

Reducción de la evitación experiencial con terapias de grupo ACT y FAP en grupos transdiagnósticos

Reduction of experiential avoidance with ACT and FAP group therapies in transdiagnostic groups

Juan José Ruiz Sánchez ¹
Unidad de Salud Mental Comunitaria de Úbeda

Francisco José Trillo Padilla ²
Universidad de Almería

Inmaculada Ruiz Miñarro ³
Consultora particular

Recibido: 16 – 05 – 19

Aceptado: 10 – 07 – 19

Resumen

Se presenta dos modalidades de terapias contextuales de tercera generación en su formato de terapia de grupo aplicadas a grupos de personas con diversa problemática transdiagnóstica en un contexto público de atención a la salud mental. En ambos grupos de terapias se utiliza un diseño de intervención de 12 sesiones con ejercicios experienciales durante 3 meses. Los resultados de este estudio indican que ambas modalidades grupales son efectivas para reducir la evitación experiencial junto a otros aspectos, reducción que no se produce al compararse los resultados con en el grupo de control de terapia individual. Los resultados proponen un camino prometedor para la aplicación de terapias contextuales grupales en contextos públicos.

Palabras clave: Psicoterapia Analítica Funcional de Grupo; Terapia de Aceptación y Compromiso de Grupo; Papel de Actor/Director; Equivalencia Funcional; Evitación Experiencial; Experiencia del Yo.

1 Psicólogo Clínico Especialista. Unidad de Salud Mental Comunitaria de Úbeda del S.A.S Jaén. España.

E-mail: perotemix77@gmail.com

2 Psicólogo General Sanitario e Investigador. Universidad de Almería. España.

E-mail: ftp699@inlumine.ual.es, chescotrillo@gmail.com

3 Psicóloga particular en Barcelona.

E-mail: mydarling.angel@gmail.com

Abstract

We present two modalities of third generation contextual therapies in their group therapy format applied to groups of people with diverse transdiagnostic problems in a public context of attention to mental health. In both groups of therapies an intervention design of 12 sessions with experiential exercises during 3 months is used. The results of this study indicate that both group modalities are effective in reducing experiential avoidance along with other aspects, a reduction that does not occur when the results are compared with those in the individual therapy control group. The results propose a promising path for the application of group contextual therapies in public contexts.

Keywords: Group Functional Analytical Psychotherapy; Group Acceptance and Commitment Therapy; Actor / Director Role; Functional Equivalence; Experiential Avoidance; Self Experience.

INTRODUCCIÓN

La FAP de Grupo. Aspectos fundamentales *Conductas clínicamente relevantes en FAP grupal: Qué atender en las sesiones grupales.*

La premisa de la FAP Grupal es que en las sesiones aparecerán muestras similares de los problemas que tienen los miembros del grupo en su vida cotidiana y que las reacciones contingentes naturales del terapeuta y los otros miembros del grupo, reforzando conductas más adaptativas creará un microcosmos de oportunidades para producir cambios relevantes en sus vidas (Hoesktra y Tsai, 2010).

Las conductas clínicamente relevantes (CCRS) son los elementos de trabajo y los objetivos de cambio a lograr con los clientes que participan en terapia de grupo. Estas son las muestras de conductas que interesan en la terapia de grupo. Definen qué es lo importante a observar, atender o tratar en las sesiones de grupo.

Se distingue entre conducta clínicamente relevante tipo 1 (CCR1) que consiste en la presencia en la misma sesión grupal de conductas problemas similares en sus funciones a los que la persona presenta en su vida diaria y que interfieren con sus objetivos de cambio personal. El objetivo es disminuir su frecuencia en las sesiones grupales. A menudo este tipo de conductas está mantenido por funciones de evitación del malestar a corto plazo, por lo que con ellas es habitual emplear su provocación in situ, el bloqueo de los repertorios de evitación relacionados y la extinción de las mismas. Un ejemplo: frecuente y generalizado es cuando los miembros del grupo están centrados en sus relatos verbales de su malestar e imposibilidad de hacer cambios en sus vidas por diversos motivos o bien en los intentos infructuosos de evitación de ese malestar. En este aspecto es similar a las conductas de evitación experiencial definidas en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Monopolizar las sesiones con relatos de experiencias personales, impidiendo la intervención de sus compañeros de grupo o del terapeuta

o evitando compartir sus sentimientos en el momento presente de las sesiones también pueden ser potenciales CCR1.

