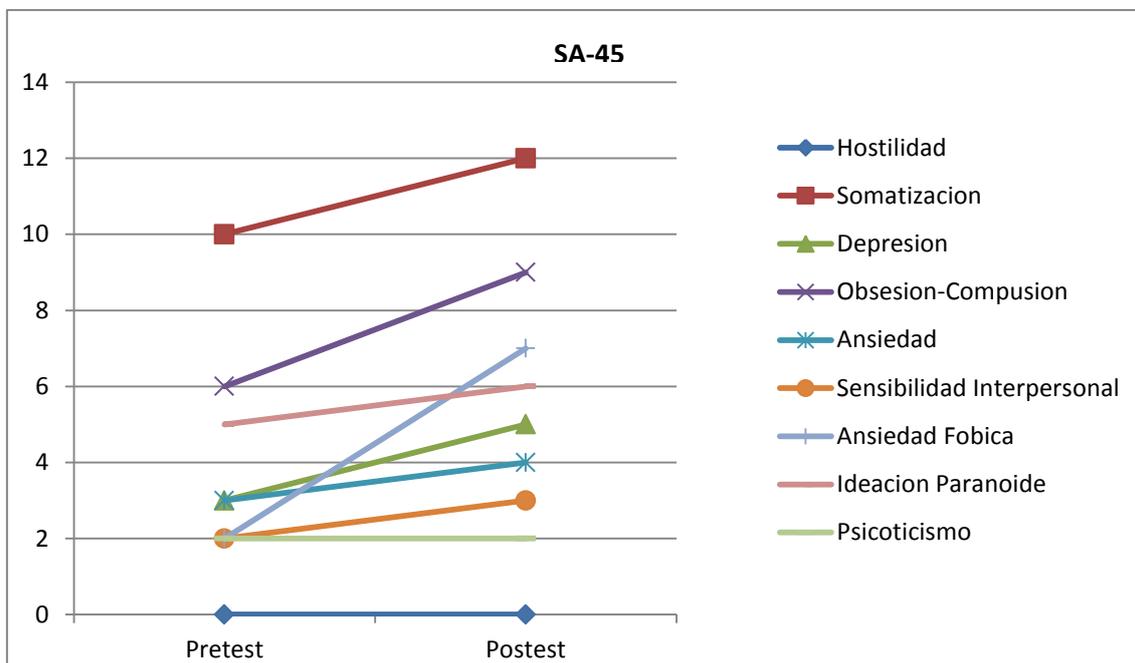


Figura 20: Puntuación SA-45 por escalas sujeto 6 G. Experimental

Las puntuaciones en las escalas del SA-45 muestran un gran aumento en la mayoría de las escalas (hostilidad 100%; somatización 166,66%; depresión sensibilidad interpersonal y Psicoticismo 50%; ansiedad 33,33%; ansiedad

fóbica 250% e ideación paranoide 20%). la escala de hostilidad se mantiene sin cambios.

Resumiendo: en los sujetos 1,2, 3 se producen considerables descensos de las puntuaciones en todos los instrumentos utilizados, mientras que los sujetos 4, 5, y 6 las puntuaciones postest aumentan. Intentaremos plantear hipótesis al respecto en la discusión.

### 3.2.2 Grupo control

Por motivos de espacio y ligereza en la lectura las gráficas y tablas individuales correspondientes al grupo control están incluidas en el Anexo 7.

#### 4. DISCUSION

El objetivo del presente trabajo fue comparar el efecto de una terapia contextual (ACT) incorporando técnicas psicodramáticas, con un grupo control al que no se aplicó ninguna terapia, en un grupo de sujetos con trastorno mental grave.

Como se ha comentado en apartados anteriores el ACT tiene como objetivo la aceptación del malestar al servicio de lo que es importante para el cliente, esto es, sus valores. El psicodrama por su parte, pretende una vivencia real de los conflictos y problemas del cliente en la terapia en lugar del mero uso de la palabra para hablar de ellos.

Los resultados de la investigación indican que en el grupo experimental se produjo una mejora general en los usuarios, por lo que la combinación ACT + psicodrama podría ser eficaz en grupos de pacientes con trastorno mental grave.

##### 4.1 Dificultades encontradas en la medición

###### AAQ-II

En lo concerniente a la medición a través del AAQ-II podemos señalar una serie de dificultades:

Los sujetos parecían tener problemas para comprender los ítems, especialmente los formulados a la inversa, lo que puede provocar diferentes tendencias de respuesta que aumenten o disminuyan la puntuación de forma artificial:

- Puntuaciones extremas en un sentido erróneo. (ej. Poner que siempre es verdad que hay problemas si recuerdan algo desagradable queriendo poner lo contrario).
- Puntuaciones centrales: en numerosos casos se ha observado que en las preguntas formuladas de forma inversa los sujetos tienden a contestar de manera central (puntuación 4). Esto puede ser debido a la dificultad para comprender el ítem y la incapacidad, por tanto, de adecuar la puntuación a sus creencias reales.

## SA-45

Con respecto a la aplicación del SA-45 podemos destacar varias cosas:

- Al medir la sintomatología en 9 escalas diferentes y constar cada una de varios ítems se puede ocasionar fatiga en los sujetos, según las verbalizaciones de los mismos, lo que puede afectar a la exactitud con la que se mide cada escala, especialmente las formadas por los últimos ítems del instrumento.
- Las puntuaciones recogidas se refieren a la última semana, por lo que están afectadas por los acontecimientos de la misma, independientemente de los avances o retrocesos que se produzcan consecuencia de la aplicación del programa.

En esta investigación se han realizado únicamente dos mediciones de la sintomatología, al principio y al final de la intervención, por lo que no se dispone de un registro semanal que permita observar la evolución de la sintomatología a lo largo de todo el programa. Así por ejemplo, creemos que el aumento de la sintomatología de algunos sujetos del grupo experimental fue debida a acontecimientos muy negativos ocurridos en esa semana, como comentaremos en el próximo apartado.

## Cuestionario de malestar y acciones valiosas

En el cuestionario de malestar y acciones valiosas también nos hemos encontrado con ciertos problemas en la comprensión de la información que se demandaba, lo que podría haber ocasionado problemas con la exactitud de las respuestas. Además hemos podido comprobar que presentaban los mismos problemas en las dos ocasiones en las que se recogió la información, por no existir recuerdo de la explicación o por no haberla entendido bien en primer lugar.

## 4.2 Eficacia del programa

A la hora de valorar la eficacia del programa es necesario tener en cuenta varios aspectos:

- Las limitaciones de la muestra: Dadas las dimensiones de la sala en la que iban a tener lugar las sesiones y las búsquedas en la literatura, consideramos 6 sujetos la cantidad máxima de participantes con la que podíamos trabajar por cada grupo, teniendo en cuenta las posibilidades de abandono de algún sujeto a lo largo del programa.

Por motivos de tiempo no pudo replicarse el programa con otro grupo, lo que hubiera permitido mejorar la validez a la hora de generalizar los resultados.

- Ausencia de grupos independientes a los que se administrara un protocolo ACT por una parte y uno de psicodrama por otro. De esta manera se hubiera podido establecer una comparación con nuestro programa y determinar si un protocolo ACT+Psicodrama supone algún tipo de ventaja o mejora con respecto a los programas aplicados en solitario.
- Ausencia de seguimientos: debido a las limitaciones temporales comentadas anteriormente no fue posible realizar un seguimiento para comprobar la estabilidad de los cambios ocurridos en las puntuaciones.

No obstante, a pesar de estas limitaciones, las comparaciones entre grupo control y experimental muestran una mejora de prácticamente todas las puntuaciones recogidas a favor del grupo experimental, especialmente en el AAQ-II y el SA-45. En cuanto a la frecuencia, intensidad y esfuerzo por evitar el malestar en el grupo experimental se observa una disminución de las tres puntuaciones, pero también en el grupo control, por lo que la diferencia la diferencia entre ambos grupos es menos pronunciada.

