

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

PROYECTO DE INTERVENCIÓN GRUPAL BASADO EN ESTRATEGIAS DE ACEPTACIÓN PARA EL AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER

Trabajo Fin de Grado

Marta Ladrón García

4º Grado de Psicología

Curso 2011/2012

ÍNDICE

Introducción	3
Método	9
Resultados	17
Conclusiones	18
Referencias	19
Anexos	21

1. INTRODUCCIÓN

La Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Stroschal y Wilson, 1999, según se cita en Luciano y Valdivia, 2006) también llamada ACT, es el enfoque terapéutico más característico de las llamadas Terapias de conducta de Tercera Generación (Hayes, 2004), cuyo origen se sitúa en la década de 1990, aunque no sería hasta 2004 cuando recibirían este nombre. Esta nueva generación se caracteriza, entre otras cosas, por su filosofía contextual-funcional y por promover un mayor interés por la investigación básica. Su emergencia en el ámbito terapéutico se debe a varios factores, pero para ello es necesario hacer un recorrido por las generaciones anteriores.

La primera generación supone un cambio en la psicología clínica, dominada hasta entonces por el psicoanálisis, ya que aporta una visión contextual e ideográfica (Pérez Álvarez, 2006) y se apoya en el cambio directo del comportamiento mediante el manejo de contingencias (Luciano y Valdivia, 2006). A pesar del avance que supuso la incorporación de terapias basadas en investigaciones básicas y en el cambio de conducta, mostraron limitaciones respecto a su efectividad, en especial en algunos trastornos en la etapa adulta. La segunda generación surge debido a la necesidad de prestar atención a la dimensión cognitiva, y se le atribuye a ésta un papel primordial como causa del comportamiento de las personas. Por ello, la terapia cognitivo-conductual se centra en el cambio de las estructuras cognitivas que impiden un correcto funcionamiento del sujeto. A pesar de que han resultado exitosas y está empíricamente validada, a penas se conocen los procesos que definen sus métodos y su efectividad se ha relacionado en mayor medida con los componentes conductuales que con los cognitivos (Luciano, Valdivia, Gutiérrez, y Páez-Blarrina, 2006).

Todas estas limitaciones favorecen el surgimiento de la tercera generación de Terapias de Conducta, cuyas técnicas no abogan por la evitación de los síntomas, sino por actuar con responsabilidad en la elección personal y aceptar aquellos eventos privados que surjan debido a ello (Luciano y Valdivia, 2006). Según se cita en ese artículo, algunas terapias que conforman esta tercera generación son: la Psicoterapia Analítico Funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991), la Terapia Dialéctica (Linehan, 1993), la Terapia integral de parejas (Jacobson y Christensen, 1996), la Terapia cognitiva basada en el Mindfulness (Segal, Williams y Teasdale, 2002) y la Terapia de

Aceptación y Compromiso (Hayes, Stroschal y Wilson, 1999). De todas ellas, la más representativa y en la que nos vamos a centrar es ACT.

Para entender mejor ACT, es necesario conocer cuáles son sus características básicas. Respecto a esto, se puede decir que: 1) parte de un marco global de referencia sobre ventajas y desventajas de la condición humana y de un modelo funcional sobre cognición y lenguaje (Teoría del Marco Relacional), 2) presenta una filosofía contextual-funcional, 3) aparece el concepto funcional de evitación experiencial destructiva como eje central y común de los trastornos psicológicos, y 4) se compromete a realizar investigaciones básicas para profundizar más en su evidencia. Asimismo, existen otros aspectos importantes sobre ACT. En primer lugar, se puede decir que se trata de una terapia conductual, radical, analítica, contextual y funcional. En segundo lugar, propone la dimensión del sufrimiento-placer como las dos caras de la misma moneda y que esta dimensión va a sufrir cambios cuando el organismo se convierte en ser verbal. Se considera que las máximas culturales que se promueven, como “el dolor y el malestar son malos, tengo que alejarlos o evitarlos”, producen efectos paradójicos, alejando a la persona de aquello que le importa y provocándole mayor sufrimiento. Este patrón de funcionamiento ineficaz en el que se evitan eventos privados negativos se denomina evitación experiencial. Y por último, cabe destacar que ACT apela constantemente a las direcciones de valor personal.

Es decir, se considera que aprendemos a tener eventos privados, pero desde la comunidad verbal se entrena a controlarlos o evitarlos. Y es en este proceso en el que se produce la derivación de relaciones entre palabras, objetos, etc., o lo que es lo mismo, se establece una relación de eventos entre los que unos sustituyen a otros y adquieren otras propiedades. Por lo tanto, el lenguaje ha adquirido una gran relevancia para entender por qué el ser verbal es vulnerable y se ha considerado el comportamiento verbal como una actividad relacional. Para llevar a cabo un análisis más detallado de la derivación psicológica, sería necesario situarnos desde la perspectiva de la Teoría del Marco Relacional, desde la cual también se basa ACT. Esta teoría tiene como marco filosófico al Contextualismo funcional y es una aproximación analítico-funcional al estudio del lenguaje y la cognición que ha aportado una gran contribución empírica al área de investigación (Barnes-Holmes, Rodríguez, y Whelan, 2005). Defiende que los eventos privados se conforman en la historia individual, y que las relaciones entre eventos privados y acciones responden a relaciones arbitrarias potenciadas socialmente

y no a relaciones mecánicas (Luciano y Valdivia, 2006). Puesto que una descripción detallada de esta teoría excede los objetivos de este trabajo, sólo se mencionará que entender esta teoría es importante para implementar ACT porque, entre otras cosas, proyecta vías de investigación para el estudio de fenómenos verbales y el surgimiento de comportamientos y funciones nuevas sin que exista una historia o proceso de condicionamiento directo que los sustente (Wilson y Luciano, 2002).

Por lo tanto, es posible que muchas personas queden atrapadas en la evitación continua de aquellos eventos que le producen malestar, y a consecuencia de esto, el sufrimiento se extienda a distintas facetas de su vida. En estos casos en los que aparece un patrón inflexible, con numerosos comportamientos dirigidos a vivir bajo la necesidad de controlar o evitar los eventos privados negativos, se le denomina Trastorno de Evitación experiencial (Hayes et al, 1996; Luciano y Hayes, 2001, según se cita en Wilson y Luciano, 2002). Esta evitación experiencial se considera como una dimensión funcional que está en la base de muchos trastornos, como los afectivos o aquellos que transcurren con dolor, etc.

De esta manera, todo lo comentado anteriormente va a influir notablemente en qué propone ACT en su terapia y en los métodos usados. Respecto a esto, ACT supone un giro radical, ya que el objetivo no es tratar de cambiar los eventos privados, sino alterar la función de éstos y generar cierta flexibilidad en la regulación del comportamiento. Para ello, aporta un tratamiento centrado en la clarificación de valores para actuar en direcciones valiosas, teniendo presente que la resistencia al malestar es lo que ha provocado el sufrimiento.

Por lo que respecta a los métodos clínicos usados en ACT, a pesar de que éstos provienen de otras terapias, tienen su lógica de funcionamiento en el aprendizaje relacional, y su efectividad se basa más en su finalidad que en los métodos en sí mismos. Las principales técnicas usadas son metáforas, que sirven como analogías del problema; paradojas, que muestren las trampas verbales; y los ejercicios experienciales. En general, la actuación en terapia está dirigida a clarificar valores y el compromiso con la acción en la trayectoria elegida, y practicar de-fusión. Para ello, el terapeuta pondrá en marcha sus distintas habilidades, ajustando los distintos métodos a cada caso y a cada momento, y generará las condiciones necesarias en terapia para producir la Desesperanza creativa, dirigirá las actuaciones hacia la clarificación de valores y

ejercitará al paciente en el distanciamiento de eventos privados y en desliteralizar los contenidos privados.

Además, dado el compromiso que se establece con la realización de investigaciones básicas, se pueden comentar varios aspectos relacionados con la evidencia de esta terapia. Se ha mostrado eficaz en un amplio rango de problemas en el que aparece un patrón de evitación experiencial. En segundo lugar, también se han llevado a cabo estudios cuyo objetivo es comparar la eficacia de ACT contra la de la Terapia Cognitivo-conductual. Algunos de estos estudios han mostrado que sus efectos son similares y otros que el protocolo ACT es mejor, lo que hace suponer que es necesario que se realicen estudios más controlados. En tercer lugar, la revisión de distintos artículos ha hecho que se puedan señalar algunos aspectos, como que 1) participantes altamente vivenciales evitan responder de forma diferente a desafíos experimentales, 2) los protocolos basados en valores de aceptación son eficaces en la mejora del desempeño en desafíos experimentales y 3) se han encontrado más efectos en los protocolos de ACT que en los basados en el control cognitivo (Ruiz, 2010).