Las conductas clínicamente relevantes tipo II (CCR2) se refieren a los objetivos que se desean alcanzar en las mismas sesiones grupales con los clientes, relacionados con aspectos relevantes y valiosos para ellos y que por lo tanto se busca aumentar su frecuencia en las sesiones. Estas conductas son menos frecuentes en las sesiones iniciales, por lo que observarlas, reforzarlas de manera natural y progresiva (moldeamiento) conforme los integrantes del grupo la van presentando, es un trabajo esencial. En la misma línea de afinidad entre FAP y ACT cuando los miembros del grupo comienzan a contactar verbalmente y mediante acciones concretas con aquello que les resulta importante y valioso en sus vidas y el grupo/terapeuta atiende contingentemente estas experiencias podemos estar en presencia de CCR2 relevantes. También son potenciales CCR2 la expresión adecuada de necesidades a otros, el mostrarse reforzante de manera apropiada con sus compañeros de grupo, abrirse a expresar experiencias difíciles evitadas previamente, y otras conductas, según qué casos particulares. De manera generalizada compartir la experiencia inmediata de que experimentan en las mismas sesiones con sus compañeros de grupo y que observan en ellos, pueden ser potenciales CCR2. Hay que recordar sin embargo que no hay un listado generalizado de CCRS previas y siempre universales, ya que se entiende que la conducta es contextual y está en función de sus efectos en determinados momentos relacionales, aunque Callaghan (2001) apunta CCRS habitualmente relevantes en las relaciones interpersonales y aún más en los llamados trastornos del yo o personalidad.

Las conductas clínicamente relevantes tipo III (CCR3) se refieren a las interpretaciones y atribuciones que hacen los miembros del grupo sobre las causas de su propia conducta problemática y sus progresos tanto fuera, como sobretodo dentro de las sesiones, cuando estas se presentan y son observadas por ellos mismos, sus compañeros o el terapeuta. Igualmente se busca moldearlas progresivamente hacia interpretaciones funcionales (triple contingencia A-B-C) de modo que los miembros del grupo contacten con las condiciones ambientales que posibilitan cambios y control personal (empoderamiento). Los compañeros del grupo y el terapeuta van ofreciendo “interpretaciones funcionales” partiendo de lo observado de la manera más inmediata en la misma sesión, sobre todo en los aspectos de cómo actúan (B) cuándo sucede ciertas situaciones (A) y qué consecuencias tiene para ellos y sus compañeros a corto, medio y largo plazo (C). En pasos posteriores se ofrecen interpretaciones que relacionan esa triple contingencia funcional con sus dificultades y progresos en su vida diaria. Con ello se busca generalizar los cambios a la vida diaria del cliente. Un ejemplo es cuando el terapeuta o los compañeros del grupo hacen observaciones del estilo, “Cuando estamos hablando de tal cosa, tú respondes de tal manera, y eso te lleva

a ti y a nosotros a responderte de tal manera con el efecto siguiente de tal”. Y posteriormente: “Esto que te venimos comentando, ¿te sucede de manera parecida en tu vida cotidiana?”

Aquí es importante recordar que la mayoría de las conductas clínicamente relevantes se refieren tanto a lo que los miembros del grupo hacen en las sesiones grupales a nivel no verbal como a lo que hablan y dicen en ellas a nivel verbal. Observar estos aspectos es clave en FAP. También es importante señalar que las CCRS son más clases o repertorios de conductas con funciones generalizadas que respuestas moleculares discretas y específicas, por lo que muchas veces cambiarlas es un proceso lento y arduo.

La mayoría de las CCRS se refieren conductas que ocurren en las relaciones interpersonales por lo que las sesiones grupales son idóneas para identificarlas y trabajar con ellas, Callaghan (2001) distingue cinco aspectos que se pueden volver problemáticos en las relaciones interpersonales y que nos pueden ayudar a identificar CCR1, y sus potenciales alternativas CCR2:

1. Dificultades para identificar las necesidades personales y poder expresarlas a otras personas (CCR1). Aumentar el contacto con las propias necesidades y poder expresarlas en momentos adecuados es importante en las sesiones grupales (CCR2).
2. Dificultades para identificar como nuestra conducta afecta a otros y nosotros mismos en las relaciones interpersonales (CCR1). Observar como afectamos y somos afectados en función de lo que hacemos en presencia de otros es importante en las sesiones grupales y regular nuestra conducta por esto es relevante (CCR2).
3. Dificultades para resolver discrepancias y conflictos con otras personas (CCR1). Observar la presencia de estos conflictos en las relaciones grupales y moldear su resolución en ellas es importante (CCR2)
4. Dificultades para confiar e intimar con otras personas (CCR1). Moldear la apertura, el acercamiento y la intimidad es importante. El hecho de acudir a sesiones sucesivas de grupo puede ser un indicador de que esto ocurre, salvo que sea mantenido para complacer a terceros (CCR2).
5. Dificultades para manejar las emociones que aparecen en las relaciones con otros y que pueden interferir en estas (CCR1). Evocar experiencias emocionales en las sesiones grupales y manejarlas directamente es una experiencia de cambio poderosa (CCR2).

