

Diseño de un protocolo de actuación para el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Arona

Trabajo Final de Máster - Informe de Diseño de Investigación

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

por la Universidad de La Laguna

Curso académico 2023-2024

Alumna: Mónica Delgado Martín

Tutores: Juan Manuel Bethencourt Pérez y Domingo Jesús de la Rosa Díaz

Las posibilidades de la terapia psicológica de la esquizofrenia tienen su base en la simple pero profunda idea de que la gente que ha sido diagnosticada de esquizofrenia son personas y siguen siéndolo. (Pérez Álvarez, 2012)

*Agradecimiento eterno a Domingo y a todo el equipo del CRPS El Mojón,
por ayudarme a rehabilitarme psicosocialmente.*

Resumen

Este proyecto se centra en diseñar un protocolo de actuación para el Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de Arona "El Mojón", bajo el enfoque de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la intención fundamental del centro de proporcionar un entorno terapéutico y de apoyo que facilite la "rehabilitación" social de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG). El método incluye una revisión teórica exhaustiva sobre la psicosis y ACT, la observación directa del funcionamiento del centro y la colaboración de profesionales del CRPS. La propuesta de intervención se basa en establecer las bases de la atención a las personas derivadas al CRPS. La implementación de este protocolo pretende proporcionar más datos empíricos sobre la eficacia de la ACT en psicosis, mejorar la coordinación y eficiencia de las intervenciones dentro de la red de salud mental de Canarias, y avanzar hacia una atención de mayor calidad.

Palabras clave: terapia de aceptación y compromiso, psicosis, protocolo, propuesta de intervención, rehabilitación psicosocial.

Abstract

This project focuses on designing an intervention protocol for the Psychosocial Rehabilitation Center (CRPS) of Arona "El Mojón," under the framework of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). The fundamental aim of the center is to provide a therapeutic and supportive environment that facilitates the social "rehabilitation" of individuals with Severe Mental Disorder (SMD). The method includes a comprehensive theoretical review of psychosis and ACT, direct observation of the center's operations, and collaboration with CRPS professionals. The intervention proposal is based on establishing the foundations for the care of individuals referred to CRPS El Mojón. The implementation of this protocol aims to provide more empirical data on the effectiveness of ACT in psychosis, improve the coordination and efficiency of interventions within the mental health network in the Canary Islands, and move towards higher quality care.

Keywords: acceptance and commitment therapy, psychosis, protocol, intervention proposal, psychosocial rehabilitation.

Introducción

Salud Mental

La salud mental es una parte esencial de la salud, entendida como un estado de bienestar en el que una persona reconoce sus propias capacidades, puede manejar las tensiones normales de la vida, trabaja de manera productiva y contribuye a su comunidad (OMS, 2014). Por lo tanto, la salud mental va más allá de la simple ausencia de trastornos mentales, es fundamental para una buena calidad de vida.

Las políticas en salud mental pueden implementarse en diferentes niveles, mediante legislación, planes y estrategias de actuación y protocolos. Una buena formulación de políticas en salud mental incide directamente en la mejora de la salud mental de la población. La OMS define un Plan de Salud Mental como un detallado plan estratégico que incluye estrategias, plazos, recursos, objetivos, indicadores y actividades para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental.

Salud Mental En Canarias

La atención a la salud mental en Canarias ha experimentado una notable transformación en las últimas décadas, transitando desde un modelo centrado en el Hospital Psiquiátrico hacia el actual enfoque comunitario. Este proceso, marcado por avances y desafíos, se ha desarrollado en tres etapas principales, tal y como se recoge en la introducción del Plan de Salud de Canarias (Gobierno de Canarias, 2019). El primer período (1982-1994) se enmarca en la Reforma Psiquiátrica impulsada por la Ley General de Sanidad de 1986. El segundo período (1994-2017) está caracterizado por la consolidación del Modelo Comunitario, impulsado por la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2007-2013). Y actualmente, desde el 2018 se desarrolla

un tercer período, con el desarrollo y publicación del Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023.

Plan De Salud Mental De Canarias 2019-2023 (PSMC)

Este se convierte en el marco de referencia para la política y acciones prioritarias en salud mental. Tiene un enfoque centrado en la recuperación y el bienestar de las personas con problemas de salud mental, busca una atención integral y personalizada. Recalca el empoderamiento y la autonomía del paciente como ejes centrales, alineándose con la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud de 2006. También insiste en la reducción del estigma y en la discriminación asociados a la enfermedad mental, así como en la promoción de la salud mental en la población general. El Plan, creado con una metodología rigurosa y conforme a recomendaciones nacionales e internacionales, involucra a múltiples actores y busca guiar las acciones en salud mental durante su vigencia. Se propone mejorar la salud mental de la población canaria en términos de bienestar psicológico, calidad de vida y funcionalidad, sustentado en principios como calidad, equidad, accesibilidad, eficiencia y respeto a la dignidad personal. Asimismo, prioriza la atención a Trastornos Mentales Graves y Salud Mental Infanto-Juvenil, promoviendo la coordinación e integración de recursos y servicios existentes. En conclusión, el Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023 es un esfuerzo multidisciplinario y colaborativo que busca mejorar la salud mental de la comunidad canaria mediante principios de equidad, accesibilidad y respeto a la autonomía del paciente.

A continuación se extraerá contenido del PSMC relevante para el desarrollo de este TFM.

Red de Recursos Sanitarios Especializados en Salud Mental

La red de recursos sanitarios especializados en salud mental en Canarias incluye una variedad de dispositivos distribuidos entre recursos ambulatorios y hospitalarios. Los recursos ambulatorios comprenden Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC), Unidades de Salud Mental Comunitarias Infanto-Juveniles (USMC-IJ) y Hospitales de Día Infanto-Juveniles. En el ámbito hospitalario, se disponen Unidades de Internamiento Breve (UIB), Unidades Funcionales Hospitalarias de Interconsulta y Enlace (UFIE), Unidades de Media Estancia (UME), y Unidades Clínicas y de Rehabilitación de Salud Mental (UCYR).

La red también cuenta con recursos sociales y sociosanitarios, que han visto un incremento en los recursos intermedios para la atención a enfermos mentales crónicos, especialmente en Tenerife y Gran Canaria, impulsado por el Programa de Atención a la Discapacidad (PAD) (2005-2010), subsector Salud Mental. Esta red de carácter sociosanitario contempla el Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP): un programa especializado dirigido a la atención integral y rehabilitación de personas con Trastorno Mental Grave (TMG) en la isla de Tenerife. Su principal objetivo es proporcionar servicios de rehabilitación psicosocial que faciliten la reintegración social y laboral de los afectados, mejorando su calidad de vida y promoviendo su autonomía. El PIRP coordina una red de dispositivos y servicios que incluyen centros de rehabilitación psicosocial, viviendas supervisadas, equipos comunitarios asertivos (ECA), y programas de inclusión laboral. Estos dispositivos trabajan de manera multidisciplinaria, involucrando a psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud mental. Además, el PIRP se fundamenta en un sólido marco legal y está alineado con las estrategias de salud mental nacionales e internacionales, garantizando una atención equitativa, eficiente y de calidad.

En este documento pone el foco en los Centros de Rehabilitación Psicosocial porque es donde se sugiere aplicar y se desarrolla la implementación de la propuesta.

Centros De Rehabilitación Psicosocial

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) son recursos sociosanitarios específicos dirigidos a personas de 18 a 65 años, con diversidad funcional, por diagnóstico de psicosis funcional, que se encuentran en fases estables de su enfermedad y presentan limitaciones leves o moderadas en el funcionamiento psicosocial que se traducen en situaciones de discapacidad y/o dependencia y a sus familiares. El diagnóstico característico es de Esquizofrenia, Trastorno Esquizoafectivo, Trastorno de Ideas Delirantes y el Trastorno Bipolar.

Deben estar en seguimiento por el equipo de salud de referencia, estar compensados psicopatológicamente y necesitar rehabilitación de baja intensidad. Se requiere también compromiso de participación del paciente y su familia. Estos centros, enmarcados en los Programas Insulares de Rehabilitación Psicosocial (PIRP), se caracterizan por sus competencias dirigidas a la recuperación y mantenimiento de habilidades personales y sociales, la integración social y la autonomía personal, mejorando la convivencia y la calidad de vida propia y de sus familias, y por último facilitar la participación en los procesos de inserción social y laboral. Para lograr estos objetivos, se desarrollan Planes Individualizados de Rehabilitación (PIR), apoyo familiar e intervención comunitaria, en coordinación con la USMC y la red de Servicios Sociales.

Coordinación Intrainstitucional Y Procedimiento De Derivación

La coordinación entre los diferentes dispositivos de la red de salud mental en Canarias ha sido heterogénea, debido en parte a la falta de un protocolo de coordinación general o específico. La USMC es el eje central de la asistencia al paciente, coordinando actividades con otros dispositivos. A las personas que lo desean, se les propone la derivación a los dispositivos que pueden ser más

beneficiosos para ellos y se les explica e informa en qué consiste la red. Como ya se ha señalado, existen múltiples recursos sanitarios y sociales; hay Centros de Rehabilitación Psicosocial, centros ocupacionales, proyectos de empleo, dispositivos residenciales, etc. Esta derivación la realiza el profesional de psiquiatría pero normalmente valora el caso previamente con el apoyo del equipo que lleva al usuario en la USMC de referencia, principalmente profesionales de la enfermería y de trabajo social. Este informe es evaluado por los profesionales de cada servicio receptor de la propuesta de derivación. Para los pacientes que requieren un abordaje rehabilitador especializado, el citado informe de derivación se envía al CRPS donde el usuario es evaluado por el especialista del centro (psicólogo clínico) para comprobar que el usuario cumple el perfil y acepta la propuesta de beneficiarse del recurso del centro. Las reuniones periódicas entre los equipos de la USMC y los CRPS permiten un seguimiento conjunto del paciente desde perspectivas complementarias.

Coordinación Interinstitucional

La coordinación sociosanitaria en Canarias se lleva a cabo mediante convenios entre el Gobierno de Canarias y los Cabildos Insulares, involucrando a múltiples agentes. Los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria para personas con enfermedad mental (CIRPAC) son órganos colegiados que complementan y coordinan los recursos sanitarios y sociales. Estos Consejos, adscritos al Servicio Canario de la Salud, elaboran censos de pacientes, diseñan programas de rehabilitación, supervisan memorias y planes anuales, y asesoran sobre la correcta utilización de recursos.

Objetivos Y Acciones

El PSMC se estructura en 12 líneas estratégicas (LE), siendo relevantes en este trabajo, las LE 3: Atención a personas con trastornos mentales graves y la LE 7:

Rehabilitación psicosocial. La primera, basada en el Modelo Comunitario integral, subraya la importancia de equipos multidisciplinares para asegurar cuidados continuos y coordinados que abarquen aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Sin embargo, tal como se recoge en el análisis DAFO realizado en la elaboración del PSMC en esta LE 3, una de las debilidades es el “insuficiente desarrollo y utilización de guías de práctica clínica, así como ausencia de protocolos de atención por procesos”.

Por otro lado, la rehabilitación psicosocial, entendida como el conjunto de programas de intervención psicosocial y social para personas que sufren trastornos mentales graves y persistentes, es imprescindible para esta población. Para ello, es preciso articular una red de recursos de los sistemas sanitario y social que atiendan, de una forma coordinada, complementaria y asegurando la continuidad de atención, las necesidades de estas personas, y que apoyen su integración y participación social efectiva como ciudadanos de pleno derecho (Sobrino y Rodríguez, 2007).

El enfoque integral y coordinado necesario para abordar ciertos trastornos, situaciones clínicas y contextos, debido a su complejidad inherente, hace recomendable la creación de documentos de referencia que detallen los diversos procedimientos recomendados. Además, estos documentos facilitan una mayor uniformidad en las actuaciones clínicas, procedimentales y de coordinación en Canarias. Este estudio busca contribuir a la creación de protocolos de actuación que respondan a estas necesidades, promoviendo así una atención más eficaz y equitativa para esta población.