Debido a este interés de ACT en mostrar la base experimental de sus métodos, se han llevado a cabo distintos estudios, que sirven muchos de ellos como antecedentes de éste. Por un lado, se puede disponer de distintos artículos que sirven para conocer mejor la base de ACT y de la tercera generación, como los comentados anteriormente, y otros como el de Páez-Blarrina, Gutiérrez, Valdivia y Luciano (2006), en el que se expone detalladamente la importancia que adquieren los valores personales como un componente necesario e indispensable en el tratamiento psicológico.

Otros artículos están más relacionados con el ámbito de aplicación de este trabajo y han servido de referencia y de base para la realización de este protocolo de intervención grupal en pacientes oncológicos. Entre estos, podemos citar a Páez-Blarrina, Luciano y Gutiérrez (2005), en el que aparece una breve exposición de cómo sería una intervención basada en ACT con mujeres con cáncer de mama. En este artículo no solo se muestran aquellos elementos más importantes de ACT y su aplicación a pacientes con cáncer, sino que además se ejemplifica mediante un diálogo terapeuta-cliente cómo se realizaría una terapia bajo esta teoría. Otro artículo sería el de Montesinos, Hernández y Luciano (2001), un estudio de caso de un enfermo de cáncer de mama, con el que se llevaron a cabo veinte sesiones y se consiguió que el paciente

aceptara su enfermedad y los pensamientos y emociones asociadas a ésta y se implicara en aquello que valoraba como más importante.

Además, han sido importantes aquellos estudios comparativos entre un protocolo ACT y otro basado en Control Cognitivo, tanto en cáncer como en dolor crónico. Entre los más importantes, cabe citar inicialmente a Páez, Luciano y Gutiérrez (2007), ya que este estudio comparativo en pacientes con cáncer de mama ha sido un gran referente en este trabajo. Otros también han ayudado a comprender cuál es el impacto que puede causar la condición ACT respecto a la cognitiva. Entre los realizados en dolor crónico se puede citar a Gutiérrez, Luciano, Rodríguez y Fink (2004), cuyos resultados más destacables son que ACT tuvo un mayor impacto en la tolerancia al dolor que las estrategias de control y que el efecto del protocolo ACT fue más pronunciado incluso cuando se aplicaban shocks más frecuentes y largos. Existen otros estudios experimentales muy parecidos, como el de Páez-Blarrina, Luciano, Gutiérrez, Valdivia, Rodríguez y Ortega (2008) o el de Páez-Blarrina, Luciano, Gutiérrez, Valdivia, Ortega y Rodríguez (2008). En el primero de ellos, se vio que el número de participantes del protocolo ACT que continuaron la tarea incluso cuando recibían shocks muy fuertes (comparando pre-test y post-test) fue significativo y mostraron una creencia más baja de experiencia de dolor. En el segundo estudio se añadió además una tercera condición: aquellos que no recibían entrenamiento ni en valores ni en control cognitivo y obtuvo resultados similares.

Asimismo, se pueden encontrar en la búsqueda bibliográfica distintos protocolos de ACT aplicados en grupos de cáncer, como el ya citado de Páez, Luciano y Gutiérrez (2007) y en grupos de deshabituación tabáquica (Hernández-López, Luciano, Bricker, Roales-Nieto y Montesinos, 2009, según se cita en Ruiz, 2010). En éste, se llevaron a cabo siete sesiones con el protocolo ACT y otro protocolo de control cognitivo con el mismo formato y número de sesiones. Los resultados muestran que ACT obtuvo mayores tasas de abstinencia a los doce meses de seguimiento que el protocolo de control cognitivo.

De los artículos citados anteriormente, el de Páez, Luciano y Gutiérrez (2007) es el que requiere mención especial, puesto que ha servido de referente para la elaboración de éste. Al igual que ese estudio, el objetivo principal es que se produzca un cambio en la función de los eventos psicológicos para que no actúen como una barrera y que la

persona actúe orientada por aquello que considera valioso en su vida. Pero, a diferencia de lo que se propone ahí, en este trabajo se pretende aportar una intervención bajo la terapia ACT a un grupo de pacientes oncológicos, independientemente del tipo de cáncer, mientras que en el referente, lo que se pretende es realizar un estudio comparativo entre el protocolo ACT y el de control cognitivo, aplicado a un grupo de personas con cáncer de mama. Se pueden encontrar más diferencias, ya que en vez de realizar una sesión de evaluación inicial, cinco grupales y dos individuales, aquí se propone hacer dos sesiones de evaluación, seis grupales y una individual (evaluación post-tratamiento).

Por lo tanto, si se tiene en cuenta lo mencionado anteriormente, se puede vislumbrar algunos de los motivos que llevaron a escoger ACT como teoría base y al cáncer como ámbito de actuación. El cáncer es una de las enfermedades que más preocupa a la sociedad por su incidencia, prevalencia y por todas las consecuencias que conlleva a quien la padece y a sus familiares. Esto hace que el interés en su curación y prevención a nivel médico adquieran mayor importancia, pero también, se favorece la investigación a nivel psicológico para mermar aquellos problemas asociados a esta enfermedad, entre los que se puede citar ansiedad o depresión. En relación a esto, la Terapia de Aceptación y Compromiso ha emergido en los últimos años como una alternativa a todo lo que se venía haciendo a nivel terapéutico. Esta terapia se centra en aquellas personas que queden atrapados en el TEE (Trastorno de Evitación Experiencial). En el caso de enfermos oncológicos, la forma más frecuente de evitación inflexible es la ocurrencia de comportamientos de negación de su estado actual, lo que puede traer aparejado aislamiento, rebeldía, etc (Páez, M., Luciano, C. y Valdivia, S., 2008). Asimismo, otro de los motivos que llevó a la elección de este trabajo fue la escasa bibliografía que hay respecto a la aplicación de esta terapia en grupos.

En último lugar, cabe mencionar que se han establecido una serie de objetivos con la realización de este trabajo. Uno de ellos es proporcionar una alternativa teórica y práctica a lo que se ha venido haciendo en cáncer. Es decir, uno de los objetivos es exponer la planificación de una intervención, pero que no se ha llevado a cabo. En segundo lugar, otro objetivo es ampliar y profundizar más en este campo de estudio, para obtener mayor información sobre cómo se llevaría a cabo una intervención grupal en estos pacientes. Por último, otros objetivos marcados son favorecer el afrontamiento de esta enfermedad para que actúen en direcciones valiosas y acepten sus eventos

privados, así como obtener más información sobre la eficacia y limitaciones que este protocolo presenta.

2. MÉTODO

2.1 Participantes

Esta intervención está dirigida a personas diagnosticadas de cáncer y que demandan atención psicológica al servicio del hospital, o a asociaciones que ofrezcan este servicio, como la Asociación española contra el cáncer. Los dos principales criterios de inclusión son: diagnóstico de cáncer y que en la evaluación inicial o primera entrevista afirmen tener problemas para afrontar esta enfermedad, que supongan limitaciones en al menos dos aspectos importantes de su vida y reacciones ansiosas o depresivas. No se tienen en cuenta algunos aspectos de la enfermedad, como tipo de cáncer o tratamientos realizados, ya que se considera que estas diferencias pueden ser enriquecedoras para los componentes del grupo. Sí hay que tener en cuenta que los participantes no se encuentren en fase paliativa y que haya transcurrido al menos un mes de su diagnóstico y ya estén en tratamiento, para facilitar la homogeneidad del grupo. Un criterio de exclusión sería estar recibiendo tratamiento psicológico, debido a la incompatibilidad que se generaría. El número de participantes necesarios máximo es de diez, ya que se considera que con más se dificultaría el proceso terapéutico.

2.2 Diseño, variables e instrumentos

Se trata de un programa de intervención en el que se mide el afrontamiento al cáncer, basado en 1) aceptación de los eventos privados como medio para detectar y superar barreras psicológicas, 2) la clarificación de valores y las acciones encaminadas a ellos, 3) el yo como contexto y desliteralización y 4) práctica del compromiso con los valores. Para ello, se tuvieron en cuenta medidas de ansiedad, depresión, calidad de vida, adaptación mental al cáncer y áreas valiosas afectadas.