Se han creado una serie de ejercicios terapéuticos (Valero y Ferro, 2015) que se pueden adaptar a las sesiones grupales (Ruiz y Ruiz, coordinadores, 2018),

para provocar CCRS y trabajar con ellas. Estos ejercicios son más apropiados para modelar los focos de trabajo del grupo y cuando las sesiones parecen alejarse del trabajo con CCRS.

Las 5 reglas como sugerencias en FAP de Grupo

En FAP se le sugiere al/la terapeuta que trabaje las CCRS mediante la aplicación de 5 reglas de manera flexible y según las circunstancias que se encuentre con los clientes momento a momento (Kohlenberg y Tsai, 1991; Hoeskstra y Tsai, 2009). Nuestro grupo de trabajo además añade que sean aplicadas y enseñadas al resto de los miembros del grupo en un doble papel de actores/directores (Ruiz y Ruiz, coordinadores, 2018) aumentando considerablemente el potencial de la FAP Grupal y empoderando a sus miembros como agentes activos de cambio.

La propuesta del doble papel actor/director en terapia de grupo la encontramos por primera vez en trabajo con adolescentes con problemas emocionales realizado por Padilla Torres y Jiménez Arriero, (2014) con un formato que combina la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Estos autores se basan a su vez en el trabajo de FAP de Gaynor y Lawrence (2002) en como formular verbalmente la introducción a los miembros de grupo para trabajar en las sesiones grupales:

“En el grupo de terapia cada uno de vosotros tiene dos papeles, por un lado el de actor, en el que tiene que ser lo más sinceros y honestos posible, y por otro lado tiene el papel de director, el de señalar a los demás integrantes su opinión y visión de lo que dice, hacen o como os hacen sentir...La visión de cada uno a los demás le puede ayudar a cómo seguir afrontando aspectos de la vida fuera” (Padilla Torres y Jiménez Arriero, pág. 58, 2014)

En nuestra experiencia en FAP de Grupo en el servicio de Salud Mental de Úbeda (Jaén, España) hemos hecho un uso persistente en la enseñanza a los miembros del grupo en el uso de este doble papel de actores/directores en relación a las 5 reglas de la FAP, incluso usando frecuentemente viñetas visuales con las mismas al inicio de las sesiones, evitando convertirlas en reglas rígidas que nos haga perder el contacto con las experiencias del momento de las sesiones, y más bien al contrario usándolas para volver una y otra vez a ellas.

De manera esquemática estas reglas para el/la terapeuta y miembros del grupo son propuestas por Ruiz y Ruiz (2018): Regla 1-Observar las CCRS relevantes, Regla 2-Provocar CCRS en la misma sesión, Regla 3-Reforzar de manera natural las CCR2, Regla 4-Observar el potencial reforzante entre los miembros del grupo y Regla 5-Ofrecer interpretaciones funcionales relevantes.

Es importante recordar que en las sesiones no se trata de recorrer las 5 reglas de manera secuencial y rígida en forma de protocolo, ya que según cada sesión

podemos estar centrados en una o dos reglas-sugerencias según cada momento de cada grupo concreto. Lo relevante es que se produzcan oportunidades para reforzar y moldear las CCR2 y que éstas sean generalizables a las vidas de los miembros del grupo.

Equivalencia funcional en FAP grupal

Por equivalencia funcional se entiende en FAP lo que tradicionalmente en la perspectiva psicodinámica se ha conceptualizado como “transferencia y contratransferencia”. Pero en FAP no sólo se refiere a la repetición de conductas con funciones similares ante determinadas personas (por ejemplo los padres, el terapeuta o los compañeros de grupo) en relación a la historia contingencial y relacional previa con estas, sino también a las “equivalencias” entre los efectos reforzantes (sus funciones) entre el ambiente dentro de las sesiones de terapia y las interacciones del cliente fuera en su vida diaria con otras personas (Kohlenberg y Tsai, 1991). La relación terapéutica y la relación entre los miembros del grupo son el elemento donde se dan los cambios.