Protocolo

En el ámbito de la psicología, un protocolo se define como un conjunto detallado de directrices y procedimientos específicos diseñados para guiar la práctica

profesional en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Estos protocolos están estructurados de manera sistemática y basados en la evidencia científica, con el objetivo de asegurar la coherencia y la calidad en las intervenciones terapéuticas. Incluyen instrucciones claras sobre cómo proceder en diferentes situaciones clínicas, garantizando que todos los profesionales sigan un enfoque uniforme y estandarizado.

En conclusión, se destaca por numerosas razones, la necesidad de guías de actuación.

Marco teórico

Uno de los dispositivos de Rehabilitación Psicosocial de Tenerife, es el Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de Arona "El Mojón", en el que la autora del presente trabajo, ha realizado parte de sus prácticas externas del Máster de Psicología General Sanitaria. Este centro es fundamental para proporcionar un entorno terapéutico y de apoyo que facilite la rehabilitación y reintegración social de personas con trastornos mentales graves, promoviendo su autonomía y calidad de vida. La implementación de un protocolo de actuación para los CRPS sería de gran valor, proporcionando una guía clara para la intervención y coordinación entre los diferentes dispositivos y mejorando la calidad de la atención a las personas con trastornos mentales. Dada la ausencia del mismo, se le propone a la alumna la realización de una propuesta de protocolo de actuación para el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Arona.

En este punto, resulta necesario aclarar algunos conceptos teóricos previamente.

Psicosis Funcional

La conducta psicótica puede incluir escuchar, ver, saborear, oler o sentir cosas que otros no perciben, escuchar voces estando solos, mantener creencias delirantes, tener dificultad para pensar y comunicarse, y mostrar introversión, apatía o desmotivación (British Society Division of Clinical Psychology, 2014). Estas conductas, según Pérez Álvarez (2012), tienen su origen en la historia personal y el contexto cultural de la esquizofrenia. Fonseca (2019) agrega que estas respuestas son formas en que las personas han lidiado con malestares de la vida, manteniéndose en su repertorio por su efectividad pasada. Sin embargo, esta visión no ha sido la más común en la historia del estudio de la psicosis, un campo variado y complejo, pero relativamente reciente según Fonseca (2019).

A pesar de años de investigación, la psicología aún carece de una concepción unitaria de la psicosis (Pérez Álvarez, García Montes y Sass, 2010). Los manuales taxonómicos presentan limitaciones en validez y fiabilidad (Fonseca, 2019), y la distinción entre experiencias psicóticas y otras problemáticas emocionales como ansiedad, depresión, estrés post-traumático o trastorno de la personalidad no es clara (British Society Division of Clinical Psychology, 2014). Esto refleja una alta prevalencia de comorbilidades en los sistemas de clasificación actuales.

Frente a los tratamientos tradicionales para la sintomatología psicótica, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) introduce un enfoque innovador centrado en cambiar la relación con las experiencias “desagradables”, en este caso, experiencias psicóticas, en el sentido de dejar de reaccionar a ellas y en su lugar experimentarlas tal como se presentan (mindfulness) o aceptarlas con una actitud abierta (aceptación). Tienen su base en el hecho de que el problema no estaría tanto en la experiencia per se como en determinadas reacciones a ella, en particular, su intento de control o evitación (Pérez Álvarez, García Montes y Sass, 2010).

Terapia De Aceptación Y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) está basada en la idea de que todos experimentamos sufrimiento, y que, en vez de gastar energía en luchar y tratar de controlarlo, puede resultar de ayuda ser capaces de desarrollar la aceptación de nuestro dolor emocional y focalizarnos en lo que es importante para nosotros. (British Society Division of Clinical Psychology, 2014). ACT se desarrolló como un enfoque terapéutico transdiagnóstico, basado en dos procesos clave que explican el sufrimiento psicológico: la fusión cognitiva y la evitación experiencial. La fusión cognitiva ocurre cuando una persona cree firmemente en el contenido literal de sus pensamientos, fusionándose con sus cogniciones y perdiendo la capacidad de distinguir entre la consciencia y las narraciones mentales. Esto conduce a una insensibilidad a las contingencias. Por otro lado, la evitación experiencial es el intento de controlar o eliminar experiencias angustiosas, siguiendo reglas o autoinstrucciones. (Fonseca, 2019). La alternativa saludable a estos procesos es la defusión y la aceptación, ambos procesos centrales de la ACT.

La primera aplicación de ACT a los síntomas psicóticos fue en 2001 (García-Montes y Pérez-Álvarez, 2001). Desde entonces, se ha utilizado cada vez más en trastornos del espectro psicótico, con estudios piloto y ensayos aleatorizados controlados (Louise et al., 2017; Tonarelli et al., 2016). Se ha demostrado su efectividad en reducir el malestar causado por alucinaciones auditivas, mejorar los síntomas en fases agudas de la psicosis y ayudar en la adaptación tras un primer episodio psicótico, reduciendo significativamente la depresión, la sintomatología negativa y las crisis, y aumentando las habilidades de conciencia plena. Hallazgos más recientes (Myin-Germeys et al., 2022) corroboran esta hipótesis de que la ACT podría ser una herramienta prometedora para mejorar la calidad de vida de los pacientes con psicosis, explorando especialmente su impacto en los síntomas

negativos de este trastorno y proporcionando una alternativa efectiva a los tratamientos tradicionales.

Tras esta revisión del marco científico-conceptual, se considera que se presentan suficientes puntos de conexión para unificar en un solo protocolo el modo de actuación en este centro sanitario con los siguientes objetivos y metodología.

Objetivo general

- Establecer las bases de la atención a las personas derivadas al Centro de Rehabilitación Psicosocial El Mojón.

Objetivos específicos

- Desarrollar un protocolo de actuación para el CRPS de Arona.
- Potenciar una adecuada coordinación entre los diferentes CRPS insulares.
- Capacitar al personal en técnicas y metodologías de atención psicosocial.
- Evaluar y mejorar continuamente la calidad del servicio ofrecido.
- Prevenir el riesgo de deterioro psicosocial, institucionalización y marginalidad.

Metodología

Para llevar a cabo este proyecto, se siguió una metodología rigurosa que incluyó varias etapas clave. En primer lugar, se colaboró estrechamente con el Psicólogo Clínico del Centro de Rehabilitación Psicosocial El Mojón/Arona, quien proporcionó información valiosa sobre los procedimientos actuales y la demanda real de los trabajadores del centro, así como de compañeros de otros dispositivos de la red de salud mental en Canarias. Posteriormente, se realizó una observación directa del funcionamiento habitual del centro, lo que permitió identificar prácticas efectivas y áreas de mejora. Durante este proceso, se intercambiaron prácticas habituales y se propusieron opciones de valor para la construcción de un enfoque más sólido. Con las piezas obtenidas de estos intercambios y observaciones, se realizó una exhaustiva

recopilación y revisión de la bibliografía existente, para fundamentar y justificar teóricamente la propuesta de protocolo.

Propuesta De Intervención

Este protocolo, está diseñado para estructurar y optimizar la atención a las personas derivadas al Centro de Rehabilitación Psicosocial El Mojón. Está basado en la necesidad de un enfoque sistemático y coherente. El protocolo busca no solo estandarizar las prácticas de intervención, sino poder verificar el efecto de este formato en personas con Trastorno mental grave (por lo menos los usuarios del CRPS El Mojón) y proponerlo así como un modelo adecuado si fuese así para este perfil de población. A continuación, se describe el modelo, de modo que se pueda no sólo comprender con claridad, sino posibilitar la construcción o aplicación por parte del lector de intervenciones de las mismas características. Se trata de un diseño flexible, característica por definición de la Terapia de Aceptación y Compromiso en la cual se basa toda esta propuesta de intervención y se explican y describen sus bases en este documento. Para poder encontrar lo que el lector busca de una manera más rápida y sencilla se ofrece un índice con los puntos desarrollados en el documento.

Esta Propuesta de Intervención se divide en los siguientes apartados::

1. Objetivos
2. Metodología
3. Contenidos Genéricos
4. Descripción De Sesiones
5. Sistema Y Criterios De Evaluación
6. Bibliografía
7. Anexos

Objetivos

Objetivo General

Promover la autonomía y el bienestar integral de las personas usuarias del Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Objetivos Específicos

Evaluar funcionalmente al sujeto y a su entorno

Descripción: realizar una evaluación exhaustiva de la situación psicológica de la persona y su entorno para determinar la idoneidad de su ingreso en un centro de rehabilitación psicosocial.

Elementos Evaluados:

- Nivel de desempeño actual en áreas vitales y demanda de los diferentes escenarios en los que interactúa.
- Biografía, nivel de desempeño más alto alcanzado y potencial de aprendizaje.
- Fortalezas, fragilidades y amenazas del sujeto y el entorno.
- Expectativas, intereses, necesidades y motivación para el cambio de sujeto y familia.
- Calidad de vida de usuarios y familia.
- Recursos disponibles o pertinentes para la rehabilitación.
- Vivencia participación en los servicios y causas de abandono.

Evaluar la Flexibilidad Psicológica

Descripción: evaluar para identificar los diferentes aspectos de la flexibilidad psicológica utilizando el modelo Hexaflex, que incluye:

- Aceptación
- Valores
- Contacto con el momento presente
- Acción comprometida
- Yo como contexto
- Defusión

Mejorar la Flexibilidad Psicológica

Descripción: Diseñar e implementar intervenciones individuales y grupales basadas en los resultados de la evaluación del Hexaflex.

Áreas de Intervención:

- Aceptación de la experiencia.
- Definición y seguimiento de valores personales.
- Desarrollo del contacto con el momento presente.
- Fomento de la acción comprometida.
- Trabajo en la percepción del yo como contexto.
- Aplicación de técnicas de defusión.

Desarrollar la Autonomía

Descripción: Planificación sistemática, estructurada y flexible de todo el proceso de rehabilitación de cada usuario.

Áreas de Intervención:

- Área de salud.
- Autonomía personal e integración comunitaria.
- Área de competencias personales y sociales.
- Área familiar y de convivencia.

Fomentar la colaboración del entorno

Descripción: Implicación y participación activa del sujeto y de su grupo de apoyo, especialmente la familia, en todas las fases del proceso de rehabilitación.

Supervisar y verificar la mejoría

Descripción: Realizar un seguimiento continuo de las mejoras alcanzadas por el paciente, asegurando que estas se mantengan a lo largo del tiempo.

Proceso de Supervisión:

- Monitoreo de los progresos individuales.
- Evaluaciones periódicas.
- Adaptación de las intervenciones según sea necesario.

Seguimiento y alta terapéutica

Descripción: Una vez que se han conseguido los objetivos que se han ido consensuando durante todo el proceso de intervención, se pasaría a destinar un tiempo dedicado a la supervisión de los logros alcanzados.

Proceso de alta terapéutica:

- Consolidación de los objetivos.
- Preparación del paciente y su entorno para el alta del centro.

- Documentación y comunicación de la baja administrativa del recurso.

Metodología

El protocolo de actuación, como su nombre indica, abarca toda la actividad del CRPS, es decir, recoge desde la derivación de la persona candidata a la Red de Recursos de Salud Mental de Canarias hasta la baja del sistema administrativo (alta terapéutica). Pasando por todo el proceso intermedio de intervención.

Proceso Previo a la Admisión en el CRPS

Procedimiento de derivación de personas con trastorno mental a dispositivos sociosanitarios. En este procedimiento se pueden distinguir las siguientes etapas:

1. **Identificación de necesidades.** Las Unidades de Salud Mental (USM), identifican las necesidades que presentan aquellos pacientes susceptibles de ser atendidos en los distintos dispositivos sociosanitarios específicos coordinados por el Programa Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP).
 - a. Centro de Rehabilitación Psicosocial
 - b. Alojamiento alternativo
 - c. Mini-residencia para personas con enfermedad mental
 - d. Y cualquier otro destinado a la población con discapacidad por enfermedad mental.