El protocolo está compuesto por cuatro sesiones individuales (una de selección, dos de evaluación inicial y pre-tratamiento y una después de las sesiones grupales que servirá de medida post-tratamiento), seis sesiones grupales y tres de seguimiento. Los instrumentos que se han utilizado son los siguientes (para más información, véase *Anexo I*):

-Cuestionario Hospitalario de Ansiedad y Depresión (Caro e Ibáñez, 1992, según se cita en Páez, Luciano y Gutiérrez, 2007): escala formada por catorce ítems, de los cuales siete se corresponden con la escala de ansiedad y los otros siete con la de depresión. Tiene cuatro opciones de respuesta relativas a la frecuencia con la que ocurren ciertas afirmaciones y se marca con una cruz aquella respuesta que coincida mejor con cómo se ha sentido en la última semana.

-Cuestionario de calidad de vida de la European Organisation for Research and Treatment (EORTC) QLQ-C30 (disponible en su página web www.eortc.org): cuestionario formado por 30 ítems, que se reparten en cinco escalas funcionales, tres escalas de síntomas y una escala global de calidad de vida, y un número de ítems adicionales. El formato de respuesta es una escala tipo Likert con 4 puntos de anclaje. El cuestionario presenta niveles adecuados de fiabilidad y validez (Arrarás et al, 1998).

-Cuestionario de adaptación mental al cáncer MINIMAC (Watson, Law y Dos Santos, 1994, según se cita en Montesinos, Hernández y Luciano, 2001): compuesto por 29 ítems, agrupados en cinco sub-escalas: espíritu de lucha, desesperanza, preocupación ansiosa, fatalismo y evitación cognitiva; y por una escala tipo Likert de cuatro puntos. Según Pérez Rodríguez (2007), la fiabilidad de las sub-escalas de este cuestionario son satisfactorias, a excepción de la de Fatalismo y espíritu de lucha, que han mostrado sólo niveles aceptables.

-Cuestionario de valores (Wilson et al, 2002, según se cita en Wilson y Luciano, 2002): el participante indica en este cuestionario 1) la importancia que tiene cada área en su vida de 1 a 10 (familia, ocio, trabajo, formación etc), 2) cuán consistente es entre lo que hace y lo que valora en cada área (de 1 a 10) y 3) obtiene el nivel de discrepancia entre ambas puntuaciones.

2.3 Procedimiento

El procedimiento de este protocolo queda dividido en varias fases, que son: 1) selección de participantes y evaluación inicial, 2) sesiones individuales iniciales, 3) sesiones grupales, 4) evaluación post-tratamiento y 5) seguimientos.

1. Selección de participantes y evaluación inicial.

Las personas seleccionadas para el grupo serán aquellas que demanden ayuda psicológica al servicio de Psicooncología del hospital o a distintas asociaciones. Tras la derivación de estas personas a terapia psicológica, se dedicará la primera entrevista como sesión de evaluación inicial, para determinar qué personas de las que acuden a este servicio son las más adecuadas para formar parte del grupo.

Se pedirá información sobre aspectos básicos del cáncer, como momento del diagnóstico, tipo de tratamiento, etc, con el objetivo de conocer la situación del paciente y de crear un buen ambiente terapéutico. En la entrevista se evaluará: 1) qué es lo que le hace venir a terapia y cómo está su vida después del diagnóstico, es decir, qué tipo de reacciones son más frecuentes en el paciente y su intensidad; 2) qué ha hecho el paciente durante este tiempo para solucionar sus preocupaciones, miedos, ganas de llorar, mal humor... 3) qué es lo que ha conseguido mediante sus intentos de solución, tanto a corto como a largo plazo y 4) qué áreas importantes de su vida están afectadas.

Una vez evaluados los aspectos más importantes y el psicólogo considera que se cumplen los criterios de inclusión, se propone el grupo de terapia psicológica. Se explica brevemente en qué consiste y sus principales objetivos. Si acepta, se le pasan los cuestionarios que aparecen en el apartado de instrumentos.

2. Sesiones individuales iniciales.

Con el objetivo de que todas las personas empiecen el grupo en las mismas condiciones y entiendan algunos aspectos fundamentales, se mantienen dos sesiones iniciales individuales con cada uno de los integrantes. Los objetivos principales que se han fijado son: establecer un buen contexto en el que fijar la terapia y profundizar más en la evaluación inicial. Estos dos objetivos son fundamentales por varios motivos: 1) que el paciente/cliente sea conocedor de que el terapeuta va a tratar de entenderlo a él y a su experiencia, 2) lo importante en terapia son sus valores, los que conducirán el tratamiento, 3) la incomodidad psicológica puede ser un signo de que la terapia está funcionando, siempre y cuando esté conectada con aquello que quiere y 4) profundizar más en aquellos aspectos que se trataron en la evaluación inicial para conseguir mayor información sobre el patrón de evitación experiencial, las reglas que rigen su vida y qué credibilidad existe entre sus eventos privados y acciones llevadas a cabo. De esta manera, lo que se está propiciando es una buena relación terapéutica asentada en el poder del cliente para reconducir su vida. Para ello, el terapeuta ACT se servirá de

distintos métodos y distintas estrategias. Por ejemplo, en estas dos sesiones puede introducir la “Metáfora de los dos escaladores” (véase Anexo 2) para exponer la similitud entre terapeuta y cliente (Wilson y Luciano, 2002). Además, el terapeuta realizará preguntas del tipo “¿Qué has hecho o haces cuando te viene el miedo?”, “¿En qué situaciones son más frecuentes?”, “¿Qué consigues con lo que haces?” y “¿Qué has conseguido a largo plazo?”. También usará el cuestionario sobre valores que rellenó en la evaluación inicial para que explique qué es lo que le gustaría hacer, qué hace y qué se interpone entre ambas.

3. Sesiones grupales

Durante las seis sesiones que se han diseñado para la puesta en marcha de este protocolo de intervención, se han establecido una serie de objetivos específicos para cada una de las sesiones, cuya duración aproximada es de una hora y media o dos horas. Es importante dejar el tiempo necesario en cada sesión para que cada integrante pueda expresarse adecuadamente y se facilite la comunicación entre los distintos integrantes. Las metáforas o ejercicios usados en las sesiones grupales se pueden encontrar en el manual de Wilson y Luciano (2002) y en el apartado de Anexos de este trabajo.

En primer lugar, en la *sesión 1* es fundamental que cada uno de los participantes haga su presentación, comentando los aspectos más importantes, tanto a nivel personal (nombre, situación familiar, laboral...) como de la enfermedad (tipo de cáncer, fase, qué tratamientos recibe o ha recibido...). A continuación, el terapeuta pasa a exponer las características generales del grupo y de la terapia. Es muy importante que comente en esta sesión cuáles son las normas del grupo, derechos y obligaciones que todos deben cumplir, entre las que se puede citar: no juzgar, ser puntual, respetar los turnos de palabra de cada persona. Además de esto, es clave que el terapeuta exponga las características principales de la terapia, tanto en lo relacionado al método que se va a seguir como en el papel que adquieren ambas partes en este contexto terapéutico. Aunque en la evaluación inicial, ya se ha dejado ver cuáles son los aspectos básicos del cliente y el terapeuta, se puede decir que el terapeuta puede anotar en esta sesión que necesita que ellos le ayuden a comprender su experiencia, ya que no puede experimentar esas vivencias de la misma forma, y que en ocasiones este proceso les puede resultar doloroso, lo que puede indicar que está siendo efectivo. Para ello, se puede hacer uso de dos metáforas: “Conocer el lugar”, para ejemplificar el objetivo relacionado con la

comprensión de su experiencia, y “Vaso sucio” o el “Armario desorganizado” que estaría relacionada con el dolor que puede aparecer en el transcurso hacia una vida orientada hacia los valores (ver Anexo 3).

En la *sesión 2*, se establece como aspecto central el trabajo sobre los valores. Lo que se pretende conseguir en esta sesión es que el cliente pueda estar en contacto con sus valores personales, con las vías en las que se han visto comprometidos, que identifique qué áreas le gustaría fomentar y tomar los valores como una dirección hacia la cual dirigir sus acciones. Para ello, se retomará en esta sesión el Cuestionario de valores y se expondrá la “metáfora del jardín”, el ejercicio del epitafio, y la metáfora “El punto en el horizonte”.

