

FUNDAMENTACIÓN EXPERIMENTAL Y PRIMERAS APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) EN EL CAMPO DE LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS

JOSÉ MANUEL GARCÍA-MONTES*
Universidad Almería, España

Y

MARINO PÉREZ-ÁLVAREZ
Universidad de Oviedo, España

ABSTRACT

This paper examines both experimental foundations and early clinical results of acceptance and commitment therapy (ACT) in the field of psychotic symptoms. We describe the current state in the area making reference to the most relevant models and psychological treatments. Then, evidence supporting auditory hallucinations and deliriums as experiential avoidance is shown. From this point of view, the negative symptoms are viewed as behavior-behavior relation consequences. In other hand, procedures and results of tree case-study and one randomized trial are described. Finally, we discuss the ACT mayor contributions to psychosis area, specifically clinical achievements and correspondence with psychotic symptoms “personal model”.

Key words: acceptance and commitment therapy, psychosis, experiential avoidance, person.

RESUMEN

El presente trabajo examina la fundamentación experimental y los primeros resultados clínicos de la terapia de aceptación y compromiso en el campo de los síntomas psicóticos. Para ello se comienza perfilando el “estado en cuestión” por lo que se refiere a los modelos y

Continúa

* Correspondencia: JOSÉ M. GARCÍA-MONTES. Universidad de Almería. Departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos. La cañada de San Urbano s/n 04120-Almería. España. *E-mail:* jgmontes@ual.es

Continuación

tratamientos psicológicos más destacados en esta área. Posteriormente se muestra la evidencia existente en pro de una conceptualización de las alucinaciones auditivas y de los delirios como episodios de evitación experimental. Igualmente, se argumenta que los síntomas negativos serían consecuencia de determinadas relaciones conducta-conducta. Por otro lado, se repasan las primeras aplicaciones de ACT en el tratamiento de síntomas psicóticos de diversa naturaleza. Así se resumen los procedimientos y resultados de 3 estudios de caso y de un ensayo aleatorizado. Finalmente, se discuten las aportaciones más importantes de ACT en el área de la psicosis, especialmente por lo que se refiere a un nuevo entendimiento de la mejoría clínica y su alineación con un “modelo personal” de los síntomas psicóticos.

Palabras clave: terapia de aceptación y compromiso, psicosis, evitación experimental, persona.

LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL CAMPO DE LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS

La esquizofrenia ha atravesado profundos cambios como entidad diagnóstica desde la formulación original que hicieran Kraepelin y Bleuler (Cutting & Shepherd, 1987). En tanto que se podría decir que siempre ha sido un concepto “en crisis”. Ya en 1927, cuando Minkowski escribía “La esquizofrenia”, reconocía que, a la sazón, estaba de moda tener una “tesis crítica” respecto de dicho síndrome (Minkowski, 1827/1980). Lo cierto es que desde el conocido artículo de Bentall, Jackson y Pilgrim (1988) en el que se propone abiertamente abandonar el concepto de “esquizofrenia”, se ha encendido una fuerte polémica relativa a qué modelo debe adoptarse a la hora de tratar fenómenos psicóticos. Frente a críticas anteriores, la novedad de la propuesta de Bentall y cols. (1988) radicaba en sugerir un modelo alternativo, con base en la noción de “síntoma”, para así abordar más cabalmente los problemas psicóticos. A partir de este momento, distintos autores vienen a entender que los síntomas que caracterizan a la esquizofrenia (alucinaciones, delirios, habla desordenada, conducta catatónica, etc.) tienen la suficiente relevancia como para merecer un estudio por sí mismos (Bentall, 1990; Chadwick, Birchwood & Trower, 1996;

Costello, 1992, 1993; Morrison, Haddock & Tarrier, 1995; Roberts, 1992). Una de las ventajas que tiene el modelo basado en el síntoma, frente a la concepción sindrómica dominante, es la de proponer modelos y tratamientos específicos así como la de reconocer la continuidad de las experiencias psicóticas con otros procesos psicológicos “normales” (Pearson, 1986). Esta última es una reivindicación ya clásica (Strauss, 1969) y que entronca con el interés del conductismo por explicar los fenómenos psicóticos por medio de los mismos principios que controlan otras conductas (Ayllon, Haughton & Hughes, 1965; Bach & Hayes, 2002; Burns, Heiby & Tharp, 1983; Haynes & Geddy, 1973; Layng & Andronis, 1984; Skinner, 1936, 1953, 1957, 1974).

En todo caso, este paso de síndrome a los síntomas ha propiciado que aparezcan nuevos modelos y tratamientos, fundamentalmente para la sintomatología psicótica positiva (alucinaciones y delirios). Así, en relación con las alucinaciones auditivas, parece que existe un cierto consenso científico al entender que éstas son sucesos privados atribuidos a una fuente externa (Bentall, Haddock & Slade, 1994; Frith, 1995; Heilbrun, 1980; Morrison *et al.*, 1995). Sin embargo, más allá de esto, los autores discrepan a la hora de dar cuenta de los mecanis-

mos responsables de este proceso atributivo. En este sentido se han propuesto teorías basadas en el condicionamiento clásico (Davies & Benett, 1982); en el operante (Skinner, 1974); en una imaginación especialmente vivida (Harrowith, 1975); o en procesos cognoscitivos como la auto-monitorización (Blakemore, Smith; Steel, Johnstone & Frith, 2000). Esto ha conducido a una diversidad de tratamientos que, siguiendo a Haddock, TARRIER, Spaulding, Yusupoff, Kinney y McCarthy (1998), podrían clasificarse en enfoques basados en la compensación (distracción, detención del pensamiento, etc.); tratamientos que intentan modificar la intensidad provocada por situaciones en que aparecen alucinaciones auditivas; tratamientos consistentes en la exposición a las alucinaciones; intervenciones con base en la exposición y modificación de las creencias asociadas a las alucinaciones e intervenciones que se centran únicamente en la modificación de las creencias que la persona tiene sobre las voces. Ahora bien, cuando se comparan en pacientes con alucinaciones auditivas dos técnicas (de las más señaladas hoy en día) basadas en principios claramente distintos, como son las de focalización y las de distracción, parece que no existen diferencias estadísticamente significativas ni a corto (Haddock, Bentall & Slade, 1996) ni a más largo plazo (Haddock, Slade, Bentall, Reid & Faragher, 1998) por los que se refiere a la frecuencia de los síntomas y al impacto sobre la vida del paciente.