Los análisis individuales, sin embargo arrojan resultados contradictorios en algunas puntuaciones:

En el SA-45 los sujetos 1, 2,3 tuvieron un descenso muy pronunciado de la puntuación total. Por el contrario los sujetos 4, 5, 6 tuvieron un aumento igualmente notable. A este respecto barajamos diferentes hipótesis:

- Como ya se ha comentado en la descripción de los instrumentos, el SA-45 recoge la sintomatología referida a la última semana por lo que se ve influida por los acontecimientos mas recientes. En el caso del sujeto 4 en la última semana del programa experimentó una situación fuertemente negativa en relación a su familia, lo que determinamos constituye el

núcleo principal de los problemas del sujeto y a la vez fue identificado como su valor principal. Esta situación con su familia lo llevó a un estado de ánimo deprimido, según sus propias palabras, y pudo causar el aumento desproporcionado de las puntuaciones en la prueba, especialmente en las escalas de hostilidad, depresión y ansiedad.

El sujeto 6, por su parte lleva 18 años de evolución de la enfermedad, y durante los últimos 10 (desde que acude al centro donde realizamos la investigación) y según la información recogida de los trabajadores más antiguos del centro ha llegado a un nivel de “equilibrio” en el que no participa en ninguna actividad fuera del centro (salvo las salidas de ocio comentadas en apartados anteriores) y no realiza ningún avance en su vida (no intenta buscar trabajo, no tiene pareja y no se interesa por ampliar su formación o hacer actividades que supongan esfuerzo o aprendizaje). A cambio tampoco sufre las consecuencias negativas implícitas en el hecho de vivir. Este sujeto participa en todas las actividades propuestas por el centro (excursiones, senderismo, viajes...), sin embargo mantiene una barrera que le impide implicarse de una manera emocional, evitando con ello los costes que pudieran ir asociados. Pensamos que el aumento de sus puntuaciones en sintomatología se deben a que durante el programa se le “obligó” a trabajar de manera completa, involucrándose a todos los niveles, y accediendo a esa parte de sus emociones que había aprendido a mantener bajo control a lo largo de los años.

En cuanto al sujeto 5 creemos que el aumento de sus puntuaciones pudo deberse, al igual que con el sujeto 4, a una situación tensa en la familia. Este sujeto había sido recientemente obligado a trasladarse desde el hogar familiar, en el que convivía con su hermana, a un piso tutelado. Durante las sesiones reaflorecieron los sentimientos de rabia, impotencia y falta de cariño que experimentó a raíz de este episodio junto con un fuerte deseo de recuperar la confianza fraterna y volver a la vivienda familiar. Dada la brevedad del programa es posible que con este sujeto no consiguiéramos la comprensión e interiorización de la base de la terapia, esto es, la aceptación de los eventos privados negativos como parte de la vida mientras se procura una aproximación a los valores del cliente.

En el AAQ-II la mayoría de los sujetos del grupo experimental disminuye su puntuación en mayor o menor medida, excepto el sujeto 6 que sufre un ligero aumento, suponemos que por los motivos comentados anteriormente.

El grupo control por su parte experimenta pequeños aumentos o mantiene la puntuación.

En cuanto al registro de malestar y acciones valiosas los datos son menos claros pero parecen señalar una ligera mejora en el grupo experimental.

Cabe señalar la puntuación del sujeto 4, que experimentó un gran aumento en la sintomatología del SA-45, en este registro disminuye a la mitad la frecuencia del malestar, sin embargo aumenta la intensidad y el esfuerzo por evitarlo.

El resto de los sujetos muestran ligeras disminuciones de las puntuaciones, mientras que los sujetos del grupo control mantienen los valores o los aumentan.

A la luz de estos datos podemos concluir que existe una clara ventaja de un programa combinado de ACT+ Psicodrama frente a permanecer en un grupo de espera sin ningún tratamiento.

#### 4.3 Conclusiones e implicaciones de futuro

Este estudio se centra en comparar la eficacia de un programa combinado basado en ACT más el uso de técnicas de psicodrama, con un grupo control. En él se incluyen participantes con diferentes tipos de TMG, que tienen en común un patrón de evitación o distanciamiento de sus eventos internos negativos.

La diferencia con respecto a otros estudios consiste en la aplicación de ACT en grupo en lugar de individual y su combinación con técnicas de psicodrama para explorar y servir de exposición a las barreras de los participantes.

A continuación se detallan las conclusiones más importantes del estudio.

En primer lugar, las comparaciones entre grupos indican una clara ventaja del grupo experimental con respecto al control. Esta ventaja se

manifiesta en una reducción de la puntuación posttest en todas las pruebas aplicadas.

En segundo lugar, los análisis individuales revelan una disminución importante de las puntuaciones en todas las pruebas para la mayoría de los sujetos del grupo experimental, mientras que los sujetos del grupo control se mantienen sin apenas cambios.

En conclusión, parece ser que una intervención como la planteada en el estudio, basada en un protocolo de ACT combinado con técnicas de psicodrama, produce resultados positivos a nivel de evitación experiencial y aceptación psicológica; sintomatología y frecuencia, intensidad y evitación del malestar.

A continuación presentamos una serie de sugerencias de investigación e implicaciones de futuro.

Primero, en presente estudio la aplicación del programa de intervención tiene una duración total de seis semanas, lo que dado los años de evolución del trastorno de los participantes y su cronificación puede resultar insuficiente. Además una vez finalizado el programa no se han llevado a cabo ningún seguimiento que garantice la estabilidad temporal de las mejoras encontradas en el grupo experimental.

Segundo, la duración de las sesiones se reveló en ocasiones como insuficiente para tratar todos los contenidos planificados, promover la participación de todos los sujetos y llevar a cabo la escenificación dramática requerida. Esto supuso tener que acelerar el ritmo de la sesión y en una ocasión eliminar contenido y posponerlo hasta la semana siguiente. Conviene tener este dato en cuenta con objeto de realizar una mejor planificación, control del tiempo y mayor directividad durante las sesiones.

Tercero, por motivos de espacio y comodidad para trabajar, el tamaño de los grupos era necesariamente pequeño y al disponer únicamente de dos grupos (experimental y control) la muestra resulta excesivamente reducida, lo que influye sobre la generalización de los resultados. De cara a futuras investigaciones podría aumentarse el tamaño de la muestra llevando de manera paralela varios grupos experimentales y de control de similares características.

Cuarto, los resultados del estudio indican una ventaja del grupo experimental de ACT+Psicodrama frente al grupo control. Sin embargo al

carecer de grupos e comparación en los que se haya aplicado un protocolo de ACT por una parte y un protocolo de Psicodrama por otro, no es posible determinar si el programa combinado obtiene mejores resultados que cada uno de sus componentes por separado. En futuros trabajos se podría investigar sobre esta cuestión.

Quinto, en este trabajo solo se han tomado dos mediciones, antes y después de aplicar el programa y se usó un limitado número de instrumentos. En próximas investigaciones podrían llevarse a cabo mediciones semanales, para comprobar como van cambiando los datos a lo largo del programa y quizás podrían realizarse entrevistas individuales a los participantes sobre su evolución para establecer comparaciones entre sujetos.

Sexto, la formación de la terapeuta en las terapias usadas durante el estudio consistió únicamente en la lectura de manuales y artículos, pero no en práctica real ni como observador ni como terapeuta. Quizás un profesional con experiencia en este tipo de terapias podría obtener mejores resultados.

Sin embargo y a pesar de los errores y fallos durante el estudio, los participantes, tanto usuarios como terapeutas señalaron estar muy motivados para asistir semanalmente a las sesiones, y una gran satisfacción y aprendizaje al acabar el mismo.

Además, y como ya se ha comentado, los participantes obtuvieron resultados positivos en la comparación con sus puntuaciones antes y después de pasar por la terapia, y superiores a los del grupo control, lo que indica que una intervención como la nuestra, de tan solo 6 semanas de duración, resulta mejor que permanecer ese tiempo en un grupo de espera.

## REFERENCIAS

- Ancelin-Schuetzenberger, A. (1979). *Introducción al role-playing: el sociodrama, el psicodrama y sus aplicaciones en asistencia social, en las empresas, en la educación y en psicoterapia*. Madrid: Marova, D.L.
- Aramburu, B. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual*, 4, 123-140.
- Barraca, J. (2007). *La mente o la vida*. Bilbao: Desclée de Bruwer.