El perfil de personas usuarias en este caso es el de persona con diversidad funcional por diagnóstico de psicosis funcional que se encuentre en fase estable de su enfermedad. Que presente limitaciones leves o moderadas en el funcionamiento psicosocial traducidas en situaciones de discapacidad y/o dependencia. El diagnóstico característico es de Esquizofrenia, Trastorno Esquizoafectivo, Trastorno de Ideas Delirantes y Trastorno Bipolar. Los usuarios deben estar atendidos y en seguimiento por el equipo de salud mental

de referencia. En el momento de derivación deben estar compensados psicopatológicamente hablando y llevar así llevar al menos así durante los últimos 2 años o no tener gravedad de síntomas tal que no sea recomendable su integración en el recurso. También es un criterio de inclusión que la persona acuda bajo voluntad propia y acepte tanto ella como su familia el compromiso de participación en el programa terapéutico del centro. Se recogen para mayor concreción los siguientes criterios de exclusión:

- Presentar de manera permanente trastornos graves de conducta que distorsionen la convivencia o problemas graves de alcoholismo o toxicomanías que requieran una atención que no puede prestarse habitualmente en régimen ambulatorio.
 - Presentar retraso mental como causa principal de discapacidad.
 - Presentar procesos orgánicos cerebrales progresivos.
 - Presentar trastornos de personalidad como criterio diagnóstico principal.
2. **Derivación al PIRP.** Basándose en los criterios establecidos, las USM realizan un informe de derivación “Documento 1” y se envía a los dispositivos receptores. al responsable del PIRP indicando el recurso de rehabilitación propuesto. En el caso del recurso del CRPS es el director del mismo (Psicólogo Clínico) quien gestiona la lista de espera del centro.
 3. **Resolución de la concesión de plaza.** La resolución de la concesión de plaza se remite al responsable del PIRP. A la unidad de discapacidad del IASS se remite el alta administrativa, es decir el ingreso en el CRPS y desde allí se le da la plaza en el sistema por medio de una resolución que envían al usuario.

CRPS Como Recurso Asignado

1. **Gestiones previas a la incorporación al recurso.** En primer lugar, se analiza la demanda del dispositivo que promueve la derivación. En segundo lugar, se

valora que exista una cobertura social familiar y/o institucional mínima que garantice que las necesidades más básicas estén cubiertas. Seguidamente, se cita para el contacto inicial a la persona y a su familia. Ya que se considera prioritario la colaboración de la familia en el proceso de intervención, si la persona se muestra reticente a que acuda su familia al CRPS, se accede a ello, posponiendo ese contacto (familia-centro) hasta que la persona pueda valorar lo importante de la vinculación de su familia en su propio proceso de recuperación.

- 2. Toma de contacto inicial y establecimiento de una alianza de trabajo.** En este primer contacto se explicita la demanda del dispositivo derivador, la misión y el funcionamiento del recurso, y se escucha lo que nos tienen que decir. Se comienza el camino inicial hacia el desvelamiento de intereses y necesidades psicológicas básicas (vinculación, competencia, autodeterminación, sentido y crecimiento). Es muy frecuente que todas estas necesidades hayan sido negadas, atribuidas a otros, o expresadas de forma delirada. Para ello, el psicólogo puede utilizar una entrevista semiestructurada e ir adaptando el encuentro en función del caso. Llegados a este punto se suele poder tomar la decisión de necesidad de conocer más el caso, proponer alta en el recurso o rechazar la derivación. En el primer caso se seguiría recogiendo información y en el tercero se informaría de la decisión y se explicaría, nunca abandonamos a la persona.

Si se considera que el recurso es óptimo para la persona, el clínico y el candidato reformulan juntos las necesidades. Una vez que ambos aceptan esta reformulación, se establece como objetivo terapéutico central el aprendizaje para satisfacer esas necesidades, lo cual justifica nuestra intervención. Se formaliza el “Contrato terapéutico” como compromiso del interesado y del

familiar o tutor legal de conocimiento y la aceptación de las normas del régimen interno del CRPS. En este documento se explica el funcionamiento del recurso, el compromiso que se demanda por parte del usuario y de su familia, los motivos de baja del CRPS y las firmas. Antes de firmar, se leen todos los puntos con el clínico por si hubiera alguna duda y después firman las tres partes; usuario/interesado, familiar/tutor responsable y facultativo coordinador del CRPS. De forma paralela, se impulsa la incorporación gradual del usuario a las actividades en función de sus preferencias. Se evalúa también, la necesidad de transporte y se ofrece el recurso de transporte de Cruz Roja propio del CRPS. Se gestiona la documentación necesaria para que el usuario pueda acceder al centro en dicho transporte. En el caso del CRPS de Arona, se tramita mediante correo electrónico a la Coordinación de Cruz Roja solicitando plaza y justificando que la persona pertenece al municipio de Arona.

Si por lo contrario, tras la valoración psicosocial del interesado, el equipo de rehabilitación considera que éste no pudiera beneficiarse de las intervenciones terapéuticas que se ofrecen o que no es el servicio adecuado para sus dificultades, no sería admitido y se respondería desestimando la derivación. Se informará a la USMC para que ésta le proponga un recurso más adecuado. A nivel burocrático, actualmente el documento oficial establecido para la tramitación de altas, desestimación, derivaciones y bajas es la “Comunicación de baja” y la “Comunicación de ingreso”.

- 3. Evaluación.** Con el objetivo de recopilar información sobre el caso de cada uno de los usuarios se procede a la evaluación. Con ella se busca profundizar en la historia de cada uno, su proceso y su situación actual. La evaluación ayuda a identificar aptitudes, excesos, carencias tanto del sujeto como de su entorno que favorecen o dificultan los objetivos del proceso terapéutico

(autonomía y bienestar integral). Se analiza también el desempeño de roles, la historia de los síntomas, las recaídas y la aparición de conductas problemáticas entre otros aspectos.

En el primer contacto, en el que como ya hemos mencionado se aspira a que acuda el usuario con la familia, se utiliza el "Protocolo de Evaluación del CRPS". Este protocolo reúne información de diferentes fuentes de información como son el usuario, la familia, la observación directa, la evaluación psicológica, informes clínicos y profesionales relacionados con el caso.

En primer lugar, se recogen datos sociodemográficos e información sobre su historia clínica y su red de apoyo (teléfonos de contacto, persona a movilizar en caso de crisis, profesionales de referencia de USM, tutor legal si lo hubiera etc.)

En segundo lugar, se analiza la demanda inicial. Esto es la motivación para acudir al centro, experiencia previa en otros recursos, interés en actividades concretas para las que acudir al centro como cursos de formación, ser independiente, interés en relaciones sociales, deseo de cuidar su salud mental, trabajar en la relación con su familia y expectativas hacia la recuperación. Este punto es de vital importancia de cara a los objetivos de intervención. En este mismo punto se registra la actitud de la familia hacia la demanda, la disposición hacia el CRPS y otros asuntos. Para terminar este punto, el usuario junto con y la familia explican al clínico una breve línea de vida del sujeto.

En tercer lugar, se explora el área de salud. Primero la salud mental: diagnóstico, ingresos, desencadenantes, señales de alarma de recaída y exploración de sintomatología actual incluyendo ideación suicida. Después se explora la salud física en términos generales y el tratamiento psicofarmacológico actual. Punto relevante para ir registrando la medicación

del usuario y su modificación por parte de su psiquiatra. Este aspecto se debe de ir valorando en coordinación (USM-CRPS). Como es obvio, aunque no sea el psicólogo clínico quien gestione el tratamiento psicofarmacológico, si debe de conocer el tratamiento y sus fluctuaciones por su influencia directa en la conducta y el estado del usuario. Para terminar este punto se indaga en el conocimiento y atribuciones del usuario a su estado de salud/proceso de enfermedad: conciencia de enfermedad, funcionalidad sintomatológica, y conductas de riesgo).

En cuarto lugar, se cuestionan las competencias personales y sociales. Se incluye la valoración subjetiva de la cognición general, las preocupaciones, miedos y su intensidad y del manejo de las experiencias psicológicas.

En quinto lugar, se aborda el área social, las habilidades sociales y las relaciones afectivo-sexuales. Todos ellos de vital importancia por la red de apoyo y su influencia en el bienestar y por recordar o clarificar la defensa de sus derechos en cuanto a las relaciones afectivo-sexuales. Muchas veces este es un punto importante a abordar desde el trabajo de la autonomía de la persona desde el recurso.

En sexto lugar, se indaga en los hábitos de vida saludable y autonomía. Aspecto fundamental para el plan de intervención focalizado en la autonomía de la persona. Hábitos de higiene y aspecto físico, hábitos de alimentación, hábitos de sueño, actividad física, prevención de accidentes y/o riesgo en el hogar, necesidad de supervisión o ayuda, manejo de la medicación y de los recursos sanitarios. Este punto último sobre la capacidad de gestión dentro del sistema sanitario es especialmente relevante para poder mejorar las carencias que se pueden recoger y mejorar la asistencia, y por supuesto, importante para poder atender a la persona en base a sus necesidades. También se recoge aquí su orientación y uso de los medios de transporte, organización de la

vivienda y de su economía. Estos puntos suelen trabajarse desde los diferentes talleres para el desarrollo de la autonomía.

En séptimo lugar, se evalúa el área de ocio y tiempo libre (rutina, planes de fin de semana, y aficiones).

En noveno lugar, se busca conocer el área formativo-laboral: la actividad formativa, la actividad laboral. De cara al planteamiento de objetivos, es frecuente que, a lo largo del tiempo, con el desarrollo de la autonomía, la independencia y el empoderamiento que se alcanza a consecuencia del aumento de bienestar integral, la persona se plantee objetivos que nunca antes ha creído posibles. Por ejemplo, la búsqueda de un trabajo, estudiar algo, etc. Por eso también es importante ir revisando y añadiendo los objetivos y propósitos del usuario.

En décimo lugar, se explora el área familiar y de convivencia. Familiograma, personas con las que convive y relación se abordan con el candidato a usuario y con su familia se aborda la atribución de “enfermedad”, el conocimiento que se tiene sobre ese trastorno o enfermedad, recursos con los que cuenta (ONGs, etc) , recursos personales , gestión de crisis, expectativas de futuro, influencia de la situación del familiar en desarrollar su vida con normalidad, carga familiar y observaciones. En este punto, pudiendo ser delicado de abordar, se recoge mucha información relevante para la intervención tanto la que recojamos directamente como la que observemos durante la evaluación (forma de relacionarse, reacciones, lenguaje utilizado para describir y explicar las cosas, atención del uno en el otro, etc).

Por último, se concluye con la valoración general del caso, donde se registran fortalezas y debilidades y amenazas y el nivel general de funcionamiento desde dependiente a competente. A modo de cierre de esta evaluación se anotan las prioridades terapéuticas del usuario y de la familia. Lo

cual servirá de base para la construcción del Plan Individual de Rehabilitación (PIR).

Además de este protocolo de evaluación, existe el “Plan Individual (Propuesta de la familia)”. Un registro dividido en 4 áreas (autonomía personal, autonomía en la comunidad, intervención cognitiva e intervención clínica) donde se le pide a la familia que complete todas las subáreas para conocer la autonomía personal del interesado desde la perspectiva de 3ª persona.

A modo de conclusión y resumen, el protocolo sería como una foto fija de la situación de la persona en el momento que llega al centro y el plan-propuesta de la familia es la parte más dinámica de la información concreta sobre la autonomía de la persona. Desde ambas se construye el Plan Individualizado de Rehabilitación y este es el documento que se va revisando y adaptando durante el seguimiento del caso.

- 4. Consenso de objetivos y desarrollo del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR).** Tras la evaluación inicial, se negocian entre el interesado, el psicólogo y su familia los objetivos a cumplir en su plan de rehabilitación. El dispositivo cuenta con un equipo multidisciplinar formado por un Psicólogo Clínico del Servicio Canario de Salud, una Técnico de Integración Social y una auxiliar Técnico Educativa. Además, el centro dispone, de forma temporal pautada por proyectos, de profesionales monitoras de actividades de diversas temáticas. La competencia de la dirección clínico-rehabilitadora corresponde al Psicólogo Clínico; asigna responsabilidades, supervisa el proceso, ajusta las intervenciones según las necesidades cambiantes y monitoriza la intervención “clínica”. Las intervenciones más orientadas al aprendizaje o recuperación de competencias básicas para la vida autónoma y la inclusión social son principalmente ejecutadas por el resto del equipo

terapéutico. Todo esto se documenta y se desarrolla en el Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR): objetivos, prioridades terapéuticas de usuario y familia y plan de intervención. De ello se encarga el psicólogo con colaboración del resto de su equipo del centro.