Por lo que a los delirios respecta, tampoco existe un consenso en relación con los mecanismos que explicarían su etiología y mantenimiento. Siguiendo a Garety y Freeman (1999) las explicaciones psicológicas que se han dado de la sintomatología delirante podrían sintetizarse en cuatro. Así, se ha sostenido que los delirios aparecen como intentos por parte del individuo por hacer frente a determinadas experiencias anómalas, entre las que se encontrarían las propias alucinaciones (Maher, 1974). Otros autores mantienen que los delirios son debidos a la incapacidad del paciente para representarse las creencias, pensamientos e intenciones de otras personas (Frith, 1995). Por su parte, Garety y

Hemsley (1994) han propuesto que el mecanismo principal que daría cuenta de la sintomatología delirante sería un sesgo en el razonamiento probabilístico del individuo. Por último, Bentall, Kinderman y Kaney (1994) sostienen que los delirios persecutorios (ciertamente los más frecuentes en la clínica) vienen a constituir una defensa frente a determinados sucesos negativos que, de otra forma, evocarían una imagen indigna de uno mismo. En cualquier caso, parece que el abordaje terapéutico de los delirios debería evitar la confrontación directa del paciente con la aparente irracionalidad de la creencia (Bentall, 1996; Bentall *et al.*, 1994; Chadwick *et al.*, 1996; Haddock, TARRIER, Spaulding, Yusupoff, Kinney & McCarthy, 1998). En el tratamiento de este tipo de sintomatología es habitual usar algún procedimiento de modificación de las creencias que puede combinarse con otras técnicas, como pruebas de la realidad (Chadwick & Lowe, 1994; Chadwick *et al.*, 1996). El objetivo de las intervenciones suele ser el de reducir la convicción con que el paciente mantiene los delirios, sin perjuicio de que en determinados casos se pueda llegar a eliminar completamente la creencia (Bouchard, Vallières, Roy & Maziade, 1996), al menos en la sesión de clínica. Cuestión distinta es si cuando los pacientes se enfrentan a situaciones en su vida real, la convicción sobre la veracidad del delirio vuelve a aparecer y a controlar su conducta (O'Dwyer & Marks, 2000).

La abundancia de teorías y de técnicas de tratamiento de alucinaciones y delirios contrasta, sin embargo, con la escasez de investigación y herramientas terapéuticas desarrolladas para hacer frente a los síntomas psicóticos negativos. A este respecto no está de más recordar que los síntomas negativos son, probablemente, los más persistentes e inhabilitantes de la esquizofrenia (Hogg, 1996). En su tratamiento se suelen utilizar procedimientos como programación de actividades, manejo de contingencias o entrenamientos en habilidades (Hogg, 1996). Recientemente también se ha desarrollado una terapia cognoscitivo-conductual de grupo específicamente dirigida a estos sínto-

mas (Johns, Sellwood, Mcgoven & Haddock, 2002). En cualquier caso, los autores suelen hablar siempre del carácter “exploratorio” de sus intervenciones.

Pues bien, en el contexto que muy brevemente se ha presentado aquí, la terapia de aceptación y compromiso (ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) supondría un acercamiento innovador que, como intentaremos mostrar seguidamente, tanto puede dar cuenta de los procesos psicológicos implicados en el desarrollo de la sintomatología psicótica como ofrecer una intervención eficaz en este campo. Por otra parte, según argumentaremos en la parte final de este trabajo, ACT sería un paradigma para el acercamiento a la sintomatología psicótica que presenta la persona, lo que supone una diferencia cualitativa con la mayoría de los tratamientos y modelos existentes, anclados muchas veces en un entendimiento puramente médico de las conductas de los pacientes psicóticos.

FUNDAMENTACIÓN EXPERIMENTAL

Las alucinaciones auditivas como formas de evitación experiencial (EE)

Según lo establecido por Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl (1996, p. 1154) “la evitación experiencial es el fenómeno que ocurre cuando una persona es incapaz de tener contacto con experiencias privadas particulares y trabaja para disminuir la frecuencia de contactos con los contextos que las ocasionan”. Frecuentemente este patrón de comportamiento es aparentemente efectivo a corto plazo, pero también es fácil que se convierta en crónico, llegando incluso a producir a larga una limitación de la vida de la persona (Luciano & Hayes, 2001).

Aun cuando no la han formulado exactamente con estos términos, la idea de que las alucinaciones auditivas suponen intentos de evitación experiencial ha sido también definida por Morrison y cols. (1995). De acuerdo con estos autores, la función de las alucinaciones

auditivas sería disminuir la disonancia cognoscitiva que producen determinados pensamientos intrusivos (Morrison & Baker, 2000; Morrison *et al.*, 1995). Ahora bien, la persona no permanecería indiferente ante la percepción de la alucinación, sino que se produciría, a su vez, una determinada respuesta negativa caracterizada, especialmente, por la realización de nuevas conductas evitativas (Morrison, 1998; Morrison *et al.*, 1995), lo que conllevaría, a la larga, a un incremento del número de alucinaciones tal y como muestra la literatura sobre supresión del pensamiento (Bassin, Merckelbach & Muris, 2000). De esta forma, se podría decir que, al menos determinado tipo de alucinaciones auditivas, constituyen intentos por evitar pensamientos que generan un alto grado de malestar.

García, Pérez e Hidalgo (2003) han puesto a prueba esta idea mediante un paradigma experimental de supresión de pensamiento. Los autores parten de la idea de que existe una continuidad entre la percepción, la imaginación, la ilusión y la alucinación (Skinner, 1936, 1957) de tal forma que, según sostienen, el estudio sobre la calidad con que población no clínica percibe ilusiones podría ser de utilidad a la hora de entender los mecanismos implicados en las alucinaciones auditivas de los pacientes psicóticos. Con este supuesto, setenta y un sujetos “normales” fueron asignados aleatoriamente a un grupo de supresión o a otro de focalización de pensamientos con distinto grado de auto-discrepancia, en tareas instruidas para ser llevadas a casa durante las siguientes 48 horas. Al cabo de este tiempo, se presentó individualmente a los participantes una estimulación auditiva no vocal, similar al sumador verbal de Skinner (1936), ante la que los sujetos debían referir si escuchaban alguna pauta vocal, y en su caso, la claridad o viveza con la que lo hacían. Los resultados mostraron, con un alto de significación estadística, cómo la supresión repetida de pensamientos autodiscrepantes tenía un considerable efecto sobre la viveza con la que los sujetos referían escuchar palabras o frases. Aquellos participantes que habían suprimido de forma reiterada

pensamientos autodiscrepantes, percibían ilusiones auditivas con mucha más claridad que los sujetos que habían llevado a cabo la tarea de focalización o aquellos otros que habían suprimido pensamientos no discrepantes. Estos resultados son interpretados por los autores como indicativos de que la supresión de pensamientos autodiscrepantes y la atribución externa implicada en las alucinaciones auditivas formarían parte de la misma clase funcional, invocando expresamente a la noción de Evitación Experiencia (EE) como concepto clave a la hora de entender las experiencias alucinatorias auditivas que se presentan como un carácter ego-discrepante. Dicho en otros términos, tanto la supresión del pensamiento como las alucinaciones auditivas serían formas distintas de lograr la misma función, a saber: la evitación del malestar que determinado tipo de pensamientos genera (García & Pérez, 2001).

Cabría, entonces, preguntarse qué factores conducen a que algunos pacientes opten por poner en práctica estrategias de evitación experiencial como la supresión del pensamiento, mientras que otros presenten sintomatología alucinatoria, tradicionalmente considerada mucho más grave. Para responder a esta pregunta debe tenerse en cuenta que la estrategia que la persona pone en práctica cuando se encuentra ante un pensamiento “autodiscrepante” es una relación conducta-conducta (Hayes & Hayes, 1992) y, consecuentemente, dependerá de los contextos verbales en los que se encuentre, con base en la historia de aprendizaje relativa a estos asuntos. A este respecto, los contextos verbales más estudiados han sido el contexto de literalidad, el de evaluación, el de dar razones y el de control emocional y cognoscitivo (Hayes *et al.*, 1999; Luciano & Hayes, 2001).