- Blatner, A. (1996). *Acting-In: Practical Applications of Psychodramatic Methods*. New York: Springer.
- Blatner, A. (2005). *Bases del Psicodrama*. México: Editorial Pax México.
- Blatner, A. (2005). *El psicodrama en la práctica*. México: Editorial Pax México.
- Borkovec, T.D. y Roemer, L. (1994). *Generalized anxiety disorder*. En R.T. Ammerman y M. Hersen (Eds.), *Handbook of prescriptive treatments for adults* (pp. 261-281). New York: Plenum.
- Cangas, A. J., & Ibáñez Rojo, V. (2010). *Nuevas perspectivas en el tratamiento del trastorno mental grave*. Granada: Alborán.
- Consejería de Salud. (2008). *II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
- Davison, M.K., Bershady, B., Bieber, J., Silversmith, D., & Kane, R.L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self report instrument for treatment outcomes assessment in settings: *Preliminary findings. Assessment, 4*, 259-276.
- Espina-Barrio, J.A. (2001). Integración del psicodrama con otras líneas teóricas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, XXI, 77*, 33-49.
- Ferro García, R. (2000). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema, 12 (3)*, 445-450.
- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy, 23*, 315-336.
- Hayes, S.C. (1989). *Rule-governed behavior: cognition, contingencies and instructional control*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S.C. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an individual psychotherapy manual for the treatment of experiential avoidance*. Reno: Context Press.
- Hayes, S.C., Barnes Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory. A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic.

- Hayes, S. C., Follette, V.M., Jacobson, N., & Dougher, M. (1999). *Acceptance and Change: Content and context in Psychotherapy*. Reno: Context Press.
- Hayes, S.C., Follette V. M., & Lineham, M.M. (2004a). *Mindfulness and Acceptance: expanding the cognitive-behavioral tradicion*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C., & Strosahl, K. D. (2004b). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Hothershall, D. (1997). *Historia de la Psicología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Jacobson, N.S., Christensen, A., Prince, S.E., Cordova, J. y Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: An acceptance. Based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 351-355.
- Kazdin, A. E. (1977). *The token economy: A review and evaluation*. New York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R.J. & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferro García, R., Valero Aguayo, L., Fernández Parra, A., & Virues Ortega, J. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: Teoría, Aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (2), 349-371.

- Leahey, T.H. (2005). *Historia de la Psicología*. Madrid: Pearson Education.
- Liberman, R. P., DeRisi, W. J., & Mueser, K. T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. New York: Pergamon Press
- Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Luciano, M.C. (1999). La psicoterapia analítica funcional (FAP) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 497-584.
- Luciano Soriano, M. C. (2001). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Libro de Casos*. Valencia: Promolibro.
- Luciano Soriano, M. C., & Valdivia Salas, S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, Características y Evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27 (2), 79-91.
- Marlatt, G.A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 44-49.
- Martell, C. R., Addis, M. E. y Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: W.W. Norton.
- Maruish, M.E., Bershady, validity of the SA-45: *Further Assessment*, 5, 407-419.
- McCullough, J.P (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. New York: The Guilford Press.
- Moreno, J.L., (1995). *Psicodrama: terapia de acción y principios de su práctica*. Buenos Aires: Lumen.
- Moreno, J.L., (1975). *Psicoterapia de grupo y psicodrama: introducción a la teoría y la praxis*. México: Fondo de Cultura económica.
- National Institute of Mental Health. (1987). *Towards a model for a comprehensive community based mental health system*. Washington DC: NIMH.

- Navarro Ferragud, S. (2008). *Entrenamiento de habilidades sociales con pacientes esquizofrénicos: validación de un programa para pacientes crónicos*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia, Valencia.
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *eduPsiké: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5 (2), 159-172.
- Roder, V., Brenner, H.D., Kienzle, N. & Fuentes, I. (2007). *Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia: IPT*. Granada: Alborán Editores.
- Roemer, L. & Orsillo, S.M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54-68.
- Rojas-Bermúdez, Jaime. (1.997). *Teoría y Técnicas psicodramáticas*. Barcelona: Paidós.
- Ruiz F. J, Langer A.I, Luciano C. S., Cangas A. J, & Beltrán I. (en prensa). Measuring experiential avoidance and psychological flexibility: the Spanish translation of the Acceptance and Action Questionnaire -II.
- Sandin, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., & Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20 (2), 290-296.
- Scherer-Dickson, N. (2004). Current developments of metacognitive concepts and their clinical implications: mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Counselling Psychology Quarterly*, 17, 223-234.
- Segal, Z.V., Teasdale, J.D. & Williams, J. M.G. (2004). *Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical rationale and empirical status*. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 45-65). Nueva York: The Guilford Press.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. y Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.
- Slade, P.D. & Bentall, R. (1989). Psychological treatments for negative symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 155(supplement 7):133-5.

Wilson, K., & Luciano Soriano, M. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Yalom, I. D. (1985). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.

## **ANEXOS**

| Sujeto          | Problemas principales detectados  | Escena representada   | Técnicas usadas   |
|-----------------|---|---|---|
| <b>Sujeto 1</b> | Falta de asertividad  | Discusión con su pareja. En primer lugar se representó tal y como ocurrió con él mismo actuando en el papel de su pareja. A continuación se representó de nuevo verbalizando lo que le hubiera gustado decir en ese momento. En esta ocasión otro de los sujetos actuó como yo-auxiliar en el papel de su pareja.   | Soliloquio terapéutico<br>Inversión de roles<br>Presentación del self   |
| <b>Sujeto 2</b> | Miedo a perder el control, miedo a una valoración negativa, evitación eventos internos. | Encontrarse por la calle con un conocido durante una de sus crisis. Primero se intentó provocar en el sujeto un estado similar al temido. A continuación dos de los yoes-auxiliares actuaron en el papel de conocidos interrogando al protagonista sobre cuestiones banales, ignorando sus intentos de finalizar la conversación y escapar.   | Soliloquio terapéutico  |
| <b>Sujeto 3</b> | Miedo al fracaso, miedo al rechazo de sus hijas, baja autoestima.                       | Para este sujeto se llevaron a cabo dos escenas breves. En una sesión se representó una pesadilla recurrente en la que cometía un error en el trabajo y su jefe le reprendía y se mofaba de él. A continuación se volvía a representar dando un final alternativo al sueño. En otra sesión se representó una llamada telefónica a su hija en la que le proponía verse en persona ya que únicamente había contacto entre ellos a través del teléfono. Un yo-auxiliar actuaba en el papel de el mismo y el actuaba como su hija. En primer lugar se le pidió que aceptara la invitación y posteriormente que la rechazara categóricamente. A continuación volvió a hacer de él mismo y un yo auxiliar hizo de su hija, repitiendo la conversación de la negativa. | Soliloquio terapéutico<br>Presentación y rentrenamiento de un sueño.<br>Presentación del self<br>Inversión de roles |

|                 |  |   |   |
|-----------------|--|---|---|
| <b>Sujeto 4</b> | Baja autoestima y sentimientos de inferioridad, tendencia a culpabilizar a los demás, quejas frecuentes. | Para este sujeto reprodujimos una conversación con uno de sus familiares. En primer lugar se llevó a cabo tal y como ocurrió. A continuación se pidió al protagonista que respondiera tal y como le hubiera gustado hacerlo. Dada la complejidad de la escena uno de los terapeutas actuó como yo-auxiliar, confrontando al sujeto, cuestionándole sus motivaciones y haciendo de espejo para hacerle tomar conciencia de la responsabilidad de su situación. | Soliloquio terapéutico<br>Inversión de roles<br>Espejo                |
| <b>Sujeto 5</b> | Baja autoestima, sentimientos de inutilidad, culpabilidad y miedo al rechazo.                            | Con este sujeto igual que con el 3 se representó una hipotética conversación telefónica con un familiar, en la que el protagonista le solicitaba volver a convivir en el hogar familiar. Uno de los yoes-auxiliares le negaba la petición para obligarlo a enfrentarse y aceptar esa posibilidad y los sentimientos asociados. El protagonista tomaba también el papel de su familiar, actuando un yo-auxiliar en su lugar.                                   | Soliloquio terapéutico<br>Presentación del self<br>Inversión de roles |
| <b>Sujeto 6</b> | Sentimientos de inutilidad y vacío, culpa.   | Con este sujeto se representó una escena con su padre, ya fallecido, en la que un yo-auxiliar se mofaba de él, lo culpaba de la situación que estaba viviendo (las primeras crisis psicóticas) y lo tachaba de inútil por no atender el negocio familiar de la manera que a él le gustaría. El protagonista de la escena, haciendo uso de los conocimientos adquiridos a lo largo de las sesiones se enfrentó a él refutando sus argumentos.                  | Soliloquio terapéutico<br>Presentación del self<br>Inversión de roles |

Anexo 1: guía de escenas y técnicas usadas con cada participante

**Anexo 2: Declaración de consentimiento informado**

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Manifiesto que he sido informado sobre los objetivos y realización del taller, y me comprometo a acudir puntualmente y participar de manera activa en las sesiones, salvo motivos de causa mayor.