- 5. Intervención.** Basándonos en que todos los usuarios comparten varios objetivos de sus planes de intervención, se trabaja mayormente de forma grupal. Puntualmente cuando el terapeuta o el propio sujeto lo consideren necesario, tendrán una "sesión individual". Las intervenciones deben ser integradas y coordinadas para asegurar una coherencia terapéutica. Este enfoque holístico se extiende a todos los objetivos específicos del presente protocolo, así como a los objetivos individuales delineados en los Planes de Intervención de cada usuario del centro. De esta manera, se garantiza que todas las estrategias terapéuticas trabajen en sinergia, promoviendo un progreso sostenido y significativo en el proceso de rehabilitación de cada individuo.

Las intervenciones para mejorar la autonomía del sujeto se diseñan como un medio para movilizar y ampliar los recursos personales y sociales, utilizando diversos espacios del entorno como contextos de aprendizaje, soporte y desarrollo. En línea con la flexibilidad que caracteriza al modelo de ACT, estas intervenciones no siguen una planificación rígida, sino que se ajustan de manera versátil y coherente con el proceso de recuperación de cada persona y su grupo familiar. Se implementan apoyos graduales a largo plazo, centrados en las necesidades individuales. Se fomentan las relaciones sociales y un buen ambiente entre los miembros del centro, con lo que motiva a los individuos, ayudándoles a tomar conciencia de sus necesidades, deseos y expectativas, así como de sus derechos y responsabilidades. Estas

intervenciones promueven una mayor sensación de competencia al usuario, lo que facilita la reconstrucción de la identidad y el desarrollo de capacidades para una vida autónoma y valiosa. Las mejoras en el funcionamiento y la calidad de vida - sentido de la rehabilitación - son el resultado de cambios en el comportamiento más que de reducciones en los síntomas positivos característicos en la psicosis (Bach, 2004), y la flexibilidad psicológica puede mediar en estos cambios. Además de aumentar el bienestar, minimizar la evitación y mejorar la vida basándola en valores y promoviendo la flexibilidad psicológica, la Terapia de Aceptación y Compromiso ofrece beneficios para los problemas y síntomas particulares de la psicosis. Por ejemplo, algunas de las cualidades de las voces angustiosas (intrusivas, incontrolables, negativas, aterradoras) y las creencias delirantes, aumentan la probabilidad de que las personas respondan a ellas con supresión o evitación (Morris, Garety y Peters, 2014; Oliver, O'Connor, Jose, McLachlan y Peters, 2012). Por el contrario, algunas experiencias psicóticas pueden ser muy atractivas, en el sentido de que pueden resultar mágicas, interesantes y tener un alto significado personal, especialmente en el contexto de una vida carente de actividad significativa y de conexión social. Como tal, los pacientes pueden involucrarse con estas experiencias para escapar de una vida mundana, aunque hacerlo tiene el potencial de un alto costo personal a largo plazo. Una vez más se acerca aquí la persona a la inflexibilidad, en este caso caracterizada por la falta de contacto con el momento presente.

El enfoque terapéutico de la ACT - cambiar la relación de la persona con los síntomas, en lugar de los síntomas en sí - puede reducir el impacto de los síntomas y ayudar a la persona a centrarse más en las acciones valoradas (Pérez-Álvarez, García-Montes, Perona-Garcelán, & Vallina-Fernández, 2008).

ACT enfatiza la capacidad de trabajo de la conducta del individuo, con mayor flexibilidad y más opciones de respuesta (Pankey & Hayes, 2003). Por ejemplo, mediante el desarrollo de la aceptación a la experiencia, una persona que normalmente responde a la escucha de voces con aislamiento social y discutiendo con ellas (evitación experiencial y fusión) tiene más probabilidad de explorar una gama más amplia de respuestas conductuales a la escucha de voces. Éstas podrían incluir actividades, como salir de casa, mantener una conversación con otra persona, notar deliberadamente las propiedades acústicas de las voces o realizar una actividad valorada, así como sus respuestas habituales para controlar las voces. El objetivo clínico de la ACT es añadir nuevas funciones a la experiencia de oír voces.

En conclusión, la intervención enfocada en la clínica de los usuarios busca el desarrollo de la flexibilidad psicológica. Concepto más desarrollado en el apartado “**Contenidos genéricos**”.

- 6. Seguimiento y alta terapéutica.** Durante todo el proceso de alta administrativa en el CRPS, el sujeto sigue vinculado a su Unidad de Salud Mental y en seguimiento por su psiquiatra. En función de las mejoras y avances que observe el psiquiatra en el paciente, le regula la medicación pautada. Una vez que se han conseguido los objetivos que se han ido consensuando durante todo el proceso de intervención, se pasaría a la supervisión de los logros alcanzados. Este espacio de supervisión terapéutica incluye contacto directo con el sujeto, su familia y con los profesionales de otros servicios de RPS donde participe. En el caso de que se verifique un retroceso, causado por distintos motivos, se promoverán intervenciones específicas en las áreas de retroceso. Y si los objetivos se alcanzan, se procede a dar de baja del recurso (que implica la baja administrativa pero el alta terapéutica). Cabe recordar que

la recuperación es una cuestión de grados y no todas las personas van a poder conseguir una recuperación plena. De hecho, no buscamos una recuperación libre de síntomas, lo que buscamos es una mejor relación con ellos y afianzar los métodos que cada individuo ha descubierto para poder vivir una vida más plena. De la misma manera que se hizo para formalizar el alta en el recurso, para concluir la baja, se debe de rellenar el documento **“Comunicación de baja”**.

Instrumentos

Dos instrumentos muy útiles para el trabajo de la flexibilidad psicológica y de contacto son el "Inventario de Flexibilidad Psicológica Multidimensional (MPFI)" y el "Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness". El primero (MPFI) evalúa la capacidad de los individuos para adaptarse a las situaciones cambiantes de manera efectiva, midiendo componentes como la aceptación, la defusión cognitiva y la acción comprometida, procesos clave para una vida plena y significativa según la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Por otro lado, el Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness mide la atención plena - proceso clave de ACT también- a través de cinco dimensiones: observar, describir, actuar con conciencia, no juzgar y no reaccionar. Ambos instrumentos pueden ser útiles para diferentes fases del proceso rehabilitador.

Por otro lado, se conoce que el uso de las metáforas como recurso en ACT está muy extendido en la práctica y por ello la autora ha elaborado un documento “Cuadernillo de metáforas” (**Anexo 1**) recopilando algunos ejemplos para uso del clínico. .

Contenidos Genéricos

La intervención que se proponga debe de estar en función de la concepción que se tenga sobre los procesos psicológicos que explican las experiencias de los usuarios.

Por ello se recogen a continuación las bases sobre las que se construye el modelo de intervención propuesto basado en el modelo de la Terapia de Aceptación y Compromiso.

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT en adelante) es una orientación hacia la psicoterapia que se basa en el contextualismo funcional como filosofía y en la teoría del marco relacional como teoría. Como tal, no es un conjunto específico de técnicas. Los protocolos de la ACT se centran en los procesos del lenguaje que supone como implicados en la psicopatología y su mejora, como se describe en el modelo de flexibilidad psicológica. Los protocolos de la ACT son, por tanto, ejemplos de una estrategia de intervención general que está diseñada para ser aplicada de forma flexible. Se puede aplicar ACT desde intervenciones breves que se realizan hasta aquellas que requieren muchas sesiones; en formato grupal o en sesiones individuales. Las terapias contextuales comprenden cada conducta en su contexto, de manera interactiva y funcional, como resultado de la historia de la persona y sus circunstancias, alejándose del modelo médico de enfermedad (Pérez Álvarez, 2014). ACT aporta entre otras cosas: una filosofía de vida, una novedosa perspectiva cultural sobre la que entender y tratar los trastornos psicológicos, Pérez Álvarez (2002).

Características De Las Terapias Contextuales

Características del modelo contextual en psicoterapia definidas por Pérez-Álvarez (2014):

- El modelo contextual en psicoterapia explica el trastorno en términos interactivos, funcionales y contextuales, como algo que está en la historia coevolutiva de la persona y sus circunstancias.
- Supone que el problema tiene que ver con la persona en sus relaciones con los demás y consigo misma.

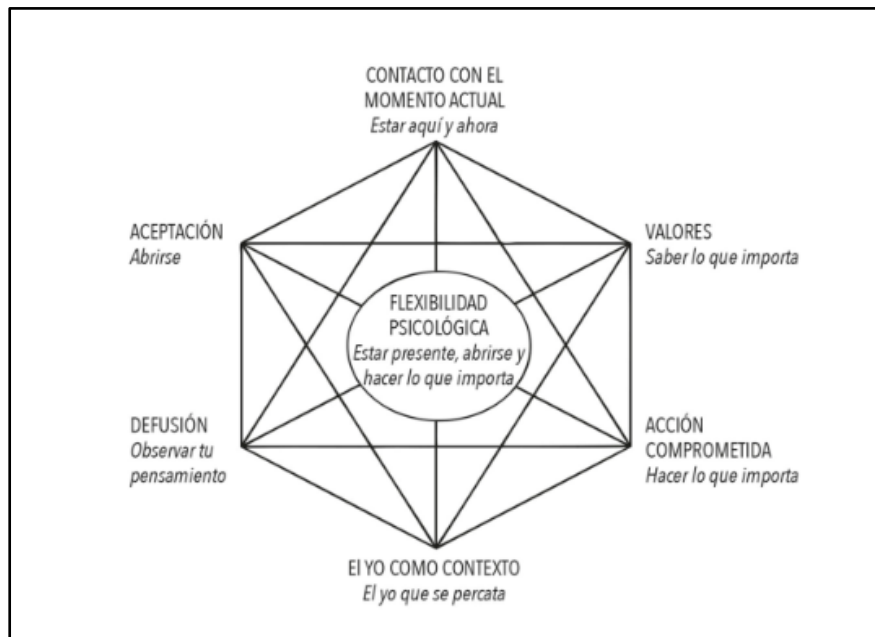
- Se interesa más en proponer principios terapéuticos generales que en desarrollar técnicas, como son el abandono de la lucha contra los síntomas, la lucha contra los síntomas y la reorientación a la vida más allá de las propias experiencias desagradables.
- Mide su eficacia más por los logros personales en la dirección de los valores en los dominios de la vida que por la reducción de síntomas

Principios de ACT

- Control como problema. El esfuerzo por controlar pensamientos y emociones negativas puede intensificar el sufrimiento (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). ACT promueve la aceptación en lugar del control, sugiriendo que tratar de eliminar o controlar las experiencias internas puede llevar a un mayor estrés y percepción de fracaso.
- Cambio del contexto socio-verbal. El objetivo de las terapias contextuales, incluido ACT, es cambiar el contexto socio-verbal del individuo consigo mismo (Pérez Álvarez, 2014). Esto fomenta una relación más saludable con sus pensamientos y sentimientos, en lugar de simplemente eliminar los síntomas.
- Creación de un buen vínculo terapéutico. Un vínculo terapéutico sólido es la base para promover la autodeterminación y el empoderamiento (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Un buen vínculo terapéutico facilita la exploración y adopción de nuevas formas de relacionarse con las experiencias internas.

Procesos Centrales De ACT y Modelo “Hexaflex”

El Hexaflex es un modelo transdiagnóstico, no lineal representado en forma de hexágono donde se exponen los 6 procesos centrales de la Terapia de Aceptación y Compromiso.