A nuestro juicio, la importancia de los contextos verbales en el estudio de las alucinaciones auditivas viene a coincidir con la literatura existente sobre metacogniciones y síntomas psicóticos (Baker & Morrison, 1998; Loaban, Haddock, Kinderman & Wells, 2002; Morrison,

Haddock & Tarrier, 1995). Como se ha expuesto en otro lugar, cuando la literatura cognoscitiva hace referencia al tema de las metacogniciones se está refiriendo, en gran medida, a los contextos socio-verbales desde los que las personas apprehenden sus sucesos privados y las relaciones de éstos con otro tipo de conductas (García, 2002; García, Pérez, Cangas, Perona & Cuevas, 2002). Pues bien, García, Pérez e Hidalgo (en revisión), utilizando como gran medida el cuestionario de metacogniciones (Cartwright-Hatton & Wells, 1997), comprobaron en un grupo de población no clínica que la calidad con la que se perciben ilusiones auditivas ante una estimulación sonora no vocal se encuentra determinada por dos tipos de creencias metacognoscitivas: 1) las creencias sobre la incontrolabilidad y el peligro de los pensamientos y 2) las creencias de superstición y responsabilidad en relación con los propios pensamientos. La primera de las creencias aludiría, en términos conductuales, a los contextos verbales de control y de evaluación; la segunda, al contexto de literalidad. Así pues, podría decirse que las personas que tienden a atribuir sus pensamientos a una fuente externa se caracterizan por situarse en un contexto de control que les ofrece escasas posibilidades para actuar directamente sobre sus pensamientos, a la par que los evalúan como potencialmente peligrosos (contexto de evaluación).

Por otro lado, la fusión que estos sujetos mantienen con sus cogniciones es tan alta que consideran que por sí mismos los pensamientos pueden llegar a causar algún daño o ser moralmente reprobables (contexto de literalidad). Se entiende, pues, que en esta situación la atribución externa de los pensamientos deviene prácticamente el único mecanismo de EE posible. Por otro lado, se han hallado resultados similares al comparar tres grupos de población clínica: pacientes diagnosticados de esquizofrenia con alucinaciones auditivas, pacientes diagnosticados con esquizofrenia y que nunca han presentado alucinaciones auditivas y, por último, un grupo de control clínico (García, Pérez, Cangas, Perona & Cuevas, 2002). Así se han encontrado

diferencias significativas estadísticamente entre los grupos en las creencias de superstición y responsabilidad en relación con los propios pensamientos, lo que indicaría la importancia de la “fusión cognoscitiva” en el desarrollo y mantenimientos de las alucinaciones auditivas. Y es que, como dicen Hayes y Wilson (1995) cuando se pierde la distinción entre las palabras y sus referentes, aquéllas pueden llegar a evitarse con tanto ímpetu como si se tratara de estos. Todo parece indicar, que las alucinaciones auditivas son formas de EE que se dan cuando la fusión de la persona con determinado tipo de cogniciones alcanza niveles extremos. La evitación en este caso consistirá el percibir un pensamiento propio como si se tratara de algo ajeno (una voz).

Los delirios como formas activas de evitación experiencial (EE)

El campo de los síntomas delirantes como formas de EE se encuentra menos fundamentado experimentalmente que el de las alucinaciones auditivas. Sin embargo, existen diversos indicios que parecen indicar que los delirios constituyen lo que se ha dado llamar “formas activas de EE” (García, Luciano, Hernández & Zaldivar, en prensa). Así, Zigler y Glick (1988) propusieron que la esquizofrenia paranoide sería una forma con que las personas hacen frente a ciertas experiencias dolorosas o a síntomas depresivos. Por su parte, Roberts (1991) encontró que los pacientes con delirios crónicos presentan un nivel mucho mayor de propositividad y sentido en su vida, y niveles menores de depresión e ideación suicida que otro grupo de pacientes esquizofrénicos crónicos en remisión. Como ya se ha dicho, Bentall y cols. (1994) han ofrecido un modelo de los delirios persecutorios según el cual la función de estos síntomas sería la de reducir las posibles discrepancias entre el “yo real” y el “yo ideal”. El delirio serviría para salvar esta diferencia entre lo que uno es y lo que querría ser. Ahora bien, el éxito de la estrategia delirante sería siempre parcial, con lo que el paciente no acaba nunca de resolver sus problemas de autodiscrepancia. Por ello, la más importante de las predicciones que pueden derivarse

de este modelo es que debería haber una diferencia entre los niveles de autoestima que refiere al paciente explícitamente y otras medidas de tipo indirecto. Ésta y otras hipótesis derivadas del modelo han sido corroboradas en diversas investigaciones empíricas (Bowins & Shugar, 1998; Kinderman & Bentall, 1996, 2000).

Desde un paradigma distinto, Chandwick y cols. (1996) también han definido las funciones defensivas de los delirios paranoicos, vinculándolos al sentido de identidad que la persona quiere crear. De ahí justamente el que se hable de delirios como “formas activas” de EE. En efecto, si en los trastornos neuróticos clásicos lo que el paciente trata de evitar es el propio síntoma (la ansiedad, las obsesiones, la tristeza, etc.) en la sintomatología delirante la evitación sería mucho más elaborada, de tal forma que el síntoma vendría a ser él mismo, una forma de evitación de algún otro problema o cuestión (Bach & Hayes, 2002; García *et al.*, en prensa). Ahora bien, el paciente delirante no sólo evita, sino que trata de construir (psicóticamente) la realidad que desea alcanzar o, en su caso, los insalvables obstáculos que justificarían el no haberla conseguido. Dada la bidireccionalidad del lenguaje (Hayes & Hayes, 1992; Hayes & Wilson, 1993), cuando una persona interactúa con un objeto simbólicamente, las funciones del referente están parcialmente presentes en el símbolo y viceversa. Ello puede conducir, ciertamente, a que el símbolo sea evitado con tanta intensidad como si se tratara del referente, lo que daría lugar al clásico trastorno de evitación experiencial (Hayes *et al.*, 1996; Luciano & Hayes, 2001). Ahora bien, la misma bidireccionalidad también puede llevar a que la persona persiga determinados símbolos con tanta intensidad como las cosas que realmente desea. Así podría producirse un divorcio entre lo que uno dice y lo que de hecho ha ocurrido. No en vano Skinner (1957) ya hablaba del delirio como una “conducta verbal sin corregir”. A esta explicación habría que añadir ahora la investigación existente sobre la naturaleza del lenguaje y los marcos relacionales (Hayes, 1991, 1994; Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001).