En primer lugar, se explica al grupo lo que se va a hacer en esta sesión con el “Cuestionario de valores”, rellenado en la evaluación inicial. En esta actividad, cada integrante escribirá en una hoja cómo le gustaría ser, o cómo sería para él la persona ideal si nada se interpusiera, en cada una de las áreas: matrimonio/parejas/relaciones íntimas, relaciones familiares, amistades/relaciones sociales, empleo, educación/formación, diversión, espiritualidad, ciudadanía y bienestar físico. Cada uno, pensará en estas áreas en términos de metas y de direcciones vitales de carácter más general. Es decir, las metas sería aquello que se puede completar, por ejemplo, obtener el diploma universitario; mientras que las direcciones valiosas no tienen un final, siempre se puede seguir trabajando, como por ejemplo, ser mejor profesional. Tras la puesta en común de aquello que han trabajado y de la intervención junto con el terapeuta para clarificar los valores, pondrán en común las puntuaciones otorgadas en la columna de importancia a cada área (del 1 al 10) y cuánto han sido de consistentes entre lo que hacen y lo que valoran en cada una de ellas, para finalmente obtener el nivel de discrepancia entre la importancia y la consistencia. Una vez realizado todo esto, hay que centrarse en las metas, acciones y barreras, ya que poner los valores en acción es el fin que se busca (Wilson y Luciano, 2002). Tras ordenarlas en función de su importancia, se les pide a cada uno que aporten metas concretas que vayan en esa dirección, o lo que es lo mismo, que aporten actos que puedan llevar a cabo para completar su vida, y después se trabaja con ellos a cerca de qué es hay entre ellos y lo que quieren hacer.

En segundo lugar, se expondría la “metáfora del jardín” (ver Anexo 4) con el objetivo de poner en contacto al cliente con aquello que le importa y lo que se pone en

medio. En tercer lugar, se pedirá al cliente que escriba un epitafio, es decir, que escriba aquello que representó en su vida, mientras que el terapeuta irá preguntándoles si se encuentran haciendo aquello por lo que quieren que sean recordados. Asimismo, para acabar con esta sesión, se usará la metáfora “El punto en el horizonte” (ver anexo 4) para evaluar las direcciones valoradas y exponer de forma más clara que éstas no tienen fin.

La *sesión 3* se basa en trabajar fundamentalmente la desesperanza creativa, analizar qué supone el control de los pensamientos y proponer la aceptación como una alternativa a lo que se viene haciendo. Lo que se propone desde ACT es que los intentos de reducir o eliminar una serie de eventos privados de carácter negativo pueden funcionar a corto plazo, pero a la larga pueden resultar limitantes. Por ello, lo que se pretende transmitir en esta sesión es que a pesar de que la sociedad enseña que hay que evitar el sufrimiento, se puede vivir una vida valiosa bajo cualquier condición, estableciendo la meta en vivir bien y sentirse como sea que uno se siente mientras vive bien (Wilson y Luciano, 2002). Para ello, el terapeuta pedirá al cliente detalles sobre la lucha que ha mantenido siempre, y le anima a encontrar ese sentimiento de desesperanza y el valor que tiene. Después de que cada uno de los integrantes se haya podido expresar, se introduce la “Metáfora del hombre en el hoyo” (ver anexo 5), para que cada uno comente qué le ha sugerido esta metáfora. A continuación, se generarán en la sesión aquellas situaciones amenazantes para anotar qué emerge en cada uno de ellas y ver en qué situaciones ha funcionado aquello que ha hecho. En esta sesión es fundamental buscar la desesperanza como experiencia, no como concepto y que no se sientan como víctimas, sino que se habla sobre la libertad de elegir qué hacer. Otro ejercicio que puede acompañar a estos objetivos es el de “No pienses en...”, que ayudará a clarificar lo que se está exponiendo. Además, en esta sesión también se introducirá la aceptación como una alternativa del control.

En la *sesión 4*, los objetivos marcados fueron trabajar el control de los eventos privados como problema y estar dispuestos a tenerlos como alternativa. Es decir, que estén dispuestos a experimentar lo que sea que muestre la historia de cada uno. Para ello, es muy importante reconocer el esfuerzo que han hecho hasta ahora para librarse de todo aquel contenido psicológico negativo para plantear el problema del control. En este caso, se introduciría la “Metáfora de la lucha con el monstruo” (ver anexo 6). Después, es necesario que se trabaje el tema de la utilidad de este control, ya que el

control consciente e intencionado es una buena herramienta para la solución de problemas, salvo que cuando nos hacemos dependientes, todo parece un problema para ser solucionado. Para ejemplificar la ineficacia que conlleva el control de la emoción, emplearía la “Metáfora del polígrafo” (ver Anexo 6). Tras su exposición, hay que favorecer la comunicación de todos los participantes, que comenten qué les ha sugerido y que lo relacionen con su situación. Asimismo, con el objetivo de que estén dispuestos o abiertos al contenido psicológico y conozcan cuál es el coste que tiene seguir las estrategias de control, se presentaría la “Metáfora del dique con agujeros (ver Anexo 6).

En la *sesión 5*, los objetivos que se trabajaron fueron aquellos que están relacionados con el distanciamiento del lenguaje: aceptación de eventos privados como alternativa al control, desactivación de funciones, distinguir las dimensiones del yo y alterar la literalidad y contextos verbales.

En primer lugar, es necesario recordar y afianzar lo realizado en la sesión anterior en relación a la aceptación como alternativa al control, para lo que será importante introducir una metáfora, por ejemplo “La manta sobre la hierba”. En segundo lugar, un componente básico, transversal a la intervención y que se va a trabajar es alterar aquellos contextos verbales que mantienen o favorecen la evitación experiencial destructiva. En tercer lugar, otro de los objetivos establecidos en la quinta sesión es que distingan las distintas dimensiones del yo. En este caso, sería conocer y distinguir el yo como contexto y el yo como contenido. Este paso es necesario ya que es fundamental distinguir el yo-como-contexto del yo-contenido para una aceptación radical, puesto que es más fácil aceptar que uno tiene algo (por ejemplo, eventos privados negativos) que aceptar que uno es malo. Esta identificación entre el yo y los contenidos de la conciencia aparece habitualmente en nuestra forma de comunicarnos, por lo que este paso de ruptura del autoconcepto puede ser muy difícil. La “Metáfora del tablero y las fichas” (basada en Hayes et al., 1999, según se cita en Wilson y Luciano, 2002), puede servir de gran ayuda en este objetivo (ver Anexo 7), tras la cual será necesaria una puesta en común entre clientes y terapeuta. Otro ejercicio que también serviría para este mismo objetivo sería el “El otoño y las hojas”, en el cual se trata de fisicalizar los pensamientos y las emociones para facilitar el distanciamiento. Por último, también se abogaría por que los clientes fueran conscientes de sus pensamientos y emociones y los etiquetaran como tal, que se distingan entre sí mismos y el contenido. Para ello, se pueden llevar a cabo distintos ejercicios, como usar el

prefijo “Yo estoy teniendo el pensamiento...”. Otro ejercicio que conduce a la de-fusión entre el yo y valores o pensamientos es el ejercicio del limón, en el que el cliente comenta qué es lo que le viene al pensar en él y al morderlo, para que conecte este ejercicio con su vida, ya que en este caso puede estar notando el limón, pero no está presente. Para finalizar esta sesión, se podría proponer la “Metáfora de la burbuja azul” (ver Anexo 7), con la que se pretende que al cliente pueda ver distintas soluciones o salidas a los eventos privados.

Por último, en la *sesión 6*, se va a trabajar para afianzar la práctica del compromiso en valores y hacer más espacio a la aceptación incondicional del cáncer. En esta última sesión, se pretende detectar y normalizar las barreras y afianzar todo lo que se ha expuesto durante las sesiones. Para que los participantes aprendan que tomar una dirección valiosa no significa que en cada momento se vayan a ver los resultados que se desean, sino que esto incluye una diversidad de circunstancias, se plantea la “Metáfora del viaje” (ver Anexo 8). Para afianzar lo que se vio en otra sesión, en la que se comentaba que los valores no se agotan y favorecer que los clientes sigan comprometidos con los valores, se propone la “Metáfora de caminar con chinas en el zapato” (ver Anexo 8). Finalmente, con los objetivos de que se impliquen en su vida y que sepan que no estar totalmente abierto a los eventos privados tiene un coste, se incluye en esta sesión la “Metáfora de bienvenidos todos y el invitado grosero” (ver Anexo 8), favoreciendo la rueda de impresiones entre todos los participantes. Asimismo, se fomentará la participación de todos ellos, para que expongan sus impresiones de esta sesión y de todas las anteriores.