“El Hexaflex de la ACT” (Harris, 2021)

- **Defusión Cognitiva.** La defusión cognitiva se refiere a la habilidad de observar los pensamientos como eventos pasajeros en lugar de hechos literales. Desde el análisis de conducta, esto se puede entender como una estrategia para alterar la función de los eventos privados (pensamientos) disminuyendo su control sobre el comportamiento. Al promover la defusión, se pueden reducir las relaciones comportamiento-comportamiento disfuncionales, permitiendo que los individuos se comprometan más plenamente con comportamientos dirigidos por sus valores.
- **Aceptación.** Podríamos definir aceptación como "estar abierto a la experiencia completa mientras se elige activamente y de manera intencional avanzar en una dirección valiosa", estar abierto como sinónimo de no luchar, no resistirse. Desde el análisis de conducta, la aceptación se interpreta como un repertorio de comportamientos que incluye observar y notar contingencias tanto públicas como privadas, y las acciones necesarias para abordar directamente las

causas del sufrimiento y acercarse a los valores personales. Este enfoque implica reconocer que ciertos eventos no pueden cambiarse y aceptar estos eventos como parte de la experiencia vivida. En términos conductuales, la aceptación es incompatible con la evitación experiencial, y fomentar la aceptación puede ser un primer paso para utilizar estrategias de los otros procesos de ACT para alcanzar resultados valiosos.

- **Contacto Con El Momento Presente** “Mindfulness” o Atención Plena. Steven C. Hayes y Kelly G. Wilson destacan la importancia de la atención plena y la aceptación en ACT (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Este proceso se centra en la capacidad de mantener la atención en el aquí y ahora, experimentando de forma plena el momento presente. Esto puede ser visto como una práctica de atención plena (mindfulness) que facilita una mayor sensibilidad a las contingencias actuales. Esta conciencia aumentada puede ayudar a los individuos a notar señales ambientales y eventos privados relevantes para sus valores y objetivos, mejorando la regulación emocional y la toma de decisiones basada en valores. La atención plena ayuda a las personas a estar presentes y aceptar sus experiencias internas sin juicio, lo que facilita una vida más plena y consciente. Esto es esencial para reducir la lucha contra las emociones negativas y vivir de manera más consciente.
- **El Yo Como Contexto.** "Self-as-context" (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Aquí, el "yo" se ve como el contexto en el que ocurren los pensamientos y sentimientos, no como su contenido. Este distanciamiento ayuda a reducir el impacto negativo de las experiencias internas y facilita una mayor flexibilidad y aceptación.
- **Valores.** Los valores en ACT son descritos como direcciones elegidas libremente para la acción a lo largo del tiempo. Desde una perspectiva conductual, los valores pueden ser vistos como reglas verbales o marcos de

referencia que guían el comportamiento en ausencia de reforzadores inmediatos. Los valores ayudan a establecer metas a largo plazo y a mantener comportamientos consistentes que conducen a una vida significativa y coherente con lo que uno considera importante.

Ejemplo: Algunos clientes insistirán en que nada es importante, en que no tienen valores, en que no les importa nada. Si esto se debe a que están fusionados con la desesperanza, el primer paso sería desactivar. Una manera simple de responder es con este tipo de frases: «Tengo curiosidad. Por un lado, te escucho decir “nada importa” y, por otro lado, te veo sentado aquí frente a mí. Así que me pregunto, ¿qué es lo suficientemente importante como para que hayas venido a terapia?». Algunos clientes responderán que vinieron por su pareja, hijos, padres o amigos. Si es así, podemos explorar estas relaciones y descubrir qué le importa al cliente y qué valores tiene al respecto. Como mínimo, podemos descubrir el valor de «cuidar a los demás» (Russ, 2021). Para guiar el plan de intervención debe de existir coordinación entre las experiencias y los valores. Por ello resulta de importancia la clarificación de valores durante el proceso terapéutico.

- **Acción Comprometida.** La acción implica tomar pasos concretos y significativos alineados con los valores personales (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Esto incluye establecer metas y trabajar hacia ellas, utilizando la aceptación y la defusión para manejar las barreras psicológicas. Este enfoque asegura que las acciones diarias estén en sintonía con los valores personales, facilitando una vida más coherente y satisfactoria.

Para concluir este punto, en la tabla 1 se exponen los seis procesos patógenos descritos y los correspondientes procesos saludables y terapéuticos

(Pérez Alvarez, 2014). Los procesos patógenos podrían ser considerados factores de vulnerabilidad para el sufrimiento y la discapacidad, incluyendo la psicosis (Morris, 2019).

Procesos psicopatológicos	Procesos saludables y terapéuticos
<p>Fusión cognitiva</p> <p>El pensamiento se torna literal, de manera que los procesos cognitivo-verbales dominan sobre otros procesos de control de estímulo. Excesiva confianza en las reglas e insensibilidad a las contingencias. Pensar una cosa es cómo hacerla o tener que hacerla. Tomar las voces literalmente como órdenes.</p>	<p>Defusión</p> <p>Ejemplos de ejercicios serían la desliteralización de palabras, el etiquetado de pensamientos («estoy teniendo el pensamiento de que nada me sale bien» o «estoy oyendo voces») y la contradicción del pensamiento con la acción (decir «no puedo caminar cuando de hecho lo haces).</p>
<p>Evitación experiencial</p> <p>Tendencia a evitar o escapar de eventos privados aversivos como pensamientos, emociones, recuerdos y sensaciones corporales, aun cuando esto suponga perjuicio conductual (tener más de lo mismo). La evitación experiencial restringe enormemente la flexibilidad y efectividad conductuales</p>	<p>Aceptación</p> <p>Adopción de una actitud abierta, receptiva y flexible con respecto a la experiencia del momento. No es resignación ni resistencia pasiva, sino acción positiva que cambia la función de experiencias de eventos a evitar en favor de un foco de interés y curiosidad como parte de vivir una vida valiosa (más allá de la disconfortante experiencia del momento).</p>
<p>Pérdida de contacto con el presente</p> <p>El enredamiento analizando el pasado y el futuro deriva en una pérdida de contacto con las contingencias del momento presente y asuntos entre</p>	<p>Contacto con el momento presente</p> <p>Se trata de usar el lenguaje más como herramienta para constatar y describir eventos privados que para predecirlos y juzgarlos. Ejercicios de</p>

<p>manos. Si la «rumia» del pasado está asociada a la depresión, la preocupación por el futuro lo está a la ansiedad</p>	<p>contemplación y <i>mindfulness</i> para practicar modos menos analíticos y más curiosos, apreciativos, abiertos y flexibles.</p>
<p>El yo como contenido Tales enredamientos impiden también estar en contacto con un sentido del yo más trascendente, dando lugar a patrones conductuales dominados por una reflexividad improductiva e incluso contraproducente</p>	<p>El yo como contexto Es el yo observador o yo trascendente, capaz de establecer una cierta auto-distancia o perspectiva respecto de sí mismo. Se promueve mediante ejercicios de <i>mindfulness</i>, metáforas y procesos experienciales.</p>
<p>Falta de claridad con los valores Si los valores son las direcciones (más que objetivos y metas) que dan sentido a la vida, es decir, orientación y significado, su falta de clarificación y de elección es el problema. Los valores son más direcciones que orientan el camino que destinos a los que se llega. Más un horizonte que una meta.</p>	<p>Actuar bajo valores En la práctica se concretan en dominios de la vida que son importantes y consistentes para uno como, por ejemplo, relaciones familiares, de pareja, de parentesco, amistad y relaciones sociales, trabajo, educación y formación, entretenimiento, espiritualidad, vida comunitaria o ciudadana, bienestar físico.</p>
<p>Inacción, impulsividad o persistente evitación. Las condiciones anteriores contribuyen a pautas de conducta reducidas y rígidas, caracterizadas por la inacción, la impulsividad y la persistente evitación y dominadas más por el cumplimiento social y la evitación que por valores elegidos.</p>	<p>Acción comprometida De lo que se trata es de salir de la inacción y de la rigidez impulsiva y evitativa, quintaesencia de la inflexibilidad psicológica que está en la base de los distintos trastornos. Para ello se propone el compromiso de actuar en dirección a valores, que figura en el nombre de ACT, para decir «act».</p>

“La inflexibilidad psicológica como modelo de psicopatología y tratamiento” (Pérez-Álvarez, 2014)

Actitud del terapeuta en ACT

Hayes (2000) de forma muy directa expone en los siguientes nueve puntos cuál es la actitud que debe adoptar el terapeuta si pretende conseguir estos objetivos:

1. Lo que el cliente experimenta no es el enemigo a batir. Lo perjudicial, o incluso lo traumático, es luchar por no experimentar lo que se experimenta.
2. No puedes ser tú el que rescate a los clientes de sus dificultades y del reto que supone crecer.
3. Sin perder la actitud compasiva, no aceptes razones: la cuestión no es lo razonable que pueda ser algo, sino su utilidad.
4. Si el cliente se siente atrapado, frustrado, confuso, asustado, enfadado o ansioso anímate: eso es justamente lo que necesita trabajarse y está aquí ahora. Convierte la barrera en una oportunidad.
5. Si tú mismo te sientes atrapado, frustrado, confuso, asustado, enfadado o ansioso anímate: ahora estás en la misma barca que el cliente y tu trabajo se humanizará por ello
6. Es más importante hacer lo que dices que decir lo que hay que hacer.
7. No discutas. Lo importante es la vida del cliente, no tus opiniones.
8. Tú estás también en el mismo barco. No te protejas poniéndote por encima.
9. Lo importante es siempre la función (que cumple la conducta), no su forma o su frecuencia. Cuando tengas dudas pregúntate a ti mismo o pregunta al cliente «al servicio de qué está esta conducta».

Con este último punto, se refiere a momentos durante los talleres, tanto grupales como individuales, en los que el psicólogo o el profesional que coordine la

actividad, pueden quedar atrapados por el contenido que describen los participantes. Esto puede conducir a respuestas que tratan de resolver o “arreglar” problemas, en lugar de promover la flexibilidad. Responder al contenido de esta manera también puede ocurrir cuando los facilitadores se vuelven rígidos en la forma en que presentan el modelo ACT a los participantes, por ejemplo, presentándolo como "la respuesta" o "la forma correcta de hacer las cosas", en lugar de como un conjunto de habilidades para experimentar. Los profesionales pueden hacer un seguimiento de esto en las sesiones reflexionando sobre si están adoptando una posición de expertos en relación con los participantes en lugar de presentar y responder como “iguales” en ese sentido. El proceso de los grupos puede tolerar un cierto grado de escepticismo y cuestionamiento por parte de los participantes: queremos que las personas se comprometan con las metáforas e ideas del modelo ACT en sus propios términos. A veces será importante que los facilitadores “estén de acuerdo en no estar de acuerdo” con los participantes. Este puede ser especialmente el caso cuando los participantes expresan ideas sobrevaloradas o delirantes durante las sesiones. Para tomar distancia con los contenidos se recomienda poner en práctica la defusión, la toma de perspectiva, atención plena y contacto con el momento presente.

“Adapta la ACT a tu propia manera de trabajar, tu propio estilo y tu propia clientela” (Harris, 2020)

Descripción de las sesiones

Como se ha explicado anteriormente, una de las bases de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), es la adaptabilidad y la flexibilidad hacia la persona y su contexto, por ello no se pretende describir todo un cronograma con sus sesiones desarrolladas, porque no se trabaja la rigidez ni se busca. Este enfoque permite ajustar las intervenciones terapéuticas según las necesidades individuales de cada usuario recogidas en su PIR, y así se promueve una experiencia terapéutica más personalizada, efectiva y ajustada al contexto. Esto también favorece la armonía entre

evaluación del caso, desarrollo del PIR e intervención. Como el modelo que defendemos respalda el papel activo de las personas usuarias en su proceso de rehabilitación, en el CRPS El Mojón se planifican semanalmente las actividades a desarrollarse durante la siguiente semana.

NOTA: esto sería un ejemplo de fomentar la autonomía con las propias acciones de los trabajadores y la metodología del centro. Esto no quiere entenderse como que en el CRPS se trabaja sin orden ni mucho menos. En el centro por supuesto, se practica la planificación de actividades, la gestión del tiempo, etc. Se puede exponer un modelo frecuente de horario que podemos ejemplificar de la siguiente manera.