Los síntomas negativos como relaciones conducta-conducta

La semejanza existente entre los síntomas negativos de la esquizofrenia y los síntomas depresivos podría llevar a pensar que, los primeros pueden explicarse por los segundos. Sin embargo, la investigación parece no apoyar esta hipótesis (Hirsch, Jolley, Barnes, Liddle, Curson, Patel, York, Bercu & Patel 1998; Norman & Malla, 1991). Esto no impide el que ciertos clínicos e investigadores hayan considerado los llamados “síntomas negativos secundarios” (Andreasen, 1989). Así, parece ser que determinados pacientes desarrollan síntomas negativos como una forma de hacer frente a ciertos síntomas positivos especialmente molestos (Hemsley, 1977; Millar, 1960). Se trataría pues, de relaciones conducta-conducta (Hayes & Hayes, 1992). A nuestro juicio, de esta conceptualización proviene la similitud entre los síntomas negativos secundarios y los depresivos. Ambos pueden ser vistos como relaciones conducta-conducta especialmente limitantes para la persona. Junto con esto, no se podría olvidar la importancia de factores ambientales que influyen directamente sobre los niveles de actividad del paciente. Así, es frecuente que los miembros de la familia del paciente, u otras personas encargadas de su cuidado, asuman responsabilidades propias de él, lo que ciertamente ayuda poco a que el paciente tome la iniciativa para actuar (Hogg, 1996). Igualmente, las tareas que suelen encomendar no tienen en cuenta los intereses y valores propios de los pacientes.

MacCarthy, Benson y Brewin (1986) han demostrado que los pacientes psiquiátricos crónicos suelen no realizar determinadas tareas si las perciben como demasiado difíciles o irrelevantes. A todo ello habría que añadir las consecuencias sociales que puede tener el recibir un diagnóstico de “esquizofrenia”, ciertos efectos secundarios de algunos tratamientos farmacológicos, etc. Todo ello justifica, según creemos, un abordaje psicológico de los síntomas negativos, sin perjuicio de los datos biológicos que hubiera que tener en cuenta.

PRIMERAS APLICACIONES CLÍNICAS

De acuerdo con la fundamentación señalada, se presentan a continuación los primeros resultados obtenidos de la aplicación clínica de ACT a pacientes con síntomas psicóticos. Se trata de tres estudios de caso, dos relativos a síntomas psicóticos positivos (alucinaciones y delirios, respectivamente) y uno a síntomas negativos y de un estudio aleatorizado referido a síntomas positivos.

Estudios de caso sobre síntomas psicóticos positivos

Hasta donde están al tanto los autores, existirían dos estudios de caso en los que se haya aplicado ACT a pacientes con sintomatología psicótica positiva: el primero de ellos responde a un caso de alucinaciones auditivas (García & Pérez, 2001) y el segundo a uno de delirios (García *et al.*, en prensa).

Por lo que al caso de alucinaciones auditivas respecta, la intervención se aplicó a un hombre de 17 años de edad, soltero y que llevaba 15 meses bajo tratamiento farmacológico, prescrito con diversas variedades de medicación antipsicótica que no habían dado resultado hasta el momento. El procedimiento empleado se basó en la exposición original de ACT (Hayes, McCurry, Afari & Wilson, 1991), de acuerdo con su reexposición al contexto español de Pérez (1996). Los objetivos de la intervención fueron los siguientes: crear una cierta desesperanza creativa, hacer ver que el problema es el control, diferenciar entre la persona y la conducta, abandonar la lucha contra los síntomas y establecer compromisos de actuación. En total se emplearon 18 sesiones de una hora para cubrir estos objetivos, con una media de dos sesiones por semana. Los resultados ofrecidos muestran una reducción drástica del número de alucinaciones auditivas que el paciente refería, pasando de una media de 25 voces por día antes de la intervención a permanecer asintomático en las últimas sesiones del tratamiento. Estos resultados se mantuvieron durante 20 semanas y ello

a pesar de una reducción del 40% en la dosis de la medicación antipsicótica. Además, el cliente empezó a plantearse nuevas metas en su vida y llegó a retomar los estudios, que había abandonado hacía ya tiempo, conforme a objetivos que la propia terapia contemplaba.

Sin embargo, a los siete meses de la finalización del tratamiento, el paciente volvió a referir alucinaciones auditivas, lo que llevó a su psiquiatra a aumentar la dosis de medicación antipsicótica a niveles incluso superiores a los que se administraban en la fase pretratamiento (aún sin haber tenido antes éxito) y así, a echar por tierra los logros alcanzados. Hay que añadir que un cambio a otro tipo de neuroléptico tampoco fue eficaz. Esta circunstancia la discuten los autores como una cuestión de “cultura clínica” (la concepción médica tradicional y la nueva concepción “antipsiquiátrica” representada por ACT). En todo caso, los autores concluyeron que ACT puede ser un tratamiento efectivo e innovador en el campo de las alucinaciones auditivas, incluyendo esta renovación de la cultura terapéutica dominante. Ello sería especialmente relevante en el campo de los síntomas psicóticos, donde los remedios tradicionales suelen ser cómplices de los síntomas (García & Pérez, 2001).

El segundo estudio de caso, es el de una paciente soltera de 28 años de edad, cuyos primeros síntomas habían aparecido dos años antes de ser recibida en consulta, habiendo sido tratados mediante diversos tipos de medicación antipsicótica sin éxito (García *et al.*, en prensa). La paciente refería diversas ideas delirantes relativas a una persona que la perseguía, “le retorció las tripas por telepatía”, la amenazaba de muerte mandándole “mensajes cifrados” a través de terceros, etc. La intervención consistió en dos sesiones de evaluación y 23 de intervención mediante ACT que siguieron el procedimiento del texto canónico de Hayes y cols., (1999). Se hizo especial insistencia en la “clarificación de los valores” de la paciente, dos seguimientos, que fueron abordados sistemáticamente en casi todas las sesiones. Se realizaron, igualmente,

dos seguimientos, uno al mes y otro a los 10 meses de concluida la intervención.

Los resultados indican un descenso radical del número de verbalizaciones delirantes en sesión, que llegan a desaparecer finalmente. Igualmente, se observó un aumento del número de actuaciones en dirección a los valores de forma contingente con el progreso de la intervención. Por lo que respecta a los contextos verbales, los datos obtenidos a partir del Cuestionario de metacogniciones (Cartwright- Hatton & Wells, 1997), indican una menor fusión de la paciente con sus contenidos cognoscitivos, que son progresivamente aprehendidos como menos capaces de producir, por sí mismos, algún efecto sobre el medio. Todo esto lleva a los autores a defender la eficacia de la intervención realizada. A la vez se indica explícitamente que una de las posibles causas de éxito pudo ser el que la intervención no se centra sobre los delirios, sino que se pretendió abordar toda la clase funcional, deconstruyendo donde fuera necesario la relación entre pensar (o sentir) en un sentido y actuar en la misma dirección (García *et al.*, en prensa). Igualmente se defiende que el trabajo en valores sería especialmente relevante con los pacientes con sintomatología delirante, por cuanto el logro paulatino de diversas metas personales conduciría a que el paciente fuera adquiriendo un cierto sentido de capacidad, valía y control sobre su vida. Ello sería algo fundamental una vez entendidos los delirios como formas activas de evitación experiencial (García *et al.*, en prensa).