4. Evaluación post-tratamiento.

Tras las sesiones grupales, se mantendrá una sesión individual con cada uno de los integrantes para conocer en qué aspectos necesita más ayuda y por lo tanto, reforzar más en profundidad. En esta sesión de evaluación post-tratamiento, se puede aprovechar para que cada miembro del grupo exponga ante el terapeuta sus impresiones acerca de la terapia grupal: si cree que le ha ayudado, en qué medida, cómo se ha sentido, etc. Finalmente, se pasaban todos los cuestionarios.

5. Seguimientos.

Se realizaron tres seguimientos, a los tres meses, a los seis y a los doce. En estas sesiones cada participante hacía un resumen de aquellos acontecimientos más importantes o situaciones en las que han tenido problemas sobre cómo afrontarlas, contaba cómo había afrontado estas situaciones u otras y finalmente, se pasaban los cuestionarios. Si es necesario, se puede añadir alguna metáfora o ejercicio relacionados con aquel aspecto que les causa más problemas, con el objetivo de afianzarlo.

3. RESULTADOS

Puesto que en este trabajo sólo se presenta una planificación de la intervención, no se pueden presentar resultados en las variables medidas. Sin embargo, sí se pueden mencionar aquellos análisis que serían necesarios para conformar los resultados del protocolo y determinar en qué medida ha sido efectivo.

Para analizar los datos, es necesario exponer qué criterios se han seguido para considerar que en las variables medidas se ha dado un cambio clínico significativo. En la variable ansiedad y depresión (medidas con el HADS), las puntuaciones en cada una de esas subescalas entre 0-7 indicaban que existía en grado bajo, entre 8 y 10 un grado medio, y superior a 11 que los niveles son altos. En la variable calidad de vida, se usó el cuestionario QLQ-C30, por lo que se siguieron aquellos criterios establecidos en este instrumento. En cuanto a la adaptación mental al cáncer (cuestionario Mini-mac), se sumaban los ítems pertenecientes a cada sub-escala, y se consideró que estarían afectadas si superaban los puntos de corte (ver *Anexo 9*). En cuanto al número de áreas afectadas, se consideró que estarían afectadas si: fuese importante en más de cinco puntos y el grado de consistencia estuviera en cinco puntos o por debajo. El cambio relevante se daría si el participante informaba de los cambios en dos áreas de valor previamente afectadas.

En segundo lugar, sería necesario obtener los resultados de cada participante en cada variable medida y en todos los momentos en que se completaron los cuestionarios (pre-tratamiento, post-tratamiento, seguimiento 1, seguimiento 2 y seguimiento 3).

Por último, se llevarían a cabo aquellos análisis estadísticos necesarios para comparar los datos obtenidos en el pre-tratamiento, post-tratamiento y el seguimiento realizado al año en cada sujeto y en cada variable, y comprobar si éstos han sido

significativos. Se ha escogido el último seguimiento porque uno de los criterios de eficacia más relevante es el mantenimiento a largo plazo.

4. CONCLUSIONES

A pesar de que la realización de este trabajo no ha aportado datos relacionados con la eficacia de la intervención o en qué grado la Terapia de Aceptación y Compromiso ha producido cambios en los integrantes, debido a que no se ha puesto en práctica, sí que ha contribuido en distintos aspectos.

En primer lugar, la elaboración de este protocolo ha favorecido que se cumplan algunos de los objetivos que se habían marcado inicialmente. Concretamente, se ha conseguido plasmar otra alternativa tanto a nivel teórico como práctico a las terapias psicológicas que se vienen usando en el ámbito terapéutico en general, y en pacientes oncológicos en concreto. De este modo, se ha podido ampliar y profundizar más en la aplicación de esta terapia.

En segundo lugar, se ha podido constatar que a pesar de que existen muchos estudios que muestran su eficacia, es necesario que se sigan haciendo investigaciones básicas en relación a esta terapia y sus métodos, para conseguir una base sólida y conocer cuáles son los mecanismos que la sustentan. De esta manera, se ha pensado que se podría comparar este protocolo con otro basado en estrategias de control cognitivo para fomentar la investigación en esta área y comprobar cuál es más efectiva y qué aspectos se podrían mejorar de este protocolo.

Por último, la realización de este trabajo también ha favorecido la adquisición de distintas competencias y contenidos. En relación a esto, cabe decir que este trabajo ha aportado un amplio conocimiento de las terapias de tercera generación, y de ACT en concreto, favoreciendo un contacto más directo con esta terapia. Del mismo modo, se ha puesto en práctica una búsqueda bibliográfica relacionada con el tema que favoreciera la comprensión del mismo y que aportara datos sobre cómo sería un proceso de intervención bajo el marco de esta terapia. Finalmente, se puede destacar que en la realización de este trabajo se han puesto en marcha distintas competencias adquiridas durante el grado, y además, se han tenido en cuenta distintos conocimientos expuestos durante estos años con el objetivo de integrarlos en este protocolo.

REFERENCIAS

- Arrarás, J.I., Dueñas, T., Meiriño, R., Prujá, E., Villafranca, E. y Valerdi, J.J. (1998). La calidad de vida en el paciente oncológico: estudios del servicio de oncología del Hospital de Navarra en el grupo de calidad de vida de la EORTC. *Anales*, 21, 1, 47-53.
- Barnes-Holmes, D., Rodríguez, M. y Whelan, R. (2005). La teoría de los marcos relacionales y el análisis experimental del lenguaje y la cognición. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 2, 255-275.
- Gutiérrez, O., Luciano, M.C., Rodríguez, M. y Fink, B. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35, 767-783.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Luciano, C. y Valdivia, M.S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27, 2, 11-23.
- Luciano, M.C., Valdivia-Salas, S., Gutiérrez, O., y Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *EduPsykhé. Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5, 173-201.
- Montesinos, F., Hernández, B. y Luciano, M.C. (2001). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en pacientes enfermos de cáncer. En M.C. Luciano (Dir.), *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Libro de casos*. Promolibro, Valencia.
- Páez-Blarrina, M., Luciano, M.C., y Gutiérrez, O. (2005). La aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el tratamiento de problemas psicológicos asociados al cáncer. *Psicooncología*, 2, 49-70.
- Páez-Blarrina, M., Luciano, M.C., Gutiérrez, O. (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología*, 4, 75-95.

- Páez, M., Luciano, C., Valdivia, S. (2008). Aportaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en los cuidados al final de la vida. En Luis A. Oblitas y cols.: *Manual de Psicooncología*. Bogotá: PSICOM
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S. y Luciano, M.C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 1, 1-20.
- Páez-Blarrina, M., Luciano, C., Gutiérrez, O., Valdivia, S., Ortega, J. y Rodríguez, M. (2008). The role of values with personal examples in altering the functions of pain: Comparison between acceptance-based and cognitive-control-based protocols. *Behaviour research and therapy*, 46, 84-97.
- Páez-Blarrina, M., Luciano, C., Gutiérrez, O., Valdivia, S., Rodríguez, M. y Ortega, J. (2008). Coping with pain in the motivational context of values. Comparison between an acceptance-based and a cognitive control-based protocol. *Behavior modification*, 32, 3, 403-422.
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *Edupsykhé. Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5, 157-172.
- Pérez Rodríguez, S. *Sintomatología de estrés postraumático en pacientes con cáncer de mama e identificación de posibles factores de riesgo*. [Tesis doctoral]. Universidad de Valencia; 2008.
- Ruiz, F.J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical evidence: correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 1, 125-162.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumentos de medida.

1. Cuestionario Hospitalario de Ansiedad y Depresión (Caro e Ibáñez, 1992, según se cita en Páez, Luciano y Gutiérrez, 2007).