Asimismo otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto de investigación propuesto y que la información obtenida sea utilizada según los criterios y necesidades del investigador.

Nombre y apellido:

Firma

## INFORMACION GENERAL DEL TALLER

Durante el taller realizaremos un acercamiento individual a los valores y metas de cada uno, intentando identificar y minimizar las barreras que dificultan su consecución. De esta forma se pretende conseguir una disminución del sufrimiento personal y un mejor afrontamiento del malestar y los problemas del día a día.

El taller tendrá lugar desde el viernes 30 de Marzo y durante 6 semanas consecutivas, excepto la sesión del día viernes 6 Abril, que se pasará al miércoles día 4.

Si durante el transcurso del taller alguno de los participantes considera que no se cumplen objetivos personales, que no es lo que él/ella esperaba o no le resulta útil, puede abandonarlo en cualquier momento.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Facilitar el contacto del cliente con la percepción de sus valores personales
- Facilitar el contacto del usuario con las vías en las que sus valores se han visto comprometidos.
- Facilitar el contacto con la experiencia de inviabilidad del control de los eventos privados,
- Facilitar el contacto del usuario con las estrategias de control, cuya persistencia pone en peligro los valores.
- Plantear la posibilidad de que una vida valiosa pueda emerger al estar dispuesto a tener y contemplar los eventos privados.
- Diferencias el yo como contenido del yo como contexto.
- Generar distancia con el lenguaje, aprendiendo a tratar pensamientos, evaluaciones y recuerdos como construcciones lingüísticas del yo.
- Detectar y minimizar las barreras que se interpongan en el camino de los valores del usuario.

## RESUMEN TALLER GRUPAL

### VALORES

Nuestros valores son la dirección hacia la que queremos encaminar nuestros pasos, son los objetivos que nos guían y como con cualquier dirección, siempre podemos ir un poco más allá en ese camino. Los valores son como esas plantas del jardín que es nuestra vida, y nosotros decidimos como y cuanto queremos cuidarlas. Siempre podremos ser mejores amigos, mejores parejas o mejores personas, o siguiendo nuestra metáfora del viaje, siempre podremos ir un poco más hacia el Este.

- ❖ Metáfora del viaje
- ❖ Metáfora del jardín.

### EL PROBLEMA DEL CONTROL. LA EVITACIÓN, EL DOLOR Y EL AFRONTAMIENTO

Hay cosas en nuestra vida que podemos controlar y es bueno que lo intentemos. Sin embargo hay otras cosas que no se pueden controlar y a veces, el intento de hacerlo se convierte en un problema por si mismo. No podemos controlar como nos sentimos y no podemos controlar lo que pensamos, así que lo único que podemos hacer es dejarlo estar, limitarnos a experimentar ese pensamiento y ese sentimiento sin intentar evitarlo o eliminarlo. Al igual que cuando vamos al dentista, es necesario pasar por el mal trago del dolor para conseguir que éste desaparezca. Si nos limitamos a tomar una pastilla para no nos duela el diente, podemos evitar sentirlo en ese momento, pero con seguridad volverá, y posiblemente con mas fuerza. Además a veces llevamos tanto tiempo usando la misma estrategia para controlar como nos sentimos y evitar el dolor que no nos damos cuenta de que lo único que hacemos es engordar al perro de nuestros miedos en lugar de librarnos de él, que es lo que pretendemos.

- ❖ Ejercicios de los números.

- ❖ Metáfora del polígrafo.
- ❖ Metáfora del diente.
- ❖ Metáfora el perro y el bocadillo.

## **REALIDAD VS PENSAMIENTOS. LA IMPORTANCIA DEL LENGUAJE**

La manera que tenemos de expresar las cosas puede hacer que las sintamos de manera diferente. Si yo digo "es que soy tonta" estoy otorgando valor de verdad a aquello que simplemente es un pensamiento, una opinión sobre mi misma. Por lo tanto, cambiando nuestras verbalizaciones conseguiremos hacer una descripción mas ajustada de la realidad, que veamos las cosas desde otro punto de vista y es posible que así cambiemos como nos sentimos.

- ❖ Ejercicio de describir un cuadro.
- ❖ Ejercicio leche, leche, leche.

## **EL YO QUE PIENSA - LO QUE PIENSO**

En nuestro día a día nos vemos envueltos en una guerra continua con nuestros pensamientos. Sin embargo, y como ya hemos visto antes, no podemos controlar ni vencer a nuestros pensamientos ya que al intentarlo los hacemos más fuertes ¿Qué podemos hacer entonces? Igual que veíamos en la metáfora del ajedrez, lo único que podemos hacer es abandonar la pelea y "ser el tablero" que sustenta tanto los pensamientos buenos como los malos, observándolos mientras nos dirigimos en dirección a nuestros valores.

- ❖ La metáfora del tablero de ajedrez.

| <b>Área</b>               | <b>Narración de dirección valiosa</b> | <b>Importancia</b> | <b>Satisfacción</b> |
|---------------------------|---------------------------------------|--------------------|---------------------|
| Relaciones íntimas/pareja |                                       |                    |                     |
| Relaciones familiares     |                                       |                    |                     |
| Relaciones sociales       |                                       |                    |                     |
| Trabajo                   |                                       |                    |                     |
| Educación y formación     |                                       |                    |                     |
| Espiritualidad            |                                       |                    |                     |
| Ciudadanía                |                                       |                    |                     |
| Salud/bienestar físico    |                                       |                    |                     |
| Otros                     |                                       |                    |                     |

Anexo 5: Formulario narrativo de valores

**Anexo 6: Contenido de las sesiones tal y como se presentaron.**

| Sesiones            | contenido   |
|---------------------|---|
| <b>Sesión 1 y 2</b> | Ejercicio bola del mundo<br>Metáfora de la dirección<br>Imaginación futuro ideal<br>Imaginación futuro real<br>Registro de valores<br>metáfora del jardín<br>metáfora del diente enfermo<br>metáfora de los dos escaladores |
| <b>Sesión 3</b>     | Pensamiento del día sobre el miedo<br>Ejercicio del limón<br>Ejercicio de los números<br>Ejercicio de dar palmadas<br>Metáfora del polígrafo  |
| <b>Sesión 4</b>     | Regla del 95-5%<br>Ejercicio valorar vs describir<br>Metáfora el perro y el bocadillo<br>Metáfora el hombre en el hoyo<br>Metáfora de la tortuga  |
| <b>Sesión 5</b>     | Ejercicio Pensamiento vs Realidad<br>Ejercicio leche, leche, leche  |
| <b>Sesión 6</b>     | Metáfora del tablero de ajedrez<br>Cierre del programa y recogida de información  |