Estudios aleatorizados y controlados para prevenir la rehospitalización

Se trata de un ensayo aleatorizado en el que 80 pacientes que presentaban experiencias alucinatorias o delirios en el momento de su admisión fueron asignados bien a un grupo en que se aplicaba el tratamiento habitual bien a otro grupo en el que se aplicaba, además del tratamiento habitual, una intervención ACT de cuatro sesiones (Bach & Hayes, 2002). La primera de las sesiones se centró en revisar los

esfuerzos que el paciente había hecho en el pasado para hacer frente a los síntomas positivos, al tiempo que se destacaba la posibilidad de notar los pensamientos o percepciones que uno tiene y no actuar con base en ellos. La segunda sesión se dirigió, sobre todo, a promover la aceptación activa de los síntomas por parte del paciente, de acuerdo, obviamente, con la lógica de la terapia. La tercera de las sesiones se dedicó a la orientación del paciente a metas personalmente importantes, así como en examinar los distintos contextos en los que una respuesta acorde con los síntomas podría ser más o menos efectiva. La cuarta y última sesión se aprovechó para revisar y afianzar las ideas que se trabajaron en las sesiones anteriores.

Los resultados hallados por Bach y Hayes (2002) mostraron una reducción estadísticamente significativa del número de días de rehospitalización durante un período de seguimiento de 4 meses para el grupo al que se había aplicado ACT. Según discuten los autores, estos beneficios no se podrían explicar ni por un mejor cumplimiento de la prescripción farmacológica, ni por una reducción en el nivel de estrés ante los síntomas ni tampoco por una reducción en la frecuencia de los mismos. Por otra parte, los participantes en el grupo de ACT estaban más inclinados a reconocer la presencia de síntomas que aquellos otros incluidos en el grupo al que se aplicaba únicamente el tratamiento habitual. Además, los participantes del grupo de ACT que referían síntomas positivos mostraban una credibilidad menor ante los mismos. Estos resultados son interpretados por los autores como absolutamente consistentes con la filosofía que subyace a una intervención mediante ACT, que no sería tanto eliminar los síntomas, como modificar las funciones de los mismos. Por otra parte, los peores resultados obtenidos en el grupo de ACT para aquellos pacientes con sintomatología delirante que negaban los síntomas son explicados atendiendo a la propia naturaleza de los delirios. Así, los delirios constituirían formas de evitación de alguna otra cuestión, de tal suerte que lo más indicado no sería que el paciente se distanciara del síntoma, sino de aquellos aspectos

de su experiencia que el síntoma trata de eludir (Bach & Hayes, 2002). Una intervención tan breve como la que tuvo lugar en el este estudio no pudo, por razones obvias, conseguir este objetivo (pero se entiende que podría ser factible a tener el resultado del segundo caso referido anteriormente). Se concluye afirmando que el importante impacto de una intervención como la realizada vendría a indicar la conveniencia de dedicar una mayor atención a esta forma de intervención con población psicótica.

Estudio de caso sobre síntomas psicóticos negativos

García y Pérez (en revisión) han llevado a cabo una intervención mediante ACT en un caso de “esquizofrenia negativa” con resultados que parecen ser ciertamente prometedores. El paciente al que se aplicó el tratamiento es un hombre de 28 años, soltero, que había recibido durante los anteriores 11 años una gran variedad de tratamientos farmacológicos y psicológicos sin éxito alguno. En el momento de ser recibido en consulta, el paciente no recibía ningún tipo de tratamiento farmacológico, si bien su situación clínica respondía a los criterios de “esquizofrenia negativa”. Según refería el propio paciente, notaba cómo en ocasiones perdía sus conocimientos y habilidades sin causa aparente. Además, se veía incapaz de tomar iniciativa alguna o de combatir determinadas sensaciones corporales que le habían llevado a permanecer dos años enteros recluido en su casa. El historial psiquiátrico del paciente registraba varios intentos de suicidio, uno de ellos por inanición, además de diversos ingresos de urgencia en unidades de salud mental.

La intervención clínica mediante ACT se realizó siguiendo los objetivos y pautas establecidos por Hayes y cols. (1999), a la vez que se tomaron algunos de los ejercicios recogidos por Hayes, Batten, Gifford, Wilson, Afairi y McCurry (1999). El tiempo total durante el que tuvieron lugar las sesiones clínicas fue de cinco meses, con una media de dos sesiones por semana. El tratamiento se focalizó especialmente en conse-

guir que el paciente abandonara la lucha contra ciertas experiencias corporales que había tratado pertinazmente de combatir, en independizar la conducta de los pensamientos, ideas o creencia que se tengan y en fomentar un comportamiento dirigido a valores.

Los resultados de la aplicación mostraron un incremento notable de los niveles de actividad del paciente, aun cuando seguía refiriendo el mismo tipo de experiencias privadas que anteriormente lo limitaban. Se hizo un seguimiento del caso que se prolongó hasta un año y diez meses después de haber concluido el tratamiento. El paciente pasó de una actividad realmente mínima a conseguir logros fundamentales como el manejo sofisticado de programas de diseño gráfico y creación de páginas web o un trabajo a tiempo completo. Igualmente, fue ampliando su círculo de amistades, relaciones personales y actividades de ocio (García & Pérez, en revisión). A la hora de interpretar los resultados, los autores destacan el hecho de que el paciente, en el momento en que recibía el tratamiento, no estaba siendo tratado mediante neurolépticos u otro tipo de drogas. Ello permitiría atribuir los beneficios terapéuticos al tratamiento mediante ACT con más claridad que en los estudios de casos en lo que coexistían las intervenciones farmacológica y las psicológicas (si bien la mejoría de los casos era contingente a la intervención psicológica). A la vez, se pone de relieve la naturaleza existencial que tienen ciertos síntomas negativos, relativos al “abandono de la vida”, muy patente en este caso. De esta forma, la aceptación de síntomas y la orientación a valores llegó a ser la condición que resolvió un trastorno psicótico que, de otra manera, estaría abocado a la cronificación definitiva como esquizofrenia, según ya venía presentado por los clínicos anteriores, el propio paciente y su familia, (García & Pérez, en revisión).

La aceptación como estrategia intuitiva

Los beneficios derivados de las intervenciones descritas vendrían a respaldar la importancia