<p>Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cual es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.</p> <p>Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.</p> <p>No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.</p>	
A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:	<ul style="list-style-type: none">3. Casi todo el día2. Gran parte del día1. De vez en cuando0. Nunca
D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:	<ul style="list-style-type: none">0. Ciertamente, igual que antes1. No tanto como antes2. Solamente un poco3. Ya no disfruto con nada
A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:	<ul style="list-style-type: none">3. Sí, y muy intenso2. Sí, pero no muy intenso1. Sí, pero no me preocupa0. No siento nada de eso
D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:	<ul style="list-style-type: none">0. Igual que siempre1. Actualmente, algo menos2. Actualmente, mucho menos3. Actualmente, en absoluto
A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:	<ul style="list-style-type: none">3. Casi todo el día2. Gran parte del día1. De vez en cuando0. Nunca
D.3. Me siento alegre:	<ul style="list-style-type: none">3. Nunca2. Muy pocas veces1. En algunas ocasiones0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:
0. Siempre 1. A menudo 2. Raras veces 3. Nunca
D.4. Me siento lento/a y torpe:
3. Gran parte del día 2. A menudo 1. A veces 0. Nunca
A.5. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:
0. Nunca 1. Sólo en algunas ocasiones 2. A menudo 3. Muy a menudo
D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:
3. Completamente 2. No me cuido como debería hacerlo 1. Es posible que no me cuide como debiera 0. Me cuido como siempre lo he hecho
A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:
3. Realmente mucho 2. Bastante 1. No mucho 0. Nunca
D.6. Espero las cosas con ilusión:
0. Como siempre 1. Algo menos que antes 2. Mucho menos que antes 3. En absoluto
A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:
3. Muy a menudo 2. Con cierta frecuencia 1. Raramente 0. Nunca
D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:
0. A menudo 1. Algunas veces 2. Pocas veces 3. Casi nunca

2. Cuestionario de calidad de vida EORTC QLQ-C30.



EORTC QLQ-C30 (versión 3)

Estamos interesados en conocer algunas cosas de usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones "acertadas" o "desacertadas". La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

Por favor ponga sus iniciales:

--	--	--	--	--

Su fecha de nacimiento (día, mes, año):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de hoy (día, mes, año):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>largo</u> ?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>corto</u> fuera de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?	1	2	3	4

Durante la semana pasada:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	1	2	3	4
8. ¿Tuvo sensación de "falta de aire" o dificultad para respirar?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesitó parar para descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4

Por favor, continúe en la página siguiente

Durante la semana pasada:		En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
16.	¿Ha estado estreñido?	1	2	3	4
17.	¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18.	¿Estuvo cansado?	1	2	3	4
19.	¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4
20.	¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3	4
21.	¿Se sintió nervioso?	1	2	3	4
22.	¿Se sintió preocupado?	1	2	3	4
23.	¿Se sintió irritable?	1	2	3	4
24.	¿Se sintió deprimido?	1	2	3	4
25.	¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4
26.	¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27.	¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su actividades <u>sociales</u> ?	1	2	3	4
28.	¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4

29. ¿Cómo valoraría su salud general durante la semana pasada?

1	2	3	4	5	6	7
Pésima						Excelente

30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?

1	2	3	4	5	6	7
Pésima						Excelente

Anexo 2. Metáfora en sesiones individuales iniciales.

Metáfora de los dos escaladores

Es como si nosotros dos fuéramos escaladores, cada uno en su propia montaña, separadas por un valle. Yo puedo ser capaz de ver una vía por la que subir su montaña, no porque la haya escalado antes, ni porque yo esté en la cima gritándole a usted por dónde tiene que subir, sino porque estoy situado en un punto desde el que puedo ver cosas que no pueden verse desde donde está usted. Ésta es su terapia, pero ¿y si fuera la mía?...Yo tengo mi propia montaña que subir, y entonces usted podría decirme algo sobre la senda por la que estoy subiendo. Mi ventaja aquí no consiste en que yo sea más grande, mejor o más fuerte que usted. Es simplemente la ventaja de la perspectiva. Por otro lado, hay cosas respecto a su montaña que yo no puedo saber, cosas respecto a las cuales tendré que confiar en lo que usted me diga. Por ejemplo, si la montaña que usted está tratando de escalar es la montaña “correcta” o no, es sólo una cuestión de valores. Únicamente usted puede responder a eso. Asimismo, aunque yo sea capaz de aconsejarle acerca de la senda que veo, no puedo subir su montaña por usted. En realidad, es usted quien tiene la tarea más difícil.

Anexo 3. Intervenciones en Sesión 1.

Metáfora de conocer el lugar

Es como ir a un nuevo trabajo donde hay numerosos aparatos que manejar y reglas de organización, pero uno va sin conocer nada sobre la sensibilidad de los aparatos y las reglas del sistema, o sin saber quién organiza el trabajo y el papel de cada uno. Uno haría mejor el trabajo si se dispusiera a aprender el manejo de los aparatos y las reglas de funcionamiento. Dígame todo lo que pueda para que yo pueda entender su problema, su experiencia y sus reglas, lo que le trae a consulta.

Metáfora del vaso sucio

Suponga que tener un vaso limpio y transparente fuera algo relevante para usted. Sin embargo, el vaso está muy sucio, lleno de partículas y elementos que no le gustan, le molesta verlos. Para poder conseguir ver el cristal transparente hay que echar agua, y durante el proceso el vaso estará aún más sucio que al principio. Es paradójico que esté más sucio cuando se está limpiando. La cuestión es que ese proceso turbio, confuso, donde el vaso parece más sucio que antes tiene un valor en tanto que es parte del proceso para conseguir limpiar el vaso.

Metáfora del armario desorganizado

Supongan que para ustedes, tener un armario muy ordenado, con la ropa bien colocada, fuera muy relevante. Sin embargo, con el cambio de temporada, tiene que sacar la ropa que hay dentro y ordenar toda la que tienen que colocar de esta temporada. Para poder ver su armario ordenado nuevamente y con la otra ropa, primero hay que sacar la que está dentro, y durante este proceso, su habitación va a estar más desordenada, y su armario más vacío. Es paradójico que todo esté desorganizado, cuando lo que busca es dejar todo en orden. La cuestión es que estos pasos son necesarios, son parte del proceso para conseguir un armario ordenado.

Anexo 4. Intervenciones en Sesión 2

Metáfora del jardín

Supongan que ustedes son un jardinero que ama su jardín, que le gusta cuidar de sus plantas, y que nadie más que usted tiene responsabilidad sobre el cuidado de las plantas. Supongan que las plantas son como las cosas que ustedes quieren en sus vidas...así, ¿cuáles son las plantas de su jardín? ¿Cómo ve las plantas como jardinero? ¿Tienen flores, huelen bien, están frondosas? ¿Está cuidando las plantas que más quiere como usted las quiere cuidar?...Claro que no siempre dan las flores en el lugar que usted quiere, en el momento que lo desee; a veces, se marchitan a pesar del cuidado; la cuestión es cómo ve que las está cuidando, ¿qué se interpone en su camino con las plantas, en su quehacer para con ellas? Quizás esté gastando su vida en una planta del jardín. Ya sabe que en los jardines crecen malas hierbas. Imagine un jardinero que las corta tan pronto las ve, pero las malas hierbas vuelven a aparecer y nuevamente el jardinero se afana en cortarlas y así, ¿es ésta su experiencia con su problema? Surgen los pensamientos relacionados con la enfermedad y abandona el cuidado del jardín para ocuparse de ese problema. No obstante, las malas hierbas, a veces, favorecen el crecimiento de otras plantas, bien porque den espacio para que otras crezcan, bien porque hagan surcos. Puede que esa planta tenga algún valor para que las otras crezcan. A veces, las plantas tienen partes que no gustan, pero que sirven, como ocurre con el rosal que para dar rosas ha de tener espinas. ¿Qué os sugiere? ¿Podéis ver sus plantas y las áreas de su jardín donde aún no hay semillas? Algunas estará mustias y otras frondosas. Habladme de vuestras plantas y de si las cuidas como queréis cuidarlas. Decidme si estáis satisfechos con el cuidado que dais a vuestras plantas, si las cuidáis de acuerdo con lo que valoráis en vuestra vida.

El trabajo que se hará aquí es como plantar una nueva semilla que tendremos que hacer crecer con el trabajo que todos hagamos. Esta nueva planta la alimentaremos hasta que ustedes tengan habilidad cuidando las demás plantas, las cosas importantes de su vida como usted quiera cuidarlas. Hay otra cosa importante: cualquier jardinero sabe que el crecimiento de sus plantas no depende de su estado de ánimo, sino que cada planta requiere un cuidado sistemático y apropiado y, a pesar de ello, nadie puede garantizar el resultado completo con cada planta...Quizá

el jardinero le gustase que el cuidado de una planta diese a luz una planta con un número de flores blancas de un tamaño preciso, en un tiempo concreto. Pero el jardinero sabe muy bien que la planta puede ofrecer otras flores distintas, en menor número y desprendiendo un olor menos agradable que el deseado, o quizá más. No es algo que el jardinero pueda controlar. La cuestión es si a pesar de ello valora el cuidado de esas plantas. Es más, las cosas, personas..., que queremos en nuestra vida se parecen a las plantas del jardín. A veces el jardinero quizá se impacienta si la planta tarda en crecer o lo que crece inicialmente no le gusta. Si el jardinero arranca de “cuajo” lo plantado y pone otra semilla, nunca verá crecer la planta, y su vida girará sólo en poner semillas sin llegar a vivir cada momento del crecimiento. Otra opción es seguir cuidando las plantas, con lo que ofrezcan cada momento.