Así en cierto modo podemos distinguir, aunque a menudo esto se da doblemente combinado, entre una equivalencia funcional histórica en relación a personas, y otra entre ambientes distintos, como las sesiones de terapia y lo que les acontece a los clientes en sus vidas diarias (Ruiz y Ruiz, 2018). Esto permite que el cambio en las sesiones de terapia se produzca mediante las relaciones entre los clientes y el terapeuta, y en el caso de la terapia de grupo en las relaciones grupales mediante el efecto de lo que se hacen/dicen los miembros del grupo/terapeuta unos a otros, y que esto sea potencialmente generalizable a sus vidas diarias.

También proponemos en nuestra versión de FAP de Grupo enseñar a los miembros del grupo en la equivalencia funcional en una o varias sesiones, aunque el trabajo mayor recaiga sobre el doble papel actor/director con las 5 reglas de la terapia (Ruiz y Ruiz, 2018)

La evaluación en FAP de Grupo

En la primera sesión se busca realizar una presentación preliminar donde el terapeuta busca entender cómo se relacionan las metas del cliente con sus problemas; se describe la forma de actuar del cliente que ha tenido con respecto a sus problemas y el comportamiento que haya tenido sobre cómo afrontar o solucionar éstos. Ambos tipos de comportamientos se definen en términos de sus efectos en contextos interpersonales relevantes. Para esta tarea existen inventarios como:

- La plantilla de evaluación ideográfico-funcional de Callaghan (The Functional Idiographic Assessment Template-Questionnaire, FIAT, Callaghan, 2006b), que incorpora categorías funcionales como la

afirmación de las necesidades, la comunicación bidireccional, el conflicto, la divulgación y la autorevelación y la cercanía.

- Hojas historiográficas: El terapeuta las utiliza para especificar las conductas objetivo, junto con toda la información sobre la historia.
- Las hojas de trabajo ayudan a los terapeutas a identificar rápidamente eventos relevantes. Permiten una observación rápida de conductas que en primer momento puedan resultar similares pero que impliquen consecuencias diferentes dependiendo de la persona afectada. Por ejemplo, criticar a otro participante puede ser una mejora in vivo para un cliente y un comportamiento in vivo del problema para otro.
- La observación del comportamiento interpersonal del cliente in vivo también proporcionará pistas sobre áreas problemáticas que no pudieron ser identificadas previamente y, por tanto, proporcionará nueva información que debe anotarse en la hoja de trabajo.
- Monitorizar las reacciones que el cliente evoca en el terapeuta y en los otros miembros del grupo para que éstas puedan usarse para dar forma a repertorios relevantes en la vida diaria.

La ACT de Grupo. Aspectos fundamentales

En la ACT de grupo es esencial que los participantes se den cuenta y sean conscientes (discriminen) tres aspectos de su funcionamiento psicológico: las diferencias entre los contenidos mentales (experiencia mental interna) y los procesos de cómo les va en su vida con los efectos contingenciales de su conducta (experiencia de los 5 sentidos); las diferencias entre luchar y quedarse enganchados (alejarse) en los intentos infructuosos para eliminar las experiencias mentales y emocionales no deseadas a corto plazo (evitación experiencial) de acercarse activándose hacia acciones valiosas en función de los valores personales a largo plazo; y como consecuencia de todo lo anterior generar un marco deíctico desde el yo observador donde el sujeto no se identifique o fusione con ninguno de sus contenidos mentales ni sus conductas específicas para generar flexibilidad psicológica (Ruiz, J.J. et cols., 2017).

En esto seguimos fundamentalmente la propuesta de Kevin Polk (Polk, 2009 y Polk & Schoendorff, 2014, 2016) usando con frecuencia la Matrix, el bolígrafo y otros elementos visuales y experienciales, como la representación dramatizada de las metáforas que no solo son verbalizadas y otros ejercicios experienciales procurando que todo el grupo participe en ellos, recabando las respuestas de los sujetos a estos y moldeándolas en relación a los tres focos referidos anteriormente.

Como terapeutas de un grupo ACT desde la perspectiva del Marco Relacional el trabajo consiste en centrarnos en tres aspectos con los miembros del grupo (Polk, 2009): (1) Ayudar a los miembros del grupo a hacer discriminaciones: D1-D2-D3; (2) Manejar las dificultades que surjan con el trabajo con esas discriminaciones e (3) implicar a todos los miembros del grupo en trabajar con esas discriminaciones.