de la aceptación activa en el manejo y tratamiento de los síntomas psicóticos, junto con la orientación a los asuntos de la vida (más que el ensañamiento contra los síntomas). Siendo así, cabe suponer que los propios pacientes utilizarán este tipo de estrategia de forma natural. Sin embargo, lo cierto es que los pacientes con diagnóstico de “esquizofrenia” usan estrategias de “coping” muy variadas y distintas (Morrison & Wells, 2000; Perona & Galán, 2001), no todas igual de eficaces. Así, Morrison y Wells (2000) han mostrado cómo los pacientes con un diagnóstico de “esquizofrenia” usan en una proporción significativamente mayor que un grupo de no-pacientes, las estrategias de control del pensamiento basadas en el castigo y en la preocupación, lo que suele acarrear un enquistamiento de la sintomatología. Por lo que a las alucinaciones auditivas respecta, se ha mostrado que ciertas estrategias distractivas (como ver la televisión o escuchar la radio) agravan sensiblemente tales síntomas (Nayani & David, 1996). Por el contrario, la mejor estrategia que se podría utilizar sería el aceptar y asimilar las voces como parte de uno mismo, de tal forma que, según se sostiene, el entender las alucinaciones auditivas como un fenómeno meramente patológico no sería de gran ayuda a la hora de hacer frente a estas experiencias (Romme & Escher, 1989). En el mismo sentido, de acuerdo con la revisión de Perona y Galán (2001), la estrategia más eficaz contra las alucinaciones auditivas es la *aceptación*, entendida como *afrontamiento* pasivo o *aceptación activa*. Así, aunque los síntomas no disminuyen, pierden su funcionalidad como trastorno, dejando de causar angustia (Perona & Galán, 2001). En relación con los delirios, Vollrath, Alnaes y Torgersen (1996) han hallado que el uso de estrategias distractivas de afrontamiento se encuentra asociado a un mayor número de síntomas residuales. En definitiva, parece que la literatura sobre estrategias de afrontamiento también vendría a respaldar la importancia de la aceptación en el tratamiento de los síntomas psicóticos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se ha visto que ACT cuenta con respaldo experimental en el campo de los síntomas psicóticos a la vez que ofrece unas primeras aplicaciones clínicas que resultan prometedoras. El trabajo, ciertamente, se encuentra más avanzado por lo que se refiere a las alucinaciones auditivas que en relación con los delirios o los síntomas negativos. En todo caso, no debiera perderse de vista que ACT es una terapia muy reciente (Hayes *et al.*, 1998; Wilson & Luciano, 2002) y que el campo de la esquizofrenia ha estado relativamente abandonado por parte de la terapia de la conducta en los últimos años (Bellack, Buchanan & Gold, 2001).

Dicho esto, habría que señalar que la aplicación de ACT al tema que nos ocupa viene, a su vez, a remover convenciones clásicas relativas a los criterios de mejoría de los pacientes psicóticos. Desde una filosofía como la que subyace a ACT no se trataría tanto de eliminar o reducir los síntomas como de producir un “distanciamiento” del cliente respecto de dichos fenómenos (Cordova & Kohlenberg, 1994; Hayes *et al.*, 1999; Pérez & Fernández, 2001), si bien la reducción de los síntomas también puede ser una derivación de la terapia (como se ha visto por los casos aquí presentados). En cualquier caso, creemos que la mejor forma de evaluar la efectividad de una intervención sería atender a los logros u objetivos que el paciente consigue en su vida, que serían tanto más indicativos de un progreso terapéutico si se realizan con voces, ideas persecutorias, sensaciones corporales, cansancio o cualquier otro síntoma que anteriormente paralizaba la vida de la personas (Luciano, 1999; Luciano & Hayes, 2001). La posibilidad de que este criterio de mejoría sea pertinente se encuentra respaldada por diversos estudios que muestran la existencia de personas con sintomatología psicótica que, a pesar de ello, llevan una vida normalizada y satisfactoria (Leudar & Thomas, 2000; McCreery & Claridge, 1996; Romme & Escher, 1989). En esta misma dirección, no faltan autores que señalan que la presencia de experiencias psicóticas en la pobla-

ción general es mucho más frecuente de lo que habitualmente se supone (Johns & van Os, 2001; Ohayon, 2000; Romme & Escher, 1996; Verdoux & van Os, 2002).

Consecuentemente, el problema no estaría ya en el síntoma, sino en la relación que el paciente establece con el mismo, pues, como señalan Johns y van Os (2001) dos personas con los mismos síntomas psicóticos pueden diferir de tal modo que uno de ellos afronte bien la experiencia y no desarrolle ninguna conducta de enfermedad mientras que el otro podría llegar a presentar serios problemas funcionales y a necesitar asistencia psicológica.

Estas y otras consideraciones hacen que se haya reivindicado un nuevo modelo para entender y tratar la sintomatología psicótica: el modelo con base en la noción de “persona” (Chadwick *et al.*, 1996; García & Pérez, 2003; Harrop & Trower, 2001), por lo demás plenamente coincide con ACT. Dicho modelo personal entiende las experiencias psicóticas como fenómenos unidos al desarrollo psicológico normal y concretamente al esfuerzo humano por tratar de construir un sentido de sí mismo que sea, a la vez, *valioso* y *auténtico* (Chadwick *et al.*, 1996). En este sentido es interesante ver que la recuperación de trastornos psicóticos implica el redescubrimiento, la reconstrucción y la utilización de un sentido funcional del yo (Davidson & Strauus, 1992). Concretamente, Davidson y Strauus (1992) encuentran asociados a la recuperación cuatro aspectos siguientes: 1) el descubrimiento de un yo más activo, donde figura la “aceptación gradual de la enfermedad como entidad separada de la persona” (p. 135), 2) el inventario de posibilidades personales, incluyendo la redefinición de valores, 3) la puesta del yo en acción, asumiendo compromisos y, 4) la apelación al yo como “algo durable en medio de los síntomas” (p. 140).

Como puede verse, los objetivos y técnicas de ACT coinciden completamente con lo encontrado por Davidson y Strauus (1992). No en vano ACT es una de las pocas variedades de

terapia de conducta que tiene en cuenta a la persona y pretende construir un sentido trascendente del yo (Hayes, 1984; Hayes *et al.*, 1999; Pérez, 1996). De esta forma a pesar de ser un tratamiento extremadamente novedoso en su aplicación a la sintomatología psicótica, ACT viene a coincidir con los últimos desarrollos en el tema, alineándose con un modelo personal que parece ser más prometedor y fructífero (García & Pérez, 2003). En definitiva, creemos

que de lo expuesto se puede concluir la importancia de ACT en el campo de los síntomas psicóticos, así como la conveniencia de profundizar en esta línea de investigación. En todo caso, ACT es la mayor novedad de la terapia de conducta en el campo de la esquizofrenia de los últimos tiempos, ciertamente, un campo un tanto abandonado por un enfoque terapéutico tan reconocido en otros ámbitos clínicos.