Es importante que sepamos que yo nunca podré plantar semillas en su jardín, ni decirle qué semillas plantar, y cómo crecerá mejor; que nunca podré cuidar de sus plantas. Sólo usted podrá hacerlo. Y ahora, os pregunto si, por un minuto, ¿podríais dejar de centraros en la planta que os molesta, la que os ha traído aquí? ¿Estaríais dispuestos aun con cualquier pensamiento sobre esa planta que no quiere a hablar de las otras plantas de su jardín, de cómo están, e incluso estaríais dispuestos a hacer algo con ellas, a cuidarlas incluso sin ganas?...Dígame, ¿qué hay entre ustedes y el cuidado de sus plantas? ¿Qué le impide cuidarlas ya?

Metáfora “El punto en el horizonte”

Les decimos a los integrantes del grupo que tomar una dirección es como dirigirse hacia el Este. Les decimos que no importa cuán lejos se vaya hacia el Este; siempre se puede ir un poco más en esa dirección (siempre ay más Este, y se esté donde se esté, el Este nunca acaba). También señalamos que cuando uno está dirigiéndose al Este puede seleccionar algún punto en el horizonte, la cima de una montaña o un gran árbol en la planicie, y dirigirse hacia allí. De la misma manera, caracterizamos las metas a largo plazo como puntos en el horizonte: no son fines en sí mismos, más bien son lugares a lo largo del camino que nos pueden ayudar a seguir orientados en nuestro viaje. Esta metáfora puede ayudarnos también a ilustrar el valor que tiene echar una mirada ocasional a nuestros pies, para ver dónde debe darse el siguiente paso. Si pasamos demasiado tiempo mirando ese punto en el horizonte, podemos

tropezar con algún obstáculo que está justo delante de nosotros. Por otra parte, si prestamos demasiada atención a cada paso, evitaremos el obstáculo que está enfrente, pero si no nos orientamos ocasionalmente hacia nuestro punto en el horizonte, podemos perder el rumbo fácilmente. Viajar hacia lo que valoramos implica necesariamente una cierta tensión entre prestar atención al próximo paso y controlar hacia dónde nos dirigimos.

Anexo 5. Intervenciones en Sesión 3

Metáfora del hombre en el hoyo

La situación en la que ustedes se encuentran se parece un poco a esto. Imaginaros que estáis en un campo, llevando una venda en los ojos y una pequeña bolsa de herramientas. Se os ha dicho que vuestra tarea consiste en correr por ese campo con los ojos vendados. De hecho, es como se supone que debe vivir su vida Y ustedes hacen lo que le han dicho que haga Pero usted no sabe que en la granja hay hoyos grandes y muy profundos, lo ignoraba completamente. Así que empieza a correr por el campo y tarde o temprano cae en uno de esos grandes agujeros. Empieza a palpar las paredes del hoyo y se da cuenta de que no puede saltar fuera y de que tampoco hay otras vías de escape. Es probable que, en un apuro semejante, usted coja la bolsa de herramientas que le han dado y empiece a mirar qué hay en ella, pues quizás asó encuentre algo que pueda usar para escapar del hoyo. Ahora suponga que efectivamente hay una herramienta en esa bolsa, pero se trata de una pala. Y eso, aparentemente, es todo lo que tiene. Así que empieza a cavar con diligencia, pero muy pronto advierte que no sale del hoyo. Intenta entonces cavar más y más rápido, pero sigue en el hoyo. Así que lo intenta con grandes paladas o con pequeñas, arrojando lejos la tierra o arrojándola cerca..., pero continúa en el agujero. Todo ese esfuerzo y todo ese trabajo y, por raro que parezca, lo único que ha conseguido es que el hoyo se haga cada vez más y más profundo, ¿no es así? Y entonces ustedes viene aquí pensando: ¡Bueno, tal vez él tenga una pala lo bastante grande, una preciosa pala mecánica! Pues no, no la tengo. Y si la tuviera, no la usaría, porque cavar no es la forma de salir del hoyo: al contrario, cavando es como se hacen los hoyos. Tal vez lo que pasa es que todo el plan está equivocado y no tiene solución: cavando no puede conseguir una escapatoria, lo único que hace es hundirse más.

Anexo 6. Intervenciones en Sesión 4.

Metáfora la lucha contra el monstruo

(basada en Hayes et al., 1999, según se cita en Wilson y Luciano, 2002).

El contenido de esta metáfora puede hacerse a modo de diálogo socrático. El contenido tiene como objetivo que el cliente lo relacione con su experiencia de lucha. Se le pregunta al cliente si su problema se parece a una persona que estuviese unida a un monstruo por una cuerda y con un foso entre ambos. Mientras el monstruo está tranquilo, dormido, tumbado, esa persona no puede verlo, pero en cuanto se despierta se hace insoportable, insufrible, y esa persona tira de la cuerda para conseguir tirar al monstruo al foso. A veces parece que se calma al tirar de la cuerda, como si se diera por vencido, pero lo que ocurre a la larga es que cuanto más tira esa persona, más próxima está del filo del foso y, por el contrario, más grande, fuerte y amenazante está haciéndose el monstruo. Así la situación es que esa persona tiene que estar pendiente constantemente de si el monstruo se levanta para tirar de la cuerda y, además, cuando ella tira el monstruo también lo hace, lo que a veces lleva a que ella esté al borde del abismo. Y mientras, su vida se limita a estar pendiente de la cuerda. A esa persona le gustaría no estar atado al monstruo, pero eso no es algo que pueda cambiarse, de manera que se plantea qué puede hacer basado en su experiencia. Una posibilidad para hacer su vida es soltar la cuerda y ver al monstruo. Otra que su vida se limite a estar pendiente de la cuerda.

Metáfora del polígrafo

Tomemos el ejemplo de la ansiedad. Supongamos que el conecto a mi polígrafo superpotente. Usando este equipo de alta tecnología, puedo decirle si está experimentando incluso la más mínima cantidad de ansiedad. Imagine que le tengo totalmente conectado y le doy las siguientes instrucciones: “Bajo ninguna circunstancia se ponga ansioso. Si lo hace, seré capaz de detectarlo sin la menor duda”. Ahora, con el objeto de asegurarnos de que usted está adecuadamente motivado, voy a desenfundar mi pistola de nueve milímetros y le voy a apuntar a la cabeza; tenga la seguridad de que el dispararé si detecto la menor ansiedad. ¿Cuánto tiempo cree que aguantaría?

Ahora quiero que se dé cuenta del efecto que tiene la pistola. Si yo le hubiera pedido que pasara la aspiradora o cambiara los muebles de sitio, la pistola habría hecho mucho más probable que usted obedeciera y dejara esto limpio. Con la ansiedad, lo que ocurre es que es mucho menos probable que usted consiga lo que pretende.

Metáfora el dique con agujeros

Veamos, imaginarios un dique que tiene agujeros por los que antes o después sale agua y suponga que aquí está una persona para quien ver correr el agua a través de esos agujeros le produce una sensación d descontrol tremenda y desasosiego extremo que no puedo soportar. Pero no hay problema, porque esta persona parece que ha encontrado un modo de evitar su desasosiego y su necesidad de controlar que el agua fluya. Verá (aquí el terapeuta fisicaliza los movimientos que describe). Esta persona está pendiente de ver si fluye el agua por los orificios. Tan pronto ve que el agua fluye por uno, rápidamente se tranquiliza porque lo resuelve poniendo el dedo índice en el pequeño agujero. Más tarde, tampoco tiene problemas, ya que cuando el agua fluye por otro orificio, sitúa el otro dedo índice. Más tarde, ve que fluye agua por otro, pero tampoco hay problemas, coloca un dedo del pie derecho. Más tarde, coloca el dedo del pie izquierdo en otro orificio. Vuelve la tranquilidad y la sensación de control. Aún sigue sin problemas, ya que cuando surge agua por otro agujero sitúa su nariz en el orificio y vuelve a tranquilizarse. Y así sucesivamente. Parece que está controlando, eh, ¿qué le parece? Fíjese cómo está... Sin embargo, este hombre no encuentra la tranquilidad, ya que sí parece que pueda controlar el agua, pero ¿a qué precio? Se lamenta de no poder llevar su vida, tiene que estar controlando que el agua no salga. Finalmente, no es feliz en esa posición. ¿Qué le sugiere?, ¿qué es lo que, como el agua, no puede soportar? Y ¿cuál es el precio que tiene que pagar por no ver fluir el agua?