Horario tipo semanal del CRPS

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:30 9:00	Taller de Agenda	Taller de Agenda	S A L I D A	Taller de Agenda	Taller de Agenda
9:00 10:00	Deporte	Deporte		Competencias clave (Lengua) Robótica Huerto	Deporte Huerto Taller de Inglés
10:15 11:15	Alfabetización Taller de ocio	Psicomotricidad Taller de Informática		Psicoeducación	Mindfulness
11:15 11:45	DESCANSO - DESAYUNO			DESCANSO - DESAYUNO	
11:45 12:30	Taller del manejo del Dinero Taller de habilidades comunicativas	Taller de prevención de Riesgos en el Hogar Individualizada		Taller de planificación semanal	Musicoterapia Taller de Inglés Taller de informática
12:45 13:30	Estimulación cognitiva	Estimulación cognitiva		Estimulación cognitiva	Estimulación cognitiva

Descripción del cronograma

- **Taller de agenda:** utilización de la agenda y planificador de forma semanal con el objetivo de orientarse en el tiempo y en su planificación individual de sus actividades tanto dentro del centro como fuera.
- **Deporte:** En busca de practicar y promocionar hábitos de vida saludable se llevaban a cabo diferentes actividades “deportivas” diarias durante esa misma franja de 1h aproximadamente, entre ellas: caminar, pilates, yoga, gimnasio (movilidad, ejercicios con peso o pelotas u otros materiales, subida y bajada de escaleras, psicomotricidad etc.), zumba, etc._Compartiendo parte de este objetivo también se realizan las **salidas** a caminatas, senderismo y excursiones, que suelen realizarse los miércoles. Con estas actividades también se conocen nuevos lugares y se disfruta del medio natural.
- **Taller de alfabetización, de manejo del dinero, de habilidades comunicativas, taller de informática, de prevención de riesgos en el hogar, taller medioambiental, etc.** Así como las **Competencias clave (Lengua, Matemáticas, Inglés, etc.):** Todas estas actividades la alumna no frecuentaba acudir pero se realizaban y se realizan con el objetivo de mejorar aspectos académicos y no académicos funcionales para el día a día.
- **Estimulación cognitiva:** A través de diversos juegos de mesa. Entre ellos el más destacado con diferencia es el envite. También utilizan el dominó, la baraja de cartas, el ajedrez, etc. La finalidad es principalmente mejorar (mientras las entrenan) las capacidades cognitivas. También disfrutaban, se divertían, ponen en práctica las habilidades sociales, las comunicativas y la paciencia entre otras. Un día por ejemplo jugamos al ahorcado. Normalmente la estimulación cognitiva se basa en fichas que en la mayoría de las veces ni están adaptadas a la persona, ni a su contexto, ni a sus intereses ni a sus

necesidades. Y todo esto es muy importante bajo el enfoque del CRPS del Mojón. De lo contrario también se vería afectada probablemente la adherencia terapéutica, la implicación del usuario, y muchos más aspectos.

- **Proyectos Robótica:** Desde hace años, un grupo de usuarios del recurso participa en la Firts Lego League Canarias dentro de la Categoría “CHALLENGE”. Su participación aquí consiste en elaborar un proyecto de innovación, además de programar, diseñar y construir un robot en un periodo de 3-4 meses. El tema de la competición es diverso y cambia cada año, en 2023 el tema fue las energías renovables y en 2024 el arte urbano. Con esto se busca, entre otras cosas, aprendizaje sobre tecnología y funcionamiento del robot que crean con guía de un profesional, desarrollan destrezas propias del trabajo en equipo, ponen a prueba sus habilidades de organización, planificación, comunicación y creatividad. Y también aprenden sobre el tema específico de cada año.
- **Proyecto de huerto:** Puntualmente durante el año se activa este taller en el que el aprendizaje es sobre conocimiento del cuidado y crecimiento de la tierra y de las plantas, flores, verduras, frutas y hortalizas. Con ello además del aprendizaje sobre la materia, se fomenta la autonomía de las personas usuarias entre otros aspectos.
- **Mindfulness - Atención plena:** prácticas formales de atención plena, la mayoría de veces guiadas por el psicólogo clínico. Con ellas se busca poner y mantener la atención en el momento presente para conseguir múltiples beneficios recogidos como pilar fundamental del Hexaflex, modelo de ACT. Durante el periodo de asistencia de la alumna la práctica más usada fue el Body Scan en la que se invita a observar las sensaciones corporales.
- **Psicoeducación:** sesiones en las que se explican conocimientos relacionados con la psicología como por ejemplo el Trastorno mental Grave, su tratamiento y

pronóstico, la discapacidad, los prejuicios y la discriminación, etc. Temas siempre relevantes o al menos algo interesantes para los y las usuarios. Con ello se persigue dotar a los usuarios y a sus familias de información específica, de calidad e importante sobre aspectos que les conciernen directa o indirectamente. También se hacen a veces con un formato más práctico como fue el caso de un análisis funcional grupal, hablar de la diferente sintomatología que puede tener una misma etiqueta diagnóstica como es el caso de ellos, el cómo se siente esa discriminación teórica en la vida real, en su propia experiencia, se reflexiona sobre ello y comparten experiencias que quieran con sus compañeros y el equipo del centro. Se comparten metáforas desde el enfoque de ACT, como fue el caso de la explicación de la relación terapéutica, el rol de paciente y terapeuta y del proceso terapéutico que tan bien se explica mediante la metáfora de los dos escaladores.

- **Individualizada**: en el CRPS El Mojón así se le llama a las sesiones individuales con el psicólogo clínico. Se hace bajo un enfoque contextual y la mayoría de las veces por “demanda” de los usuarios bajo su criterio de necesidad.

Descripción de una Sesión Específica

Actividad: Individualizada.

Sesión: “Dolor Sucio y Dolor Limpio”.

Material necesario: Una papelera, un aula y sillas.

Duración: Variable. Entre 10 minutos y 40 minutos. Se puede adaptar en función del sujeto y el contexto.

Objetivo de la sesión: el objetivo del sujeto es comprobar por medio de un ejercicio práctico, que según lo que yo haga con mi malestar cuando aparece, esto me dará más o menos libertad para hacer una vida con calidad, por lo que la metodología es pragmática y busca que el sujeto establezca una equivalencia conceptual entre el ejercicio y su vida. Se habla de “dolor sucio” y “dolor limpio”, el primero el implícito de la vida misma y el segundo representa al sufrimiento añadido por la lucha contra el dolor. Se busca promover la aceptación del primero y así reducir el segundo.

Metodología - Verbalización:

El terapeuta se dirige al paciente:- “Sujeta esta papelera de manera que te sea cómodo, la papelera y su contenido es tu dolor o malestar (aquí para personalizar el ejercicio para fomentar una mayor implicación y entendimiento de la persona con la metáfora) “esa ansiedad que has comentado tener” por ejemplo. Te voy a pedir que la sujetes de la forma más cómoda posible, intenta dejar libre una mano para que puedas llevarla pudiendo hacer otras cosas con ella ¿Estás cómoda así? Perfecto. (Siempre ir acompañando la instrucción verbal con nuestro propio cuerpo y movimiento) ¿Podrías caminar así con ella? Ok. Pues ahora te voy a pedir que camines entre estas sillas haciendo el símbolo de infinito. Caminar por ellas sería como hacer tu vida, hacer las cosas que haces en tu día a día, intenta no chocar con ellas. Hazlo otra vez. ¿Qué tal ha ido? ¿Ha resultado fácil? ¿Has podido hacer tu vida llevando esa “ansiedad” contigo? A esto lo llamamos dolor limpio. Ahora vamos a probar otra cosa, sujeta la papelera de nuevo, pero ahora te voy a pedir que intentes alejarla de tu cuerpo todo lo posible (sin dejar de sujetarla) Intenta que esa “ansiedad”/”malestar”/”dolor” se aleje todo lo posible de tu cuerpo. Además, para mantenerlo a raya tendrás que dedicarle tu atención así que ponlo a la altura de tus ojos y míralo. Ahora intenta volver a hacer el recorrido, intenta hacer tu vida, pero ahora sin perder de vista tu malestar, mantén la mirada en la papelera ¿Estás mirando al malestar? Procura no tropezar, pero no

apartes la mirada de los contenidos (la papelera). ¿Dirías que estás atenta al recorrido? ¿Dirías que prestas atención a lo que está pasando en tu vida? ¿Te ha resultado más fácil o difícil que lo anterior? Esto sería el malestar sucio. ¿Qué crees que ha cambiado? ¿Dirías que el contenido de la papelera ha cambiado? o ¿ha cambiado tu relación con ese contenido? ¿Dirías que en tu vida hay situaciones en la que estás sujetando en alto la papelera? Ahora que lo has visto es importante que intentes estar atenta a en qué momentos de tu días a día estás así (cómoda) o así (papelera arriba). Te voy a dar una noticia buena y una mala. La mala es que no podemos sacar el dolor de nuestra vida (el terapeuta pone la papelera fuera del aula y cierra la puerta y dice que no y la vuelve a coger). Pero la buena, es que si que puedes relacionarte diferente con ese dolor (el terapeuta coge de forma cómoda la papelera) para hacer tu vida (camina por toda el aula sujetando la papelera sin problema). Al terminar el ejercicio experiencial se pueden hacer muchas cosas, depende del contexto y del sujeto (una vez más). Pero un ejemplo de una continuación que puede darse sería el siguiente:- “Y si el tiempo que empleas en “luchar” (pones la papelera delante de la cara y con los brazos en alto). Esa energía y ese esfuerzo que has empleado en llevar la papelera, en luchar contra el dolor sucio; lo hubieses empleado en hacer otra cosa más valiosa para ti, en qué hubiera sido?” Y así se pueden empezar a explorar los valores de la persona, fomentar la desesperanza creativa y otras muchas opciones.

Sistemas Y Criterios De Evaluación

El sistema de evaluación del CRPS es trimestral, es decir cada 3 meses se realiza una evaluación de cada caso para modificaciones, registros de avance o de estancamiento y demás situaciones dentro del Plan Individual y se verifica hasta qué punto se ha cumplido y así poder orientar el plan para el siguiente trimestre. Y así cada trimestre.

Aunque no sea necesario, se pueden utilizar herramientas de evaluación específicas de ACT como recurso. Por ejemplo el “Cuestionario de aceptación y acción II” (AAQ-II, de *Bond et al., 2011*). *Para más variedad de herramientas de evaluación específicas de ACT se puede recurrir a www.contextualscience.org.*

Se pueden utilizar las herramientas de evaluación estandarizadas que el clínico desee siempre y cuando se tenga en cuenta que muchas de estas populares herramientas miden los cambios en el número, la frecuencia o la gravedad de síntomas y no los cambios en el impacto de esos síntomas en la vida de la persona, que es lo que ACT “busca”. Simplemente esto se debe de tener en cuenta para no perder la coherencia de lo que estamos haciendo.

Bibliografía

Association for Contextual Behavioral Science (ACBS). Recuperado de <https://contextualscience.org/>

Bach, P. (2004). ACT con los enfermos mentales graves. En S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *Una guía práctica para la terapia de aceptación y compromiso* (185-208). Nueva York: Springer.

Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.06.007>

Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy* (2nd ed.). New Harbinger Publications.

Hayes, S. C. (2000). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): Fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1(1), 20-25.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.

Luciano, C. (2001). *Terapia de aceptación y compromiso. Libro de casos*. Promolibro.

Moncrieff, J. (2013). *Hablando claro: Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Herder.

Morris, E. M. (2019). Acceptance and commitment therapy. En C.Cuppit (ed.), *CBT for psychosis. Process-oriented therapies and third wave*. Nueva York: Routledge.

Pérez Álvarez, F. (2014). *Las terapias contextuales: Filosofía, técnica y clínica*. Ediciones Pirámide.

Pérez Álvarez, M., García Montes, J. M., & Sass, L. (2010). La hora de la fenomenología en la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21, 221-233.

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

Anexo

1. "Cuadernillo de metáforas".

Cuadernillo de metáforas

Se recomienda acudir a este apartado cuando se necesiten metáforas para su uso en cualquier tipo de intervención, adaptándolas siempre a las necesidades de la

persona y el contexto. Estas metáforas han sido recopiladas por la alumna de diferentes fuentes basadas en ACT para su creación. Así mismo, se cree interesante que en los casos en los que el clínico considere, se puede acompañar a la metáfora con un gráfico o dibujo que ilustre lo que expone la metáfora.