REFERENCIAS

- Andreasen, N. C. (1989). Neural mechanisms of negative symptoms. *British Journal of psychiatry*, 55 (Supl. 7), 93-98.
- Ayllon, T., Haughton, E. & Hughes, H. B. (1965). The interpretation of symptoms: fact or fiction? *Behaviour Research and Therapy*, 3, 1-17.
- Bach, P. & Hayes, S. C. (2002). The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent the rehospitalization of Psychotic Patients: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 70, 1129-1139.
- Baker, C. A. & Morrison, A. P. (1998). Cognitive processes in auditory hallucinations: attributional biases and metacognition. *Psychological Medicine*, 28, 1199-1208.
- Bellack, A. S., Buchanan, R. W. & Gold, J. M. (2001). The American Psychiatric Association: practice guidelines for schizophrenia: scientific base and relevance for behavior therapy. *Behavior Therapy*, 32, 283-308.
- Bentall, R. P. (1996). From cognitive studies of psychosis to cognitive-behavior therapy for psychotic symptoms. En G. Haddock & P. D. Slade (Eds.), *Cognitive-Behavioral interventions with psychotic disorders* (pp. 3-27). Londres: Routledge.
- Bentall, R. P., Haddock, G. & Slade P. D. (1994). Cognitive behavior therapy for persistent auditory hallucinations: from theory to therapy. *Behavior Therapy*, 25, 51-66.
- Bentall, R. P., Kinderman, P. & Kaney S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. *Behavior Research and Therapy*, 32, 321-241.
- Blakemore, S. J., Smith, J., Steel, R., Johnstone, E. C. & Frith, C. D. (2000). The perception of self-produced sensory stimuli in patients with auditory hallucinations and passivity experiences: evidence for a breakdown in self-monitoring. *Psychological Medicine*, 30, 1131-1139.
- Bouchard, S., Vallières, A., Roy, M. A. & Maziade, M. (1996). Cognitive restructuring in the treatment of psychotic symptoms in schizophrenia: a critical analysis. *Behavior Therapy*, 27, 257-277.
- Burns, C. E. S., Heiby E. M. & Tarp, R. G. (1983). A verbal analysis of auditory hallucinations. *The Behavior Analyst*, 6, 133-143.
- Bentall, R. P. (1990). The syndromes and symptoms of psychosis. R why you can't play "twenty question" with the concept of schizophrenia and hope to win. En R. P. Bentall (Ed.), *Reconstructing Schizophrenia* (pp. 23-60). Londres: Routledge.
- Bentall, R. P., Jackson, H. G. & Pilgrim, D. (1988). Abandoning the concept of "schizophrenia": some implications of validity arguments for psychological research into psychotic phenomena. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 303-324.
- Bowins, B. & Shugar, G. (1998). Delusions and self-esteem. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 154-158.
- Cartwright-Hatton, S. & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognition Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 3, 379-296.
- Chadwick, P., Birchwood, M. & Trower, P. (1996). *Cognitive Therapy for illusions, Voices and Paranoia*. Chichester: Wiley.
- Chadwick, P. & Lowe, C. F. (1994). A cognitive approach to measuring delusions. *Behavior Research and Therapy*, 32, 355-367.
- Cordova, J. V. & Kohlenberg, R. J. (1994). Acceptance and therapeutic relationship. En S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change. Content and context in psychotherapy* (pp. 125-142). Reno: Context Press.
- Costello, C. G. (1992). Research on symptoms versus research on syndromes. Arguments in favor of allocating more research time to the study of symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 160, 304 - 308.
- Costello, C. G. (1993). From symptoms of schizophrenia to syndromes of schizophrenia. En C. G. Costello (Ed.), *Symptoms of Schizophrenia*. Nueva York: Wiley.

- Cutting, J. & Shepherd, M. (1987), Introduction. En J. Cutting & M. Chepherd (Eds.), *The clinical roots of the schizophrenia concept. Translations of Semina European Contributions on Schizophrenia* (pp. 1-10). Crambridge: Crambridge University Press.
- Davidson, L. & Strauss, J. S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 65, 131-145.
- Davies, P., Davies G. L. & Bennet, S. (1982). An effective paradigm for conditioning visual perception in human subjects. *Perception*, 11, 663-669.
- Frith, C. D. (1995). *La esquizofrenia. Un enfoque Neuropsicológico cognoscitivo*. Barcelona: Ariel. (Original work published 1992).
- Garety, P. A. & Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 113-154.
- García, J. M. (2002). *El papel de la supresión de pensamientos autodiscrepantes sobre la calidad perceptiva de la ilusiones auditivas*. Oviedo: Servicio de publicaciones de la Universidad de Oviedo.
- García, J. M., Luciano, M. C., Hernández, M. & Zaldivar, F. (en prensa). Aplicación de la terapia de Aceptación y compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*.
- García, J. M. & Pérez, M. (2001). ACT como tratamiento de síntomas psicóticos. El caso de las alucinaciones auditivas. *Análisis y modificación de Conducta*, 27, 455-472.
- García, J. M. & Pérez, M. (2003). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 107-122.
- García, J. M. & Pérez, M. (en revisión). Exposition in existential terms of a case of "negative schizophrenia" approached by means of Acceptance and Commitment Therapy.
- García, J. M., Pérez, M., Cangas, A. J., Perona, S. & Cuevas, M. (2002). Metacognitions and hallucinatory experiences. Comparisons among different groups of clinical population. Comunicación presentada al *Sixth International Congress on Behaviorism and the Sciences of Behavior*, Auburn, Alabama, September, 2002 (p. 35).
- García, J. M., Pérez, M. & Fidalgo, A. M. (2003). Influence of the suppression of self-discrepant thoughts on the vividness of perception of auditory illusion. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 31, 33-44.
- García, J. M., Pérez, M. & Fidalgo, A. M. (En revisión). Metacognitive variables, thought suppression and auditory illusion. Metacognitive variables, thought suppression and auditory illusion.
- Garety, P. A. & Hemsley, D. R. (1994). *Delusions: investigations into the psychology of delusional reasoning*. Hove: Psychology Press.
- Haddock, G., Bentall, R. P. & Slade, P. D. (1996). Psychological treatments of auditory hallucinations: focusing or distraction? En G. Haddock & P. D. Slade (Ed.), *Cognitive-Behavioral Intervention with psychotic Disorders* (pp. 45-70). Londres: Routledge.
- Haddock, G., Tarrrier, N., Spaulding, W., Yusupoff, L., Kinney, C. & MacCarthy, E. (1998). Individual cognitive-behavior therapy in the treatment of hallucinations and delusions: a review. *Clinical Psychology Review*, 18, 821-838.
- Haddock, G., Slade, P. D., Bentall, R. P., Reid, D. & Faragher, E. B. (1998). A comparison of the long-term effectiveness of distraction and focusing in the treatment of auditory hallucinations. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 339-349.
- Harrop, C. & Trower, P. (2001). Why does schizophrenia develop at late adolescence. *Clinical Psychological Review*, 21, 241-266.
- Hayes, S. C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12, 99-110.
- Hayes, S. C. (1991). A relational control theory of stimulus equivalence. En L. J. Hayes & P. N. Chase (Eds.), *Dialogues on verbal behavior* (pp.19-40). Reno: Context Press.
- Hayes, S. C. (1994a). Relational frame theory: a functional approach to verbal events. En S. C. Hayes, M. Sato & K. Ono (Eds.) *Behavioral Analysis of language and cognition* (pp. 9-30). Reno: Context Press.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory. A post-skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Kluwer.
- Hayes, S. C., Batten, S., Gifford, E., Wilson, K. G., Afari, N. & McCurry, S. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An individual psychotherapy manual for the treatment of experiential avoidance*. Reno: Context Press.
- Hayes, S. C. & Hayes, L. J. (1992). Some clinical implications of contextualistic behaviorism: the example of cognition. *Behavior Therapy*, 23, 225-249.
- Hayes, S. C., McCurry, S. M., Afari, N. & Wilson, K. G. (1991). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT). A Therapy manual for the treatment of emotional avoidance*. Reno: Context Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford.
- Hayes, S. C. & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment Therapy: altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17, 289-303.