Las discriminaciones D1 es diferencia entre experimentar con los 5 sentidos y con la mente, es la capacidad de notar la diferencia entre pensamientos y realidad. Trabajar con la discriminación D2 es acercarnos a los valores propuestos frente a alejarnos de las situaciones o eventos privados que queremos evitar, quitar o controlar. Trabajar con la discriminación D3 es notar que son ellos quienes notan o discriminan, dándose cuenta, las diferencias entre sus experiencias mentales y sensoriales y entre evitar y acercarse en su vida en direcciones valiosas. Todo estos objetivos se llevan a cabo a lo largo de las 12 sesiones con ejercicios experienciales, metáforas y ejercicios de meditación.

Desde la perspectiva Contextual Social se asume el planteamiento de la Teoría del Marco Relacional (RFT) para la ACT de grupo, pero enmarcándolos en la perspectiva del poder, control, intercambio y sanción social mediante los que las instituciones sociales permiten las formas de convivencia social actuales (Ribes-Iñesta et cols, 2008; Guerin, 2015, 2016 y 2017) con sus efectos particulares en los llamados trastornos mentales.

En esta perspectiva el papel de las prácticas sociales mediante el seguimiento de reglas verbales reforzadas por las instancias de poder en las instituciones es esencial (Malott, 2006) planteamos que nuestro foco de trabajo se dirija fundamentalmente a alterar los efectos funcionales (usando la teoría RFT y otros aspectos socioconductistas) de tres reglas y contingencias específicas relacionadas con la inflexibilidad psicológica que se mantienen en la convivencia y prácticas sociales actuales y que se presentan entrelazadas entre si habitualmente.

Las sesiones de grupo son oportunidades para trabajar el cambio funcional de esas tres reglas y contingencias, usando como terapeutas tanto el generar nuevas oportunidades para introducir nuevas discriminaciones y prácticas en el grupo como para observar y usar las propias dinámicas grupales que emerjan a lo largo del desarrollo de la experiencia grupal utilizando conocimientos de los grupos de origen socioconductista (Mead, 1999) como proveniente de los factores comunes (Vinogradov y Yalom, 1988).

En suma en el trabajo grupal, además de contar con los aportes de la RFT para realizar discriminaciones pertinentes, se observan y utilizan los procesos grupales emergentes en las sesiones según las teorías socioconductistas y de los factores comunes.

Estudio comparativo entre FAP de Grupo, ACT de Grupo y grupo Control de Terapia Individual

A continuación se describe un estudio con el objetivo de comparar los dos tipos de terapias contextuales de grupo ACT y FAP y a su vez estas dos con el tratamiento habitual individual que se hace en salud mental.

Participantes

En el presente estudio participaron un total de 53 personas con edades comprendidas entre 20 y 65 años distribuidos en tres grupos (Ver tabla 1). El ACT de Grupo (compuesto por dos grupos terapéuticos), el FAP de Grupo (compuesto por tres grupos terapéuticos) y un Grupo Control compuesto por 20 personas adultas en tratamiento habitual de salud mental individual (citas individuales con psicólogo y/o psiquiatra y/o enfermería de salud mental, con la misma proporción de citas-tiempo que los grupos y rango de edad similar, algunos de ellos en tratamiento con enfoque contextual, otros con medicación y otros enfoques de psicoterapia.

Tabla 1
Resumen de los grupos y participantes

	Hombres	Mujeres	Total
ACT Grupo			
Nº 1	2	5	7
Nº 2	2	5	7
FAP Grupo			
Nº 1	0	7	7
Nº 2	0	7	7
Nº 3	4	1	5
Control	3	17	20
Total	11	42	53

Variables e Instrumentos

Las dos principales variables estudiadas fueron la variabilidad en la Evitación Experiencial y el Control público de la experiencia del yo. Adicionalmente se estudiaron otras variables como la variabilidad del perfil sintomático, la variabilidad de la cohesión grupal, la experiencia global del grupo, las tres discriminaciones de la Matrix de Kevin Polk (Polk y Schoendorff, 2014, 2016) en cada sujeto y la aparición de nuevas actividades encaminadas hacia sendas valoradas (Ver tabla 3). Los cuestionarios utilizados fueron:

1. AAQ-II: Acceptance and Action Questionnaire (Hayes, Strosahl, Wilson, Bissett, Pistorello y Toarmino, 2000) (Adaptación española Barraca,

2004). El AAQ-III es una medida unidimensional de rigidez psicológica que consta de 7 ítems, por lo cual no hay interpretación: a mayor puntaje, mayor rigidez. Es más una herramienta utilizada para la investigación que para el diagnóstico.