Índice

1. Metáfora de los escaladores.
2. Metáfora del jardín.
3. Metáfora de pulsar pause.
4. Metáfora del ajedrez.
5. Metáfora del balón inflable en la piscina.
6. Metáfora de la educación de los hijos.
7. Metáfora de las arenas movedizas.
8. Metáfora de la pantalla del ordenador.
9. Metáfora de la burbuja.
10. Metáfora del túnel.
11. Metáfora de pasajeros de la guagua.
12. Metáfora del experto en arte.

1. Metáfora de los escaladores

Objetivo

Crear un contexto para la relación terapéutica de modo que se refleje la similitud que existe entre el psicólogo/a y el usuario/a. Siguiendo la filosofía contextualista de ACT, sitúa a ambos al mismo nivel y establece además, algunas claves funcionales y orientación a valores sobre los que se incidirán en sesión.

Verbalización

Sabes, muchas personas acuden a la terapia creyendo que el terapeuta es una especie de ser iluminado, que ha resuelto todos sus problemas, que lo tiene todo arreglado, pero no es así. Es más, es como si nosotros dos fuéramos escaladores, cada uno en su propia montaña, separadas por un gran valle. Tu escalando tu montaña ahí, y yo estoy escalando la mía. Yo puedo ser capaz de ver un camino por el cual subir tu montaña, no porque la haya escalado antes que tú, ni porque yo esté en la cima gritándote a ti por dónde tienes que subir, sino porque estoy situado en un punto desde el que puedo ver cosas que no pueden verse desde donde estás tú. Esta es tu terapia, pero si fuese la mía, yo tendría mi propia montaña que subir, y entonces tu podrías decirme algo sobre el camino por el que estoy subiendo. Mi ventaja aquí no consiste en que yo sepa más, sea mejor o más fuerte que tú. Es simplemente la ventaja de la perspectiva. Por otro lado, hay cosas respecto a tu montaña que yo no puedo saber, cosas respecto a las cuales tendré que confiar en lo que tú me digas porque sólo tú puedes verlas desde ahí. Por ejemplo, si la montaña que tú estás tratando de escalar es la montaña “correcta” o no, es sólo una cuestión de valores. Únicamente tú puedes responder a eso. Asimismo, aunque yo sea capaz de aconsejarte acerca de la senda que veo, no puedo subir tu montaña por ti. En realidad, eres tú quien tiene la tarea más difícil. Pero odiaría que pienses que he llegado a la cima de mi montaña, y estoy sentado, tomándomelo con calma. El hecho es que todavía estoy escalando, sigo cometiendo errores y aprendiendo de ellos. Y básicamente, todos somos iguales. Todos estamos escalando nuestra montaña hasta el día de nuestra muerte. Pero aquí está la cosa: puedes mejorar cada vez más en la escalada, y mejorar cada vez más en aprender a apreciar el viaje. Y de eso se trata el trabajo que hacemos aquí.

2. Metáfora del jardín

Objetivo

Establecer el contexto de la terapia.

Verbalización

Suponga que usted es 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 sus plantas. Suponga que las plantas son como las cosas que usted quiere en su vida... 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 esa su experiencia con su problema? Surge... (el problema del cliente, dígame la ansiedad o sus recuerdos o pensamientos que le hacen sentir mal) 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 tiene partes que no gustan pero que sirven, como ocurre con el rosal que para dar rosas ha de tener espinas. ¿Qué le sugiere? ¿Puede ver sus plantas y las áreas de su jardín donde aún no hay semillas? Algunas estarán mustias y otras frondosas. Hábleme de sus plantas y de si las cuida como usted quiere cuidarlas. Dígame si está satisfecho con el cuidado que da a sus plantas, si las cuida de acuerdo con lo que valora en su vida (el cliente comenta al respecto). El trabajo que aquí haremos es como plantar una nueva semilla que tendremos que hacer crecer con el trabajo que los dos hagamos. Esta nueva planta la alimentaremos hasta que usted tenga 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 al 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, los dos, que yo nunca podré plantar semillas en su jardín, ni decirle qué semillas plantar, y cómo crecerán mejor; que nunca podré cuidar de sus plantas.

Sólo usted podrá hacerlo. Y ahora, le pregunto si, por un minuto, ¿podría dejar de centrarse en la planta que le molesta, la que le ha traído aquí? ¿Estaría dispuesto aun con cualquier pensamiento sobre esa planta que no quiere a hablar de las otras plantas de su jardín, de cómo están, e incluso estaría dispuesto a hacer algo con ellas, a cuidarlas incluso sin ganas?..Dígame, ¿qué hay entre usted y el cuidado de sus plantas? ¿Qué le impide cuidarlas ya?

3. Metáfora de pulsar pause

Objetivo

Con esta metáfora tendrás una intervención de mindfulness de un acceso simple que puedes realizar en cualquier momento de la sesión, ya sea para interrumpir

el comportamiento problemático o para reforzar el comportamiento psicológicamente flexible a medida que surge durante la sesión.

Verbalización

¿Puedo tener permiso para pulsar pause de vez en cuando, de modo que si veo que haces algo que parece que podría ser realmente útil, en términos de lidiar con tus problemas y mejorar tu vida, puedo disminuir el ritmo de la sesión y hacer que te des cuenta de lo que estás haciendo? Por ejemplo, puedo pedirte que hagas una pausa o disminuyas la velocidad, respires profundamente un par de veces, te percales de lo que estás pensando, sintiendo, diciendo o haciendo. De esa manera, podrás ver más claramente lo que estás haciendo, y podremos ver maneras en que puedes usarlo fuera de esta sala. ¿Te parece bien? ¿Y también puedo pulsar pause si veo que haces algo que parece que puede estar contribuyendo a tus problemas o empeorándolos, para que podamos abordarlo? Y, por supuesto, esto va en ambos sentidos: tú también puedes pulsar pause en cualquier momento que lo desees.

4. Metáfora del ajedrez.

Objetivo

Sirve para explicar la lucha entre los pensamientos positivos y negativos. La metáfora que se acaba de explicar tiene la función de cambiar el marco desde el que el cliente vive sus emociones o pensamientos «negativos», aquellos aspectos de su experiencia que le molestan.

Verbalización

Se pide al cliente que se imagine un tablero de ajedrez en el que hay fichas blancas y negras jugando una partida. Las fichas blancas serían, p. Ej., los pensamientos «positivos» que el paciente tiene, aquellas cosas que le gusta pensar. Por el contrario, las fichas negras son los pensamientos, emociones, etc. contra las que el paciente ha estado luchando, aquello que ha intentado expulsar de su vida.

Pues bien, planteada así la situación, se pregunta al cliente quién sería él en esta hipotética situación. Habitualmente, las personas suelen contestar que ellos son las fichas blancas. Ante esta respuesta el terapeuta debería pararse y pedirle al cliente que considere alguna otra posibilidad. Si él no fuera las fichas blancas ¿quién sería? Se puede sugerir al cliente que tal vez fuera el tablero que contiene tanto las fichas blancas (los pensamientos, emociones, etc. que gustan) como las negras (los que no gustan). De hecho, está claro que él tiene (contiene) tanto aspectos «blancos» como «negros». El juego ha sido, hasta ahora, intentar que las blancas ganen la partida; pero este juego ha resultado muy poco fructífero y tal vez haya traído más costos que beneficios. Otro juego posible sería mover el tablero hacia la dirección que se estima adecuada, vayan ganando las blancas o las negras. Tal vez sea más difícil mover el tablero (la persona) cuando las negras van ganando la partida; pero desde luego que no es imposible.

5. Metáfora del balón inflable en la piscina

Objetivo

Mostrar el propósito de la terapia, destacando que lo importante no será la eliminación de los síntomas o del malestar sino, su calidad de vida y el cumplimiento de sus metas y valores de vida.

Verbalización

Imagina que un día vas a nadar a la piscina, a ti te encanta nadar y vas siempre que puedes, pero un día llegas a la piscina te metes en ella y justo cuando vas a comenzar a nadar te das cuenta de que hay un balón al lado tuyo, un balón inflable, a ti no te gusta nada ese balón, te molesta, te resulta incómodo, intentas nadar pero ves cómo se acerca a ti y te toca o ves cómo se pone en medio golpeándote constantemente... Imagina que acabas tan harta/o que decides

deshacerte de ese balón. ¿Qué se te ocurre que puedes hacer? Imagina que no pudieses sacarlo fuera de la piscina porque cada vez que intentas hacerlo aparece de nuevo en ella... Bien, imagina entonces que como tú no quieres verlo, no te gusta que esté ahí contigo, tratas de hundirlo para no verlo ¿qué sucedería? Exacto, imagina que aún así tu sigues intentando hundirlo una y otra vez porque crees que es la única manera de hacer que el balón desaparezca y cuanto más fuerza haces por hundirlo reaparece otra vez con más fuerza que antes, tú lo sigues intentando una y otra vez, una y otra vez... ¿Qué acabaría ocurriendo?, ¿Cómo estarías tú después de intentarlo e intentarlo tantas veces?, ¿Y mientras que pasó con eso de ir nadar?, ¿mientras tratabas de hacer desaparecer el balón para poder nadar habías podido nadar?, ¿Cuánto tiempo habrías perdido? Muy bien, imagina que otro día llegas a la piscina y ves otra vez el balón ahí pero esta vez decides dejarlo en la piscina y no hacer nada con él y simplemente te pones a hacer lo que tienes que hacer, que es nadar aún a pesar de que él esté en la piscina, lo notes, sepas que está ahí o que siga sin gustarte su presencia, decides concentrar tus esfuerzos en nadar en vez de eliminar el balón, ¿Crees que habrías cumplido tu objetivo? Y sin embargo el balón seguiría ahí, pero fíjate la diferencia la pelota que no te gusta seguiría en la piscina, ¿pero si tu objetivo era eliminar el balón que sucedía?, ¿Cuándo tu objetivo era continuar nadando aun sabiendo que el balón seguiría ahí qué sucedía? Esta terapia va en esta dirección, el objetivo es que tú tengas calidad de vida y hagas lo que tengas que hacer (lo que en este caso es importante para ti en tu vida) esté el malestar o no, a veces estará y molestará más otras no estará, pero no es el objetivo centrarnos en eliminar la pelota, el objetivo es que tú puedas continuar nadando y que aprendas a hacerlo con la pelota en tu piscina.

6. Metáfora de la educación de los hijos.

Objetivo

Tiene como fin de que el usuario/a comprenda que la terapia puede ser dolorosa, pero con significado. Reduce la probabilidad de que, si el tratamiento llega a ser doloroso el usuario/a se sienta víctima del psicólogo/a. Además, fomenta un contrato verbal centrado en los valores.

Verbalización

A veces negar algo a un hijo va cargado de dolor al ver la reacción que ellos experimentan ante la negativa. Sin embargo, en los padres es un dolor aliviado, ya que esa experiencia está alterada por el significado que tiene: está en la dirección de que entienden que es lo mejor para que su hijo aprenda a caminar por la vida, o sea, que valoran el “no” de ahora sobre el bien posterior, pero en cualquier caso puede resultar doloroso.

7. Metáfora de las arenas movedizas.

Objetivo

Plantear una alternativa diferente a lo que ha estado haciendo hasta ahora para manejar su malestar.

Verbalización

Sería como si estuvieras atrapado en arenas movedizas. ¿Has visto lo que sucede cuando la gente queda atrapada en ellas? Por supuesto, lo más sensato en un principio es tratar de salir de ellas, intentar hacer todo lo que uno pueda para liberarse y poder escapar, aunque lo que hiciera le llevara a enterrarse aún más profundo. Sin embargo, lo único que uno/a puede hacer cuando cae en estas arenas movedizas es extender la mayor parte de su cuerpo para entrar en contacto lo mayor posible con ellas. Quizás lo que te pasa es parecido a esto. Puede que no suene muy lógico al principio, pero quizás otra opción pueda ser dejar de batallar y en lugar de ello, entrar en contacto total con lo que has tratado de evitar.

8. Metáfora de la pantalla del ordenador.

Objetivo

Plantear el problema del control.