Anexo 7: tablas y gráficas individuales G. Control

Sujeto 1

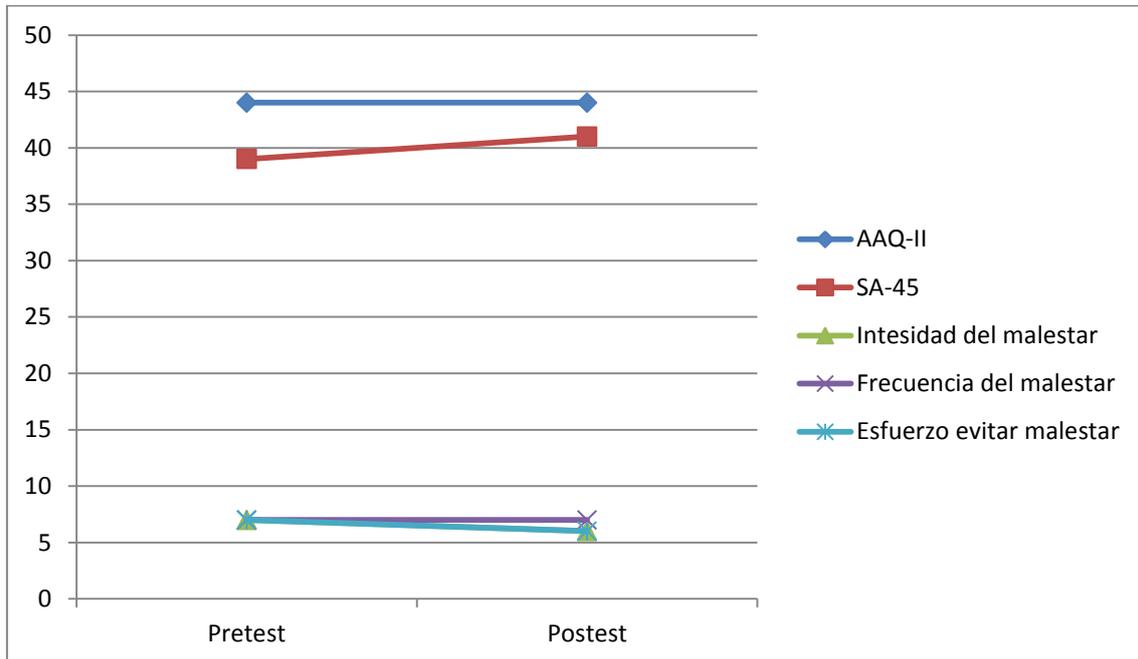


Figura 1: Puntuaciones sujeto 1 G. Control

|  | Pretest | Posttest | Diferencia (%) |
|--|---------|----------|----------------|
| <b>AAQ-II</b>                          | 44      | 44       | 0 (0%)         |
| <b>SA-45</b>                           | 39      | 41       | +2 (+5,19%)    |
| <b>Intensidad del malestar</b>         | 7       | 6        | -1 (-14,28%)   |
| <b>Frecuencia del malestar</b>         | 7       | 7        | 0 (0%)         |
| <b>Esfuerzo por evitar el malestar</b> | 7       | 7        | 0 (0%)         |

Tabla 1: Puntuaciones, diferencias y porcentaje sujeto 1 G. Control

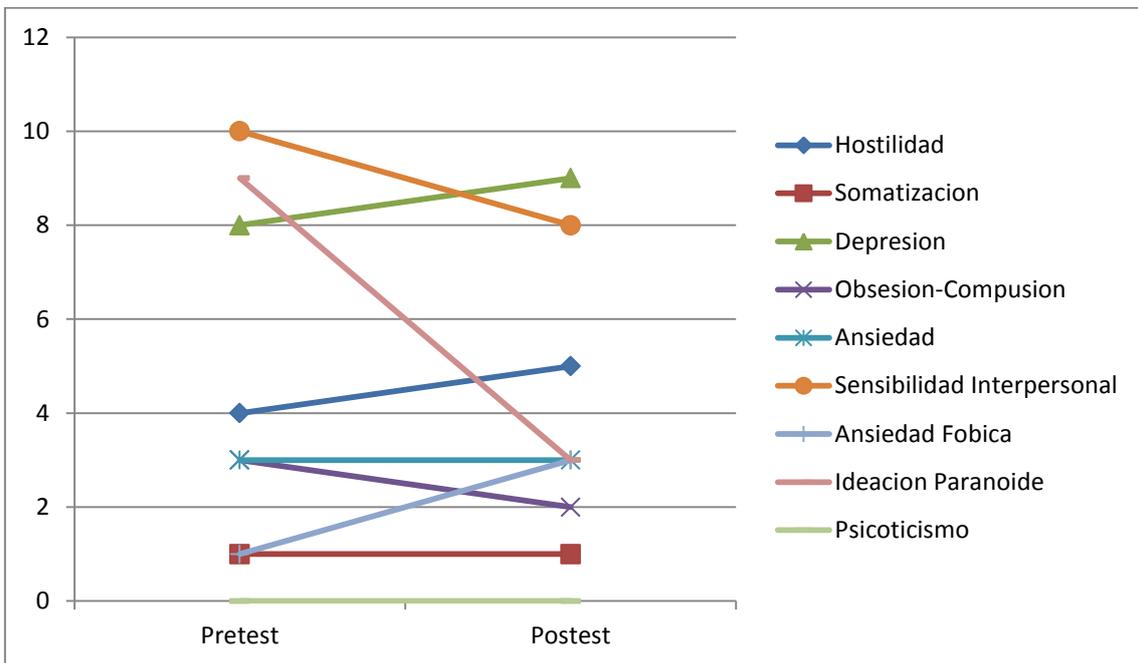


Figura 2: Puntuaciones SA-45 por escala sujeto 1 G. Control

## Sujeto 2

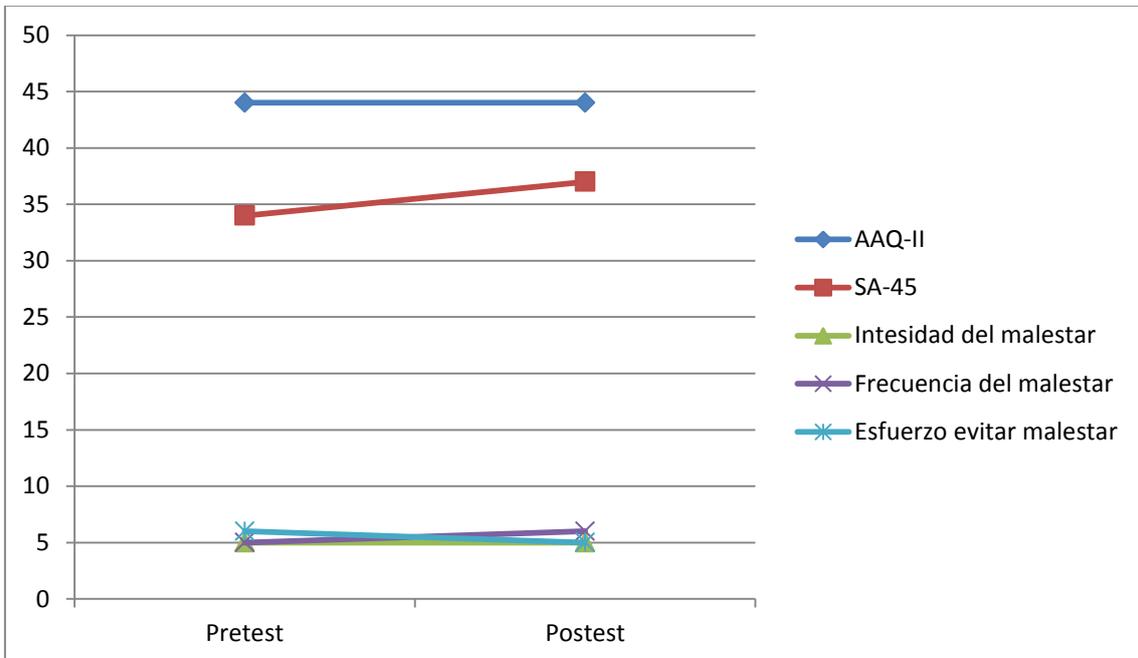


Figura 3: Puntuaciones sujeto 2 G. Control

|  | Pretest | Postest | Diferencia (%) |
|--|---------|---------|----------------|
| <b>AAQ-II</b>                          | 44      | 44      | 0 (0%)         |
| <b>SA-45</b>                           | 34      | 37      | +3 (+8,82%)    |
| <b>Intensidad del malestar</b>         | 5       | 5       | 0 (0%)         |
| <b>Frecuencia del malestar</b>         | 5       | 6       | +1 (+20%)      |
| <b>Esfuerzo por evitar el malestar</b> | 6       | 5       | -1 (-20%)      |