2. EOSS: Experiencing of Self Scale (Kanter, Parker y Kohlenberg, 2001) es un cuestionario con 37 ítems, valorados en una escala de Likert de 1 (nunca) a 7 (siempre). Tiene 4 secciones dependiendo del tipo de relación, casual o cercana y la presencia o no de otras personas para medir el control público de la experiencia del yo.
3. SA-45: Symptom Assessment-45 Questionnaire (Davidson et al. 1997), Adaptado a versión española por Sandín et. al. (2008) El cuestionario evalúa las mismas dimensiones que el SCL-90: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo.
4. CEG: Cuestionario de Experiencia de Grupo (Ruiz, 2017) utilizado para medir los factores comunes en los grupos
5. ODA/ODA-n: (Ruiz y Trillo, 2017) para medir las discriminaciones de la Matrix de Polk y la aparición de nuevas acciones valiosas.

Procedimiento

Grupos ACT

Entre Febrero y Mayo de 2017 trabajamos en la USMC de Úbeda con dos grupos de personas con ACT de Grupo. Cada uno de estos grupos estaba constituido por 7 personas adultas con diversos problemas “ansiosos-depresivos” y algunas con algún diagnóstico adicional de trastorno de personalidad. Usamos varias medidas para evaluar los cambios en estos grupos en dos momentos temporales entre el inicio de la terapia y su final después de 12 sesiones en 3 meses a razón de sesión semanal de 2 horas de duración. En la tabla 2 se puede apreciar los focos de trabajo realizados en ambos grupos.

Se utilizó el AAQ-II versión de 7 ítems (Hayes et cols., 2000) para medir la evitación experiencial inicial, el EOSS (Kanter, Parker y Kohlenberg, 2001) para medir el control público de la experiencia del yo, el SA-45 (Davison y cols.1997) para medir diversos síntomas psicopatológicos, el Cuestionario de Experiencia de Grupo (CEG, Ruiz, 2017) medir los factores comunes en los grupos y los cuestionarios ODA/ODA-n (Ruiz y Trillo, 2017) para medir Obstáculos, discriminaciones y acciones valiosas.

Tabla 2
Focos de trabajo de FAP y ACT de Grupo

Grupo FAP	Grupo ACT
CCRs (CCR1, CCR2, CCR3)	
5 Reglas	Moldeamiento de discriminaciones: D1 (experiencia vs lenguaje)
Equivalencias funcionales pasado/presente y vida diaria/grupo	D2 (evitación experiencial vs acciones valiosas) D3 (Yo contenido vs Yo contexto)
Uso de ejercicios adicionales para problemas del control público de la experiencia del Yo	Uso de la Matrix Metáforas y ejercicios experienciales

Grupos FAP

Del mismo modo una vez finalizada la intervención con grupos ACT entre los meses de Mayo, Junio y Julio así como entre Septiembre y Noviembre de 2017 trabajamos en la USMC de Úbeda con tres grupos de personas con FAP de Grupo. Estos grupos estaba constituido por 7 personas adultas en dos de ellos y 5 en el tercero. Fueron asignadas a cada grupo por azar y con decisión de participación voluntaria en ellos. Presentaban demandas de problemas emocionales y relacionales y pertenecían a la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Salud Mental de Úbeda. Se descartaron de estos grupos personas con problemas referidos como Psicóticos. Las personas incluidas en los tres grupos se encontraban “diagnosticadas” en las topografías nomotéticas como Trastornos Adaptativos, Trastornos de Ansiedad de diferentes tipos, Distimia y Trastornos de la Personalidad. El formato de evaluación utilizado fue similar que con el grupo ACT (AAQ-II, EOSS y ODA/ODA-n resumidos en la tabla 4) centrándose en usar medidas cuantitativas y cualitativas más contextuales-funcionales y más coherentes con nuestro marco de trabajo, dejando de lado las medidas de síntomas y de factores comunes de los grupos.