Verbalización

Suponga que hay una persona frente a la pantalla de un ordenador. Está en su trabajo y en la pantalla aparece: “eres una mala persona”, “no sirves”, “estas vacía”, “Volverás a fracasar”, “no puedes” (el contenido se ajusta a la lucha que el cliente mantenga). Esa persona rápidamente se “pega” a la pantalla buscando en el teclado la forma de quitar eso de la pantalla y lo consigue, pero queda pendiente de los mensajes del ordenador. Tan pronto como aparece otro mensaje en la pantalla, rápidamente busca las teclas para eliminarlo, y así sucesivamente. Su vida es la vida de una persona “pegada” a la pantalla. Si los mensajes le gustan, se siente bien y se despega y desentiende sólo un poco de la pantalla, pero en poco tiempo vuelven los mensajes negativos. Vuelve a quitarlos y se desentiende un poco, pero no mucho realmente, ya que ha de seguir pendiente para quitar los mensajes tan pronto como aparezcan las primeras señales. Su vida transcurre así, pendiente de la pantalla, y ya ni los mensajes positivos resultan favorables, ya que siempre están cercanos los negativos y estos son cada vez más insistentes en la pantalla. Su vida está muy limitada. Es una vida sin vivir. Sin embargo, otra persona cercana a ésta se ocupa de su trabajo, y cuando surgen mensajes como éstos en vez de pegarse al teclado para buscar la manera más rápida de dejar de ver aquello echa su silla hacia atrás y a avisa a otros cercanos, les dice miren lo que dice la pantalla; no le gusta, pero sigue con su trabajo. La pantalla va ofreciendo sus mensajes y esta persona no hace nada por cambiarlos, simplemente surgen, los mira y sólo los toma en serio si son útiles para seguir con su trabajo.

9. Metáfora de la burbuja.

Objetivo

Muestra una forma diferente (alternativa a la evitación) de interactuar con el contenido psicológico difícil.

Verbalización

Supón que tenemos una burbuja de jabón. ¿Has visto cómo las burbujas grandes tocan a las pequeñas y estas son absorbidas por la grande? Imagina que ahora tú eres una burbuja de jabón y te mueves por el camino que has elegido. De repente, otra burbuja aparece y se pone frente a ti y te dice “stop”. Por un momento e intentas esquivarla. Pero, cuando te mueves, la burbuja te bloquea; si vas hacia arriba la burbuja se pone arriba, si vas hacia abajo la burbuja se pone abajo. Sólo tienes dos opciones o bien dejar de moverte, pararte o bien puedes tomar la burbuja dentro de ti, abriendo las puertas de tu corazón al contenido que sea, y continuar en la dirección valiosa con esa burbuja dentro. Este movimiento es lo que significa estar dispuesto/a o abierto/a. Tus barreras ahora mismo son “no estoy dispuesto, no quiero, no puedo con tanto dolor y tristeza...”. Ellos están realmente dentro de ti, pero parece que estuviesen fuera. Estar abierto a esas barreras no es un sentimiento o un nuevo pensamiento, es lo de menos, es una acción que responde a la pregunta que la barrera le hace cuando se pone delante de ti; ¿me vas a tener dentro porque eliges hacerlo, o no? Para caminar por la dirección valiosa, debes responder sí, pero eso es algo que sólo tú puedes hacer; sólo tú eliges moverte de un modo u otro.

10. Metáfora del túnel.

Objetivo

Esta metáfora se puede utilizar cuando existe negativa por parte del usuario/a para realizar un ejercicio o actividad. Muchos llegan a dar razones como “No puedo”, “No quiero abrir esa herida”, “Me da miedo”, etc. La metáfora del túnel ayuda a cambiar la negativa del usuario/a porque le demuestra la importancia que puede llegar a tener el pasarlo mal si tiene un valor significativo para sus objetivos.

Verbalización

Imagine que lo que es importante para usted se encuentra al final de un túnel. Pero no le gustan los túneles; de hecho, los odia. Ha buscado atajos, como ir por

encima del túnel, pero todo eso no le ha conducido al otro lado. Suponga que el único modo de llegar es atravesando el túnel. Entre no pasar el túnel y pasarlo, usted elige pasarlo porque lo que le importa está al otro lado. Sin embargo, cuando camina por el túnel hay oscuridad y frío, no sabe qué hay dentro, vislumbra algún bicho que no le gusta, el hedor es apreciable y comienza a sentirse mal. Antes de empeorar, gira sobre lo andado y se encuentra otra vez al comienzo del túnel. Entrar y volver hacia atrás cuando se empieza a sentir mal es como estar dispuesto a pasar el túnel pero dentro de un límite. Su sistema le dice “Si noto que me siento mal, entonces cierro la válvula de estar abierto a sentirme mal”. Pero entonces se tendrá que conformar con lo que hay en este lado del túnel. Si elige pasar el túnel tiene que moverse abierto al cien por ciento con los pensamientos y sensaciones que sobrevengan al caminar. Tiene un gran valor hacerlo y ese valor reside en que lo que le importa está al otro lado. Se trata del recorrido de su vida, con los túneles que uno no sabe cuándo acaban, pero se trata de seguir fiel a ese recorrido que le importa, si es eso lo que elige.

11. Metáfora de pasajeros de la guagua.

Objetivo

Trabajar la defusión de los pensamientos.

Verbalización

Imagínate que eres el conductor de una guagua con muchos pasajeros. Los pasajeros son pensamientos, sentimientos, recuerdos y todas esas cosas que uno tiene en su vida. Es un guagua con una única puerta de entrada, y sólo de entrada. Algunos de los pasajeros son muy desagradables y con una apariencia peligrosa. Mientras conduces la guagua algunos pasajeros te comienzan a amenazar diciéndote lo que tienes que hacer, dónde tienes que ir, ahora gira a la derecha, ahora vete más rápido, etcétera. Incluso te insultan y desaniman: “eres un mal conductor”, “un fracasado”, “nadie te quiere”,... Tú te sientes muy mal y haces casi todo lo que te piden para que se callen, se vayan al fondo durante un rato y así te dejen conducir

tranquilo. Pero algunos días te cansas de sus amenazas, y quieres echarlos de la guagua, pero no puedes, discutes y te enfrentas con ellos. Sin darte cuenta, la primera cosa que has hecho es parar, has dejado de conducir y ahora no estás yendo a ninguna parte. Y además los pasajeros son muy fuertes, resisten y no puedes bajarlos de la guagua.

12. Metáfora del experto en arte.

Objetivo

Después de transmitir qué es estar fusionado, puede emplearse esta metáfora para transmitir las consecuencias que puede llegar a tener la defusión en nuestra vida.

Verbalización

Imagina que acudes a una galería de arte a ver una exhibición que nunca antes habías visto y vas acompañado por un renombrado experto en arte.

Entran y comienzan a ver juntos las obras; mientras recorren la galería él va expresando su opinión sobre cada cosa que ve. Tal vez tú sepas algo de arte, pero vas con un experto así que lo escuchas con mucha atención. Se detienen frente a un cuadro y él te dice “este cuadro es una basura, la técnica es malísima”. Después ven una escultura y él dice “esto es magnífico, el cuidado de los detalles es exquisito”, y tal vez tú no estás muy seguro de qué estás viendo, pero debe ser magnífico porque eso ha dicho el experto. Continúan caminando y te detienes frente a otra pieza y el dice “no pierdas tu tiempo contemplando eso, es de un músico que en su tiempo libre se cree pintor”, así que tú sigues caminando y buscas otra pieza. Todo el recorrido transcurre de manera similar y en ciertos momentos vuelve a criticar piezas que vieron mucho antes distrayéndose. Cuando terminan de ver todo, sales de la galería con una opinión basada en lo que el experto dijo, sin haberte permitido a ti mismo observar con detenimiento ninguna obra, es más, ni siquiera recuerdas los colores de esa obra hecha por un músico que en su tiempo libre se cree pintor. Ahora imagina que esa galería es tu vida, que cada obra de ahí es un acontecimiento contenido en ella y que

el tal experto en arte es tu mente, que te ha acompañado en todo momento emitiendo sus opiniones y sus críticas sobre cada acontecimiento, por muy pequeño o grande que parezca, aunque no siempre lo solicites, aunque haya sucedido hace bastante tiempo, parece que nunca se calla. ¿Cuántas veces ha interferido tu mente mientras ocurría algo importante en tu vida?, ¿Cuántas de las obras en la galería de tu vida las recuerdas más por la opinión del experto que por lo que observaste por ti mismo?

Aplicabilidad

La propuesta de protocolo de actuación para el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Arona busca establecer las bases de la atención a las personas derivadas al Centro de Rehabilitación Psicosocial del Mojón. De esta forma se podrá cuantificar los resultados, mejorar la asistencia a los usuarios y ofrecer una guía replicable en otros centros.

La ausencia de protocolos uniformes ha sido considerada una limitación en los recursos justificada entre otra bibliografía en el Plan de Salud Mental de Canarias, ya que puede conducir a una menor eficacia y eficiencia en términos generales. Con la implementación de este protocolo, se espera poder aportar más evidencia a la práctica de la Terapia de Aceptación y Compromiso en psicosis, aumentar la coordinación y efectividad de las intervenciones de la red de recursos de salud mental de canarias, y acercarnos un poco más a una atención de mayor calidad si cabe.

Bibliografía

Referencias nucleares

Association for Contextual Behavioral Science (ACBS). Treatment Protocol and Manuals. Recuperado el 24 de mayo de 2024, en <https://contextualscience.org/>

Dixon, M. R., Hayes, S. C., & Belisle, J. (2023). *Acceptance and Commitment Therapy for Behavior Analysts: A Practice Guide from Theory to Treatment*. Routledge.

Cooke, A. (Ed.). (2014). *Comprender la psicosis y la esquizofrenia: ¿Por qué a veces las personas oyen voces, creen cosas que a otros les parecen extrañas, o parecen estar fuera de la realidad, y qué es lo que puede ayudarles?* British Psychological Society, Division of Clinical Psychology.

Fonseca, E. (2019). *Tratamientos psicológicos para la psicosis*. Pirámide.

Delgado Martín, M. (2024). *Memoria de Prácticas externas*. Copia en posesión de CRPS El Mojón.

Oliver, J., Joseph, C., Byrne, M., Johns, L., & Morris, E. (2013). Introduction to mindfulness and acceptance based therapies for psychosis. In J. E. Oliver, *Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Psychosis* (pp. 1–11). Wiley-Blackwell.

Pérez Álvarez, M. (2012). Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psicothema*, 24(1), 1-9.

Referencias citadas

Instituto ACT. (s.f.). Recursos y noticias del Instituto ACT. Instituto ACT. Recuperado el 19 de junio de 2024, de <https://institutoact.es/blog/>

Marrero, C. (2023). *Efectividad en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en Psicosis: una Revisión Sistemática* [Trabajo de Fin de Máster, Universidad de Sevilla].

Pérez Álvarez, M., García-Montes, J. M., & Sass, L. (2010). La hora de la fenomenología en la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 221-233.

Pérez Álvarez, M. (2012). Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psicothema*, 24(1), 1-9.

Veiga-Martínez, C., Pérez-Álvarez, M., & García-Montes, J. M. (2008). Acceptance and Commitment Therapy applied to treatment of auditory hallucinations. *Clinical Case Studies*, 7, 118-135.

Servicio Canario de Salud. (2019). *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023*.
Gobierno de Canarias.

Fonseca Pedrero, E. (2019). *Tratamientos psicológicos para la psicosis* (1ª ed.).
Ediciones Pirámide.

Myin-Germeys, I., Van Aabel, E., Vaessen, T., Steinhart, H., Klippel, A., Lafit, G.,
Viechtbauer, W., Batink, T., Van Winkel, R., Van Der Gaag, M., Van Amelsvoort, T.,
Marcelis, M., Schirmbeck, F., De Haan, L., & Reininghaus, U. (2022). Efficacy of
acceptance and commitment therapy in daily life in early psychosis: Results from the
multi-center INTERACT randomized controlled trial. *Psychotherapy and
Psychosomatics*, 91(6), 1-13.