Tabla 2: puntuaciones, diferencia y porcentaje sujeto 2 G. Control

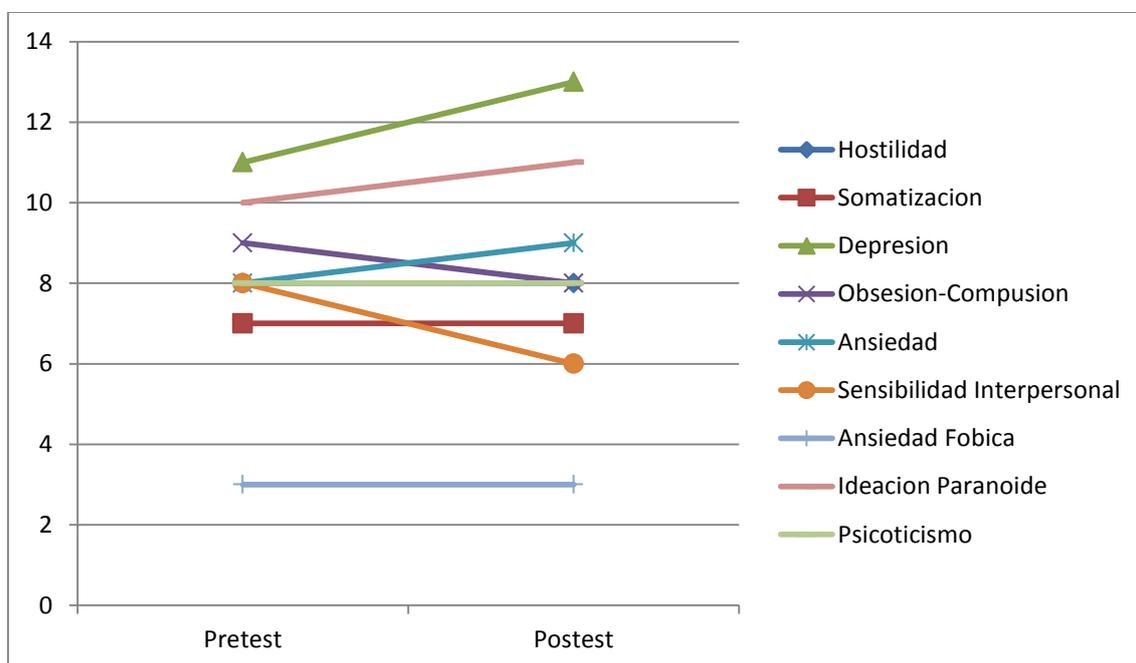


Figura 4: Puntuaciones SA-45 por escalas sujeto 2 G. Control

### Sujeto 3

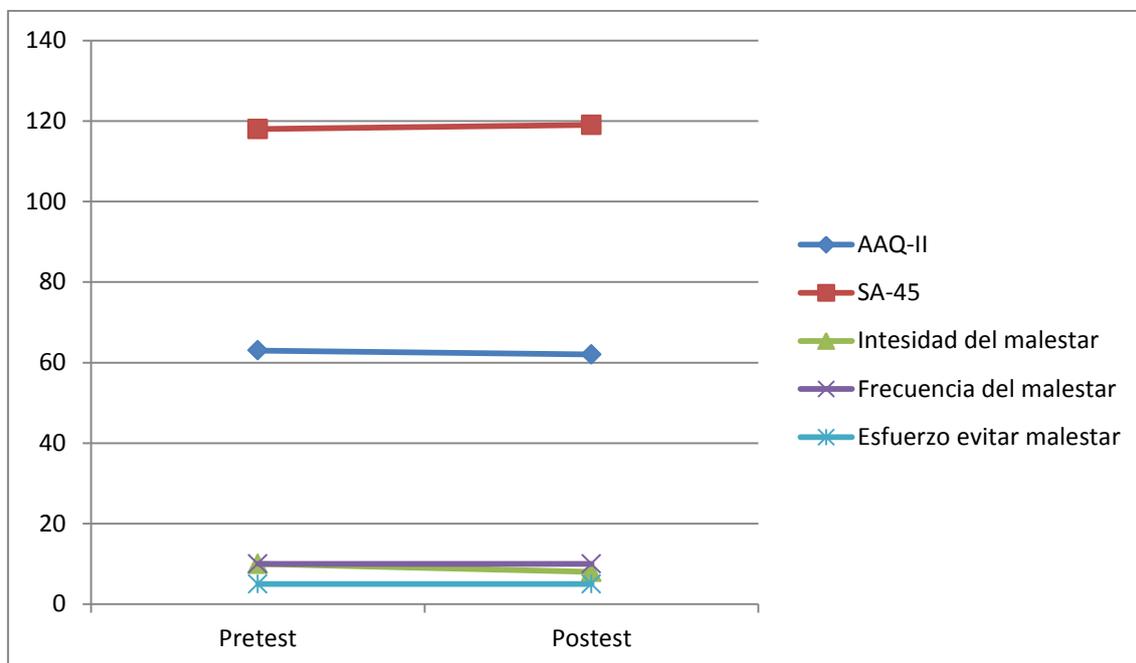


Figura 5: Puntuaciones sujeto 3 G. Control

|  | Pretest | Posttest | Diferencia (%) |
|--|---------|----------|----------------|
| <b>AAQ-II</b>                          | 63      | 62       | -1 (-1,58%)    |
| <b>SA-45</b>                           | 118     | 119      | +1 (+0,84%)    |
| <b>Intensidad del malestar</b>         | 10      | 8        | -2 (-20%)      |
| <b>Frecuencia del malestar</b>         | 10      | 10       | 0 (0%)         |
| <b>Esfuerzo por evitar el malestar</b> | 5       | 5        | 0 (0%)         |