Control

Formado por personas que reciben tratamiento habitual individual en el servicio de Salud Mental Comunitaria de Úbeda que han recibido al menos un tiempo similar de tratamiento a las personas del grupo. El grupo de control está conformado por 20 sujetos seleccionados al azar que han recibido tratamiento individual durante 3 meses o más y con 12 sesiones o más, que bien reciben tratamiento psicológico, farmacológico psiquiátrico o bien apoyo psicológico de enfermería de salud mental o algunas de las tres combinaciones anteriores. A Todas ellas se les administra el AAQ-II 7 en dos momentos (test-postest) medido en un intervalo similar a las personas en terapia de grupo. La mayoría de las personas del grupo de control reciben una combinación de intervenciones centradas en los psicofármacos (psiquiatras), entrenamiento en mindfulness (enfermeros entrenados en éste) y terapias psicológicas no contextuales (Cognitivo-Conductual).

Tabla 3*Instrumentos utilizados para la evaluación de los grupos.*

Evitación Experiencial	Control privado vs público de la experiencia del Yo	Obstáculos, discriminaciones y acciones valiosas
Cuestionario AAQ-II	Cuestionario EOSS	Cuestionarios ODA y ODA-CN

-Se comparan las tres medidas entre el inicio y el final de las experiencias grupales

-Se comparan las tres medidas entre los dos tipos de grupos (PAF y ACT)

RESULTADOS

Para el análisis de los datos se usó el SPSS v. 22.0. Se comprobó la normalidad de todos los grupos de ACT (14 sujetos) y FAP (19 sujetos) mediante la prueba de Shapiro-Wilk, comprobando que las variables (Evitación Experiencial medida por el AAQ- versión de 7 ítems; el control público de la experiencia del Yo medido por el EOSS y la discriminación de obstáculos-direcciones valiosas medidas por el ODA_n se distribuyen de manera normal, por lo que se realiza la prueba T de Student para dos muestras relacionadas (test-postest) a un nivel de significación del 95 % y con error significativo (p) igual o menor de 0.05.

En el momento actual lo que nos ha interesado investigar es si la ACT de Grupo y la FAP de Grupo tienen efectos diferentes o similares entre sí. Para ello pretendemos compararlas en varias medidas cuantitativas mediante la valoración de la evitación experiencial (AAQ-II) y del control público de la experiencia del yo (EOSS y una medida cuantitativa y cualitativa centrada en la propia experiencia de los participantes en los grupos ODA y ODA-n) en cuanto a la identificación de obstáculos internos y externos que se interponen en la dirección valiosa de sus vidas, que discriminan que le ayudan a acercarse y les alejan de esas direcciones valiosas y que acciones emprenden que funcionalmente les ayuda en esa dirección; todo ello haciendo las “medidas” más coherentes con la filosofía contextual-funcional de estas terapias y que unifica aspectos de ACT y FAP. Los datos se resumen en la tabla 4.

Resultados en los grupos ACT

Se redujo la evitación experiencial de manera estadísticamente significativa medida por el AAQ-II en ambos grupos de ACT ($p=0.00$). Se redujo el control público de la experiencia del yo medidos por el EOSS tanto en relaciones íntimas ($p=0.001$) como en relaciones sociales ($p=0,07$) mientras que no se incrementó en aspectos positivos de manera significativa ($p.295$).

En cuanto a cambios sintomáticos (que no es el foco de ACT) se produjeron cambios significativos medidos por el SA-45 en la reducción del malestar sintomático en todas las medidas menos en Somatización y Psicoticismo. En los grupos había muchas personas con problemas crónicos de dolores asociados a diversas patologías y había alguna persona diagnosticada de esquizofrenia en algunos de estos grupos.

Respecto a los factores comunes de los grupos medidos por el CEG no se produjeron cambios significativos en Altruismo y Cohesión grupal mientras que sí se produjeron cambios significativos en Universalidad, Aprendizaje Interpersonal Input, Aprendizaje Interpersonal Output, Orientación a la Resolución de Problemas, Imitación, Recapitulación de la Experiencia Familiar Previa (en solo un grupo y en el otro no), Insight, Infundir Esperanza, Factores Existenciales y el total de la Experiencia Grupal (ver tabla 4).