Anexo 7. Intervenciones en Sesión 5.

Metáfora del tablero y las fichas

Imaginaos un tablero que “se mueve” en todas las direcciones. Tiene piezas blancas y negras que forman equipos como en el ajedrez: las blancas juegan contra las negras. Imagine que sus pensamientos, sensaciones, son como piezas de este tablero que juegan también en equipos. Por ejemplo, las sensaciones negativas (que las mencionen los miembros del grupo) se unen a los pensamientos y recuerdos negativos (que los mencionen ellos también). Lo mismo ocurre con las fichas buenas. Lo que hace en su vida se parece al juego del ajedrez: se pone del lado de unas piezas, digamos que se pone del lado de las piezas blancas (esas piezas que usted quiere que ganen serían, por ejemplo, pensamientos de seguridad, de tener razón en lo que hace, etc.) para luchar contra... (que los clientes lo digan)... Entonces, es como si nos subiéramos a lomos del caballo blanco y nos dispusiéramos a luchar contra las fichas negras, o sea, luchando contra la ansiedad, la depresión, los pensamientos negativos, lo que fuere para echarlos fuera del tablero. En este juego de la guerra, lo que su experiencia le dice es que usted pelea, y lo que ocurre es que las fichas se hacen cada vez más grandes, y cuanto más lucha, más grandes se hacen: parece como si se multiplicasen con la lucha. Lo cierto es que aunque no sea algo lógico, el resultado que usted tiene es que cuanto menos está usted dispuesto a tener esas fichas negras y, por tanto, pelea contra ellas, ocurre que estas piezas están más presentes en el centro de su vida... La lógica es que si pelea con ellas, conseguirá echarlas del tablero, pero la experiencia no dice eso, sino lo contrario, ¿no es así? Las piezas que quiere echar permanecen en el tablero y más activas y, entonces, la batalla continúa. No hay salida; es una zona de guerra, y lo peor es que esa zona comienza a estar invadida de sentimientos de que “no hay salida, no tiene arreglo”; es más, que “no puede ganar” y que tampoco “puede dejar de luchar”... La cuestión es que si usted está en guerra con sus pensamientos, eso significa que hay algo en usted que está mal. Además, para luchar usted tiene que estar al mismo nivel que sus fichas: tiene que ser una ficha más que pelea con las otras. De hecho esas piezas están en usted. La cuestión es que estando en el tablero, encima del caballo para luchar contra las fichas negras, que cada vez son más amenazantes, lo único que usted, y cualquiera, puede hacer es luchar, ésa es una zona de guerra...

Metáfora de la burbuja azul

Un cliente con patrones depresivos planteó que “no veo nada claro, todo es negro, no tengo salida”. Amén de preguntar por la familiaridad con tal pensamiento y lo que habitualmente hacía ante tales sensaciones y por su experiencia al hacerlo en lo que le importaba en su vida, se le planteó lo siguiente:

Veamos, si tenemos alrededor de nuestra cabeza una burbuja azul, es probable que digamos que las cosas tienen un cierto matiz azul. Vemos a su través y vemos todo de color azul. ¿Qué ocurriría si colocaras tus manos alrededor de la burbuja y la tomaras para colocarla a tu lado? No es eliminarla, es sólo situarla a tu lado para que la puedas ver desde ese lugar seguro que hay en ti en vez de ver todo a su través. Si la colocas aquí (hacer el movimiento de sacarla de la cabeza y ponerla al lado del cliente), puedes ver cómo es, su forma, sus características, y además puedes ver que la estás viendo. Hay una diferencia entre tener la burbuja alrededor de tu cabeza y colocar la burbuja a tu lado. A la burbuja alrededor de tu cabeza ni la vez, y todo te hace verlo a través de ella. Si la pones a tu lado, podrás ver cómo es desde ese lugar privilegiado que te permite ver cualquier cosa.

Anexo 8. Intervenciones en Sesión 6.

Metáfora del viaje

Decimos a los clientes que tomar una dirección es como elegir hacer un viaje. Lo hacemos con razones pero no por razones específicas cada instante... Muchos momentos del viaje no resultan placenteros, e incluso podemos estar perdidos. Sin embargo, continuamos en el viaje porque hacerlo tiene valor para nosotros, aunque en algunos momentos tengamos que mantenernos fieles al viaje cuando el camino tiene giros inesperados (algo puede sentarnos mal, podemos perder una maleta, el coche puede estropearse). Imagine que su dirección a la cima de la montaña tiene subidas, bajadas, recovecos, lugares oscuros, húmedos, caminos llenos de zarzas que pinchan y con hierbas altas que no dejan ver. A veces, cuando el camino tiene bajadas, nos parecerá que vamos bajando. Cuando nos encontramos en lugares sombríos, sin luz, no veremos claro dónde estamos y dónde vamos. Pero un observador desde otra montaña con unos prismáticos vería a la gente ir hacia arriba, aunque ellos en el sitio específico en que se encuentran vean que están bajando. A veces, habrá que seguir el recorrido con fe, con fidelidad a los valores de cada uno. Esa sensación de falta de claridad es una señal en dirección valiosa. Si lo relacionamos con la experiencia de otros momentos, esa sensación de confusión es nueva y está señalando, en la brújula, hacia lo que importa.

Metáfora de caminar con chinasy en el zapato

Les decimos que a veces la elección de tener otra vida es como aprender a caminar con chinasy en el zapato que no se pueden quitar. Si ante la primera china en el zapato paramos, nos lamentamos de la mala suerte que tenemos de que otros no tienen chinasy, de que nos dijeron que caminaríamos sin chinasy... La vida siempre nos hará la misma pregunta: ¿Eliges caminar con chinasy en los zapatos porque hacerlo es dirigirte hacia lo que te importa, o no? Su experiencia no yendo por ese camino para no encontrar chinasy la conoce muy bien. Es experto y es otra opción si así lo elige, pero si se mantiene fiel a lo que le importa, con la práctica tal vez apenas aprecie las chinasy en el zapato.

Metáfora de bienvenidos todos y el invitado grosero

(basada en Hayes et al., 1999, según se cita en Wilson y Luciano, 2002)

Supongan que se disponen a celebrar la fiesta de su vida y usted es el anfitrión. Sólo hay una única norma en la localidad para poder celebrar fiestas, y es que se ha de poner un cartel en la entrada que diga: “Bienvenidos todos”. Ustedes acceden, aunque no está muy convencido. Pone el cartel y comienzan a llegar invitados. Cualquiera puede entrar, ya que está el cartel “Bienvenidos todos”. Antes de que pueda usted disfrutar de su fiesta, observa a un invitado grosero, sucio, maloliente y maleducado. Inmediatamente, se alerta y va hacia él para echarle, pero no puede hacerlo (está el cartel de “Bienvenidos todos” e inmediatamente volvería a entrar). No encuentra otra opción que ir detrás del invitado grosero para conseguir que no moleste a otros invitados. ¿Qué hacer para que no moleste? Se le ocurre que puede encerrarlo en una habitación, pero entonces tiene que estar pendiente de que no salga. Finalmente, no le queda más opción que estar llevándole a la puerta de salida y quedarse allí para que no moleste más. Si se despista, rápidamente se mezcla con los invitados y usted tiene que volver a estar detrás de él para que no incordie. La cuestión es que si quiere que el invitado no moleste, tiene que ser su guardián, y a pesar de ello, se le escapa frecuentemente. Lo puede hacer, es libre de hacerlo, pero tiene un coste muy alto. ¿Está el anfitrión realmente en su fiesta o se la está perdiendo?

ANEXO 9. CORRECCIÓN DEL MINI MAC.

CORRECCIÓN DEL MINI-MAC

Se han de sumar las puntuaciones correspondientes a las preguntas que definen cada estilo de afrontamiento.

Cada pregunta se puntúa:

- 1=No se me puede aplicar en absoluto
- 2=No se me puede aplicar
- 3=Se me puede aplicar
- 4=Se me puede aplicar totalmente

ESPÍRITU DE LUCHA (4) 2, 10, 18, 23

DESESPERANZA (8) 4, 6, 12, 14, 15, 16, 20, 21

PREOCUPACIÓN ANSIOSA (8) 5, 7, 9, 13, 22, 25, 28, 29,

EVITACIÓN COGNITIVA (4) 11, 17, 26, 27

FATALISMO (5) 1, 3, 8, 19, 24

CUT-OFF POINTS (puntos de corte)

PA >24

EC >12

F >17

D >25

EL a menor puntuación, menos espíritu de lucha, rango (1-16)