- Hayes, S. C. & Wilson, K. G., Gifford, E. V. Follete, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder. A functional dimensional approach to diagnoses and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1152-1168.
- Heilbrun, A. B. (1980). Impaired recognition of self-expressed thought in patients with auditory hallucinations. *Journal of Abnormal Psychology, 89*, 728-736.
- Hemsley, D. R. (1977). What have cognitive deficits to do with schizophrenic Symptoms? *British Journal of Psychiatry, 130*, 167-173.
- Hirsh, S. R., Jolley, A. G., Barnes, T. R., Liddle, P. F., Curson, D. A., Patel, A., York, A., Bercu, S. & Patel, M. (1989). Dysphoric and depressive symptoms in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research, 2*, 259-264.
- Hogg, L. (1996). Psychological treatments for negative symptoms. En G. Haddock & P. D. Slade (Eds.), *Cognitive-Behavioural interventions with psychotic disorders* (p. 151-167). Londres: Routledge.
- Johns, L. C., Sellwood, W., McGovern, J. & Haddock, G. (2002). Battling boredom: group cognitive behaviour therapy for negative symptoms of Schizophrenia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 30*, 341-346.
- Johns, L. C. & van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review, 21*, 1125-1141.
- Kinderman, P. & Bentall, R. P. (1996). Self-discrepancies and persecutory delusions: evidence for a defensive model of paranoid ideation. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 106-114.
- Kinderman, P. & Bentall, R. P. (2000). Self-discrepancies and causal attributions. Studies of hypothesized relationships. *British Journal of Clinical Psychology, 39*, 255-273.
- Layng, T. V. J. & Andronis, P. T. (1984). Toward a functional analysis of delusional speech hallucinatory behavior. *The Behavior Analyst, 7*, 139-156.
- Leudar, I. & Thomas, P. (2000). *Voices of Reason, voices of insanity: studies of verbal hallucinations*. Londres: Routledge.
- Lobban, F., Haddock, G., Kinderman, P. & Wells, A. (2002). The role of metacognitive beliefs in auditory hallucinations. *Personality and Individual Differences, 32*, 1351-1363.
- Luciano, M. C. (1999). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). *Análisis y Modificación de Conducta, 25*, 497-584.
- Luciano, M. C. & Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology, 1*, 109-157.
- MacCarthy, B. Benson, J. & Brewin, C. R. (1986). Task motivation and problems appraisal in long term psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry, 151*, 145-151.
- McCreery, C. & Gordon, C. (1996). A study of hallucinations in normal subjects-I. Self-report data. *Personality and Individual Differences, 21*, 739-747.
- Maher, B. A. (1974). Delusional thinking and perceptual disorder. *Journal of Individual Psychology, 30*, 98-113.
- Miller, J. G. (1960). Information input overload and Psychopathology. *American Journal of Psychiatry, 116*, 695-704.
- Minkowski, E. (1980). *La esquizofrenia. Psicopatología de los Esquizoides y los Esquizofrénicos*. Buenos Aires: Paidós.
- Morrison, A. P. (1998). A cognitive analysis of the maintenance of auditory hallucinations: Are voices to schizophrenia what bodily sensations are to panic? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 26*, 289-302.
- Morrison, A. P. & Baker, C. A. (2000). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a comparative study of intrusions in psychosis. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 1097-1106.
- Morrison, A. P., Haddock, G. & Tarrier, N. (1995). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*, 265-268.
- Morrison, A. P. & Wells, A. (2000). Thought control strategies in schizophrenia: a comparison with non-patients. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 67-78.
- Nayani, T. H. & David, A. S. (1996). The auditory hallucinations : A phenomenological survey. *Psychological Medicine, 26*, 177-189.
- Norman, R. N. & Malla, A. K. (1991). Dysphoric mood and symptomatology in schizophrenia. *Psychological Medicine, 21*, 897-902.
- O'Dwyer, A-M. & Marks, I. (2000). Obsessive-compulsive disorder and delusions revisited. *British Journal of Psychiatry, 176*, 281-284.
- Ohayon, M. M. (2000). Prevalence of hallucinations and their pathological associations in general population. *Psychiatry Research, 97*, 153-164.
- Pérez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez, M. & Fernández, J. R. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema, 13*, 523-529.

- Perona, S. & Galán, A. (2001). Estrategias de afrontamiento en psicóticos: Conceptualización y resultados de la investigación. *Clínica y Salud, 12*, 145-178.
- Persons, J. B. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *American Psychologist, 41*, 1252-1260.
- Rassin, E., Merckelbach, H. & Muris, P. (2000). Paradoxical and less paradoxical effects of thought suppression: a critical review. *Clinical Psychology review, 20, 8*, 973-995.
- Roberts, G. (1991). Delusional belief systems and meaning in life: a preferred reality? *British Journal of Psychiatry, 159*, 19-28.
- Roberts, G. (1992). The origins of delusions. *British Journal of Psychiatry, 161*, 298-308.
- Romme, M. A. J. & Escher, A. D. M. A. C. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin, 15*, 209-216.
- Romme, M. A. & Escher, S. (1996). Empowering people who hear voices. En G. Haddock & P. D. Slade (Eds.), *Cognitive-Behavioural interventions with psychotic disorders*. Londres: Routledge.
- Strauss, J. S. (1969). Hallucinations and delusions as points on continua functions. *Archives of General Psychiatry, 45*, 285-295.
- Skinner, B. F. (1936). The verbal summator and method for the study of latent speech. *Journal of Psychology, 2*, 71-107.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Nueva York: Free Press.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. Nueva York: Knopf.
- Verdoux, H. & van Os, J. (2002). Psychotic symptoms in non-clinical population and the continuum of psychosis. *Schizophrenia Research, 54*, 59-65.
- Vollraths, M. Alnaes, R. & Torgersen, S. (1996). Differential effects of coping in mental disorders: a prospective study in psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychology, 52*, 125-135.
- Wilson, K. G. & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Zigler, E. & Glick, M. (1988). Is paranoid schizophrenia really camouflaged depression? *American Psychologist, 43*, 284-290.

JOSÉ M. GARCÍA MONTES es Licenciado en Derecho por la UNED y Licenciado y Doctor en Psicología por la Universidad de Oviedo (España). Actualmente es profesor asociado en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Almería, donde imparte Psicología de la Personalidad. Su línea de investigación principal tiene que ver con la noción de persona y su implicación en el entendimiento y tratamiento de síntomas psicóticos. Igualmente, se encuentra trabajando sobre el impacto de las nuevas tecnologías en la configuración de la personalidad y en el desarrollo de desórdenes psicológicos.

MARINO PÉREZ-ÁLVAREZ es licenciado y doctor en psicología por la Universidad Complutense de Madrid. Actualmente es catedrático del Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo, donde imparte Psicopatología y Técnicas de Intervención y Tratamientos Psicológicos. Sus líneas de investigación se desenvuelven de acuerdo con una perspectiva contextual (cultural), destacando en la actualidad el desarrollo de una teoría de la persona, así como el análisis crítico y reconstructivo de los trastornos psicológicos. Es autor de numerosas publicaciones nacionales e internacionales y de diversos libros, entre los que se señalan *Tratamientos Psicológicos* (1996), *La Psicoterapia desde el Punto de Vista Conductista* (1996), *Las Cuatro Causas de los Trastornos Psicológicos* (2003) y, *Contingencia y Drama: La Psicología según el Conductismo* (2004).

Recepción: 14 de noviembre, 2004

Aceptación final: 22 de marzo, 2005