Tabla 3: puntuaciones, diferencia y porcentaje sujeto 3 G. Control

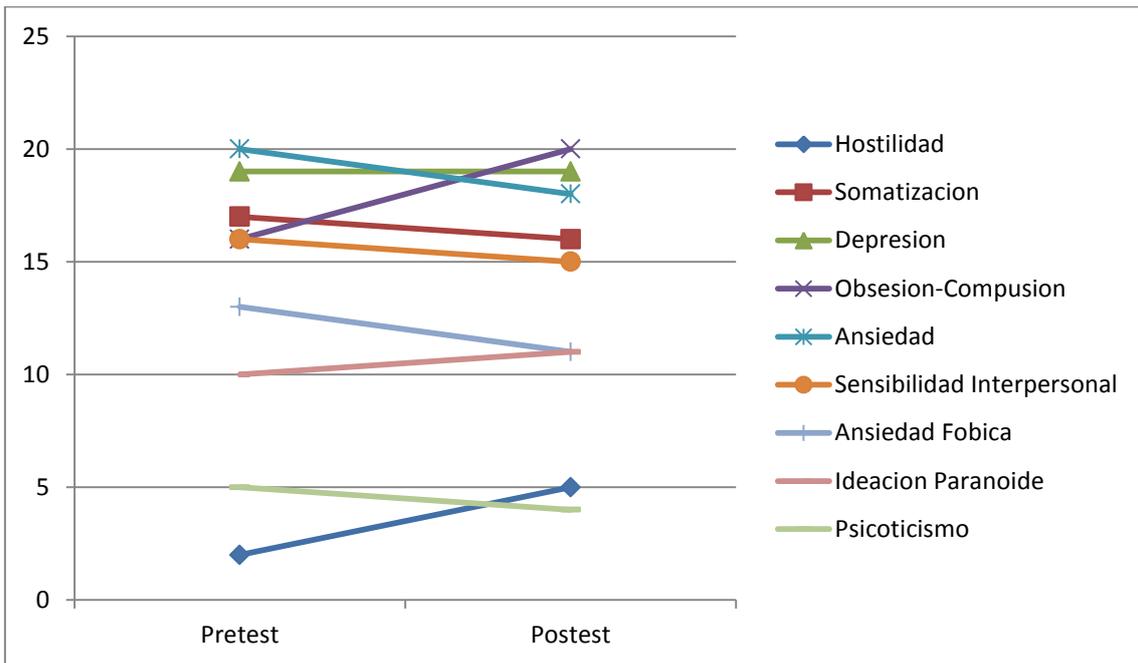


Figura 6: Puntuación SA-45 por escalas sujeto 3 G. Control

#### Sujeto 4

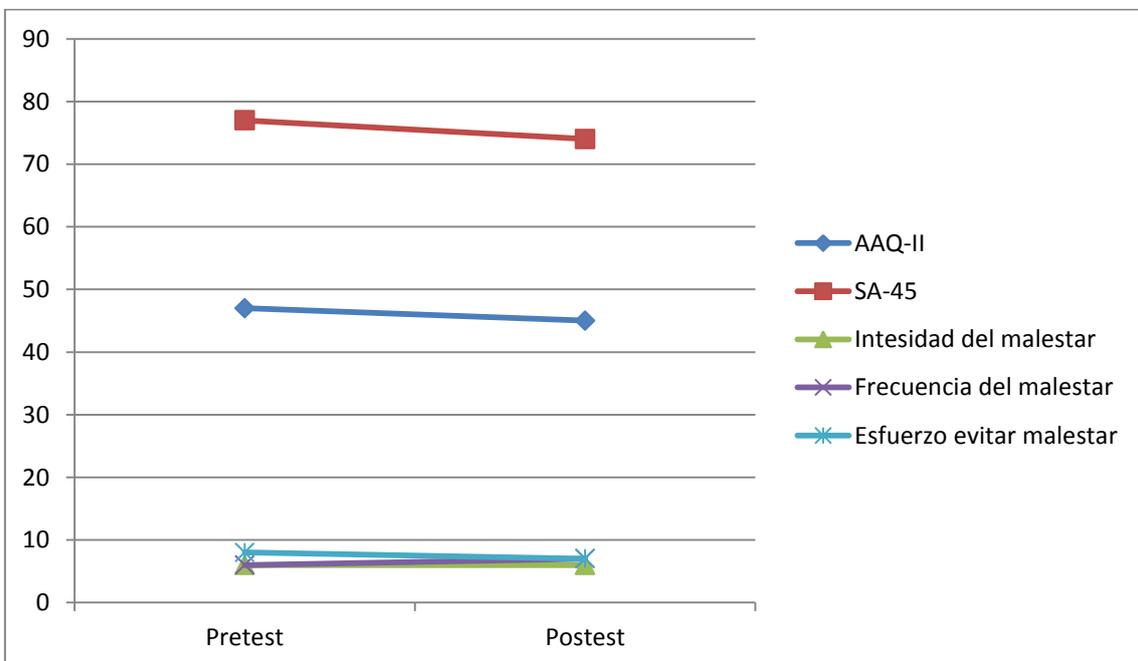


Figura 7: Puntuaciones sujeto 4 G. Control

|                                 | Pretest | Postest | Diferencia (%) |
|---------------------------------|---------|---------|----------------|
| AAQ-II                          | 47      | 45      | -2 (-0,39%)    |
| SA-45                           | 77      | 74      | -3 (-3,8%)     |
| Intensidad del malestar         | 6       | 6       | 0 (0%)         |
| Frecuencia del malestar         | 6       | 7       | +1 (+16,66%)   |
| Esfuerzo por evitar el malestar | 8       | 7       | -1 (-12,5%)    |

Tabla 4: Puntuaciones, diferencia y porcentaje sujeto 4 G. Control

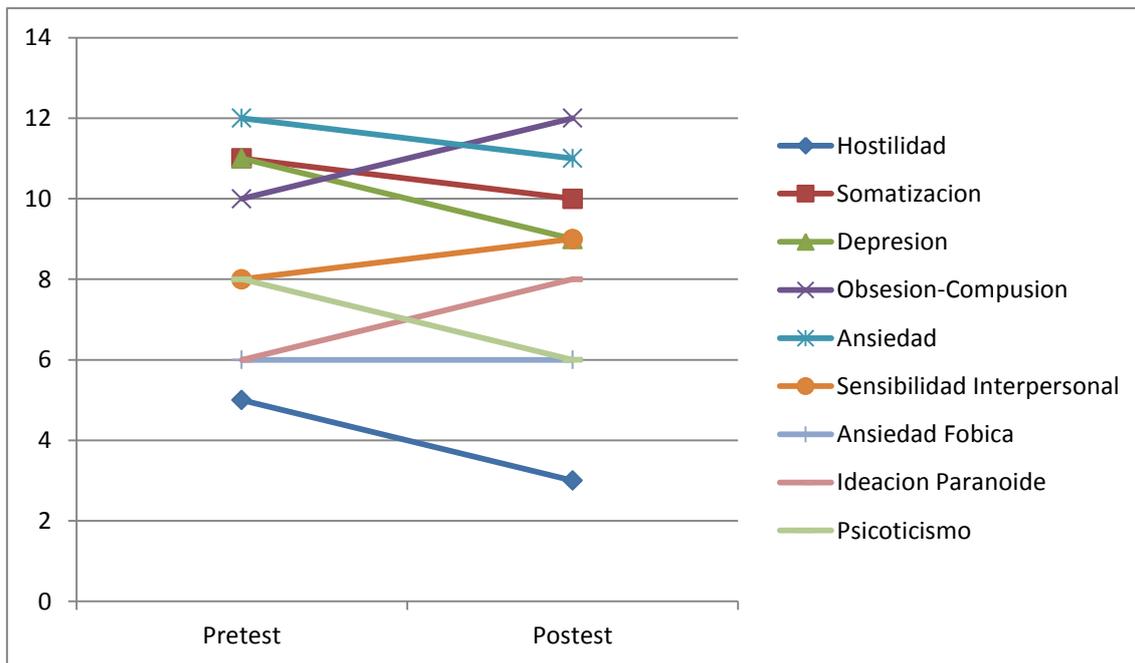


Figura 8: Puntuaciones SA-45 por escalas sujeto 4 G. Control

## Sujeto 5

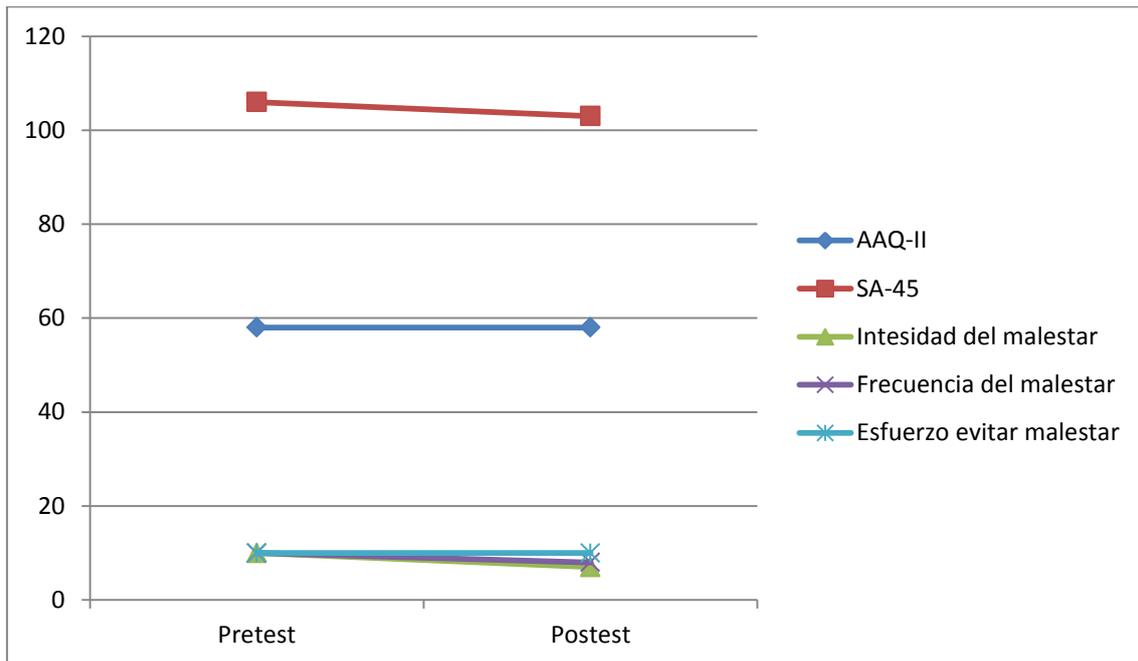


Figura 9: Puntuaciones sujeto 5 G. Control

|  | Pretest | Posttest | Diferencia (%) |
|--|---------|----------|----------------|
| <b>AAQ-II</b>                          | 58      | 58       | 0 (0%)         |
| <b>SA-45</b>                           | 106     | 103      | -3 (-2,83%)    |
| <b>Intensidad del malestar</b>         | 10      | 7        | -3 (-30%)      |
| <b>Frecuencia del malestar</b>         | 10      | 8        | -2 (-20%)      |
| <b>Esfuerzo por evitar el malestar</b> | 10      | 10       | 0 (0%)         |

Tabla 5: puntuaciones, diferencia y porcentaje sujeto 5 G. Control

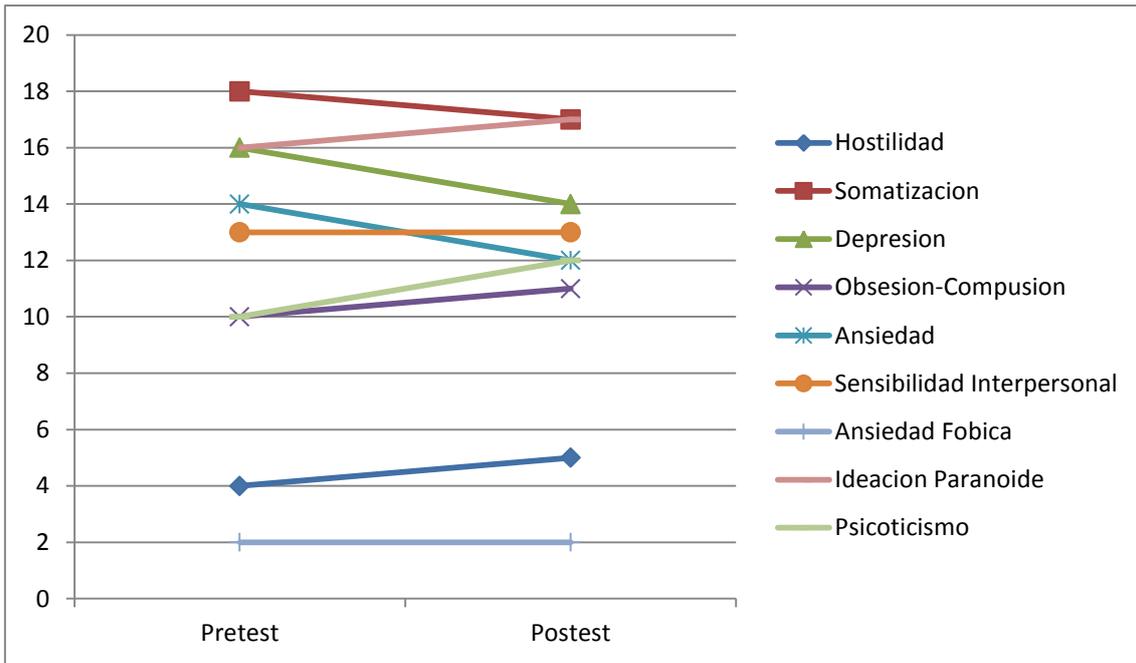


Figura 10: puntuaciones SA-45 por escalas sujeto 5 G. Control

Sujeto 6

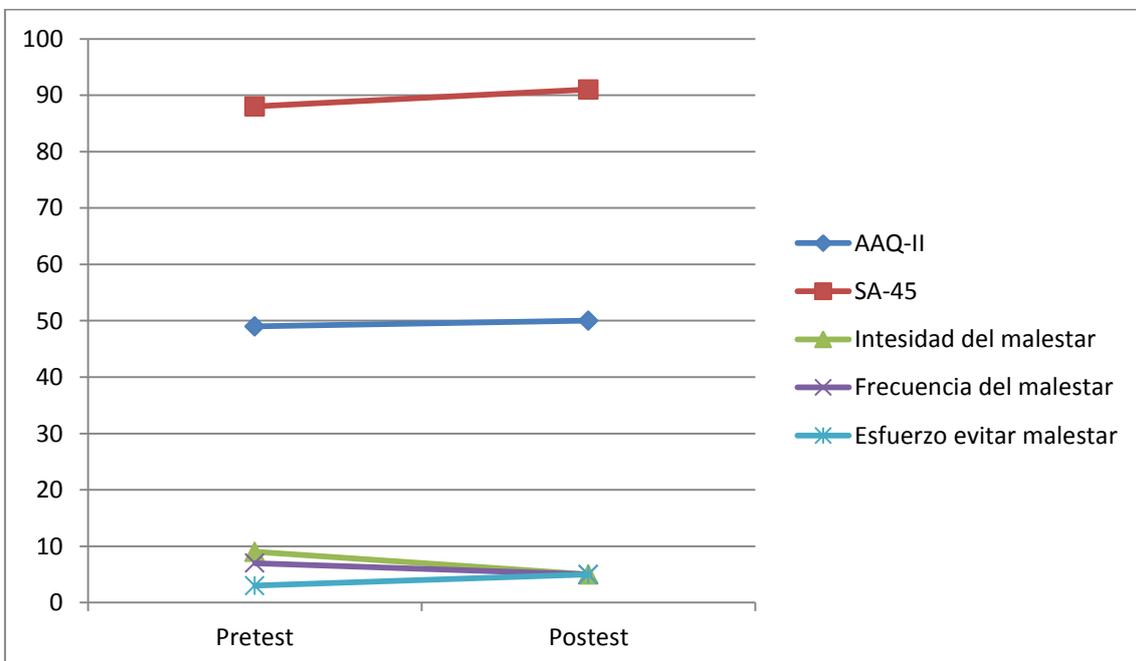


Figura 11: Puntuaciones sujeto 6 G. Control

|  | Pretest | Postest | Diferencia (%) |
|--|---------|---------|----------------|
| <b>AAQ-II</b>                          | 49      | 50      | +1 (+2,04%)    |
| <b>SA-45</b>                           | 88      | 91      | +3 (+3,40%)    |
| <b>Intensidad del malestar</b>         | 9       | 5       | -4 (-44%)      |
| <b>Frecuencia del malestar</b>         | 7       | 5       | -2 (-28,57%)   |
| <b>Esfuerzo por evitar el malestar</b> | 3       | 5       | +2 (+66,66%)   |

Tabla 6: Puntuaciones, diferencia y porcentaje sujeto 6 G. Control

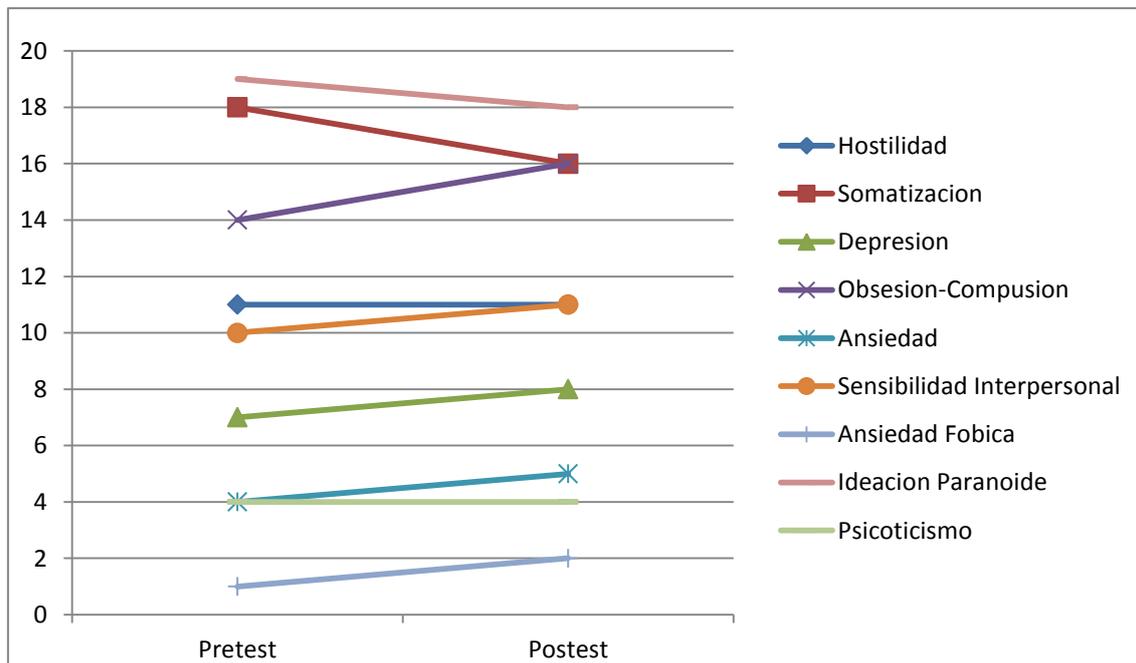


Figura 12: puntuaciones SA-45 por escala sujeto 6 G. Control