Tabla 4
Resumen de los datos de cada variable por grupo de intervención

Cuestionario	Variable Pre-Post	Grupo ACT n= 14		Grupo FAP n= 19		Control n=20	
		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
AAQ-II	Evitación experiencial	6.349	.000*	4.957	.000*	.692	.497
	Relaciones íntimas	4.401	.001*	2.410	.028*		
EOSS	Relaciones sociales	3.232	.007*	4.477	.000*		
	Yo general	3.186	.007*	.944	.359		
	Control público del Yo-Totales	3.845	.002*	1.741	.101		
	Yo en positivo	-1.092	.295	-1.817	.088		
SA-45	Hostilidad	5.108	.000*				
	Somatización	2.741	.017*				
	Depresión	4.254	.001*				
	Obsesión	4.548	.001*				
	Ansiedad	4.763	.000*				
	Sensibilidad interpersonal	5.284	.000*				
	Ansiedad fóbica	3.364	.005*				
	Paranoídismo	4.837	.000*				
	Psicoticismo	2.676	.019*				
CEG	Altruismo	-2.931	.012*				
	Cohesión grupal	-2.844	.014*				
	Universalidad	-5.744	.000*				
	Aprendizaje Interp. Input	-4.862	.000*				
	Aprendizaje Interp. Output	-5.682	.000*				
	Resolución de Problemas	-2.222	.000*				
	Catarsis	-2.153	.000*				
	Modelado	-5.882	.000*				
	Resolución as. Familiares	-4.007	.001*				
	Insight	-6.049	.000*				
	Esperanza	-4.837	.000*				
	Factores existenciales	-6.032	.000*				
	Totales	-3.339	.005*				
ODA	Obstáculos externos	.659	.003*	.653	.004*		
	Obstáculos internos	.639	.008*	.623	.008*		

Resultados en los grupos FAP

En estos tres grupos nos centramos exclusivamente en medir la evitación experiencial y el control público de la experiencia del yo. Hay reducción significativa de la evitación experiencial medida por el AAQ-II entre el inicio y el final de la terapia ($p=.000$). Del mismo modo aparecen reducciones significativas en varios aspectos del control público de la experiencia del yo medida en el EOSS entre el inicio y el final de la terapia: En concreto en las experiencias de relaciones íntimas ($p=.028$) y en las relaciones sociales ($p=.000$). Hay una reducción en la percepción de que las experiencias subjetivas de malestar sean obstáculos para realizar acciones valiosas y hay paralelamente a lo anterior, un incremento de las acciones valiosas, todo entre el inicio y final de la terapia medido en el ODA-n. Es decir, disminuye la percepción de que los obstáculos tanto externos (personas, situación laboral, relaciones sociales...) como internos (pensamientos, emociones, historia personal...) sean impedimentos para emprender conductas y acciones valiosas.

Al comparar los resultados entre los grupos ACT y FAP realizados en la USMC-Úbeda durante 2017 con personas diagnosticadas de Trastorno Mental Común (Básicamente distintos problemas ansiosos-depresivos con dificultades relacionales añadidas; y algunos casos de trastorno de personalidad y Trastorno Mental Grave) y teniendo en cuenta que en ellos se han utilizado medidas similares en la evitación experiencial (AAQ-II), la derivación hacia actividades valiosas (Cuestionario del Jardín, ODA y ODA-n) y el control interpersonal de las experiencias subjetivas (medidas por el EOSS) los resultados generales indican que existen cambios significativos tanto en la aceptación y disminución de síntomas, en el AAQ-II, en las escalas de relaciones íntimas y sociales (EOSS) así como en el compromiso hacia valores.

Resultados del grupo control

Tras el análisis del grupo de control se realizó para una muestra normal comprobada con Shapiro-Wilk, y prueba T de Student para muestras relacionadas no se encontraron diferencias significativas entre en la reducción de la evitación experiencial (aumento de la flexibilidad psicológica) en el grupo de control que recibe el tratamiento habitual de salud mental mediante citas individuales con psicólogo, enfermería o psiquiatras, o combinaciones de los tratamientos anteriores ($t=.692$ y $p=.497$).

DISCUSIÓN

Los resultados ACT, FAP y Control extraídos de este estudio indican que tanto en los grupos ACT y FAP se producen cambios significativos en la reducción de la evitación experiencial medidos por el AAQ-II 7 ítems. Tanto en los grupos ACT y FAP se producen cambios significativos en la reducción del control público de la experiencia del Yo medido por el EOSS en dos de sus índices: relaciones sociales y

relaciones íntimas. En los grupos ACT y FAP se producen cambios significativos en la reducción de que determinadas experiencias emocionales-relaciones sean obstáculos para realizar acciones valiosas y en el incremento de estas acciones valiosas medidas por el ODA-n. Con los resultados anteriores podemos afirmar que la ACT de Grupo es efectiva para reducir la evitación experiencial, reducir la sintomatología (aunque ese no es su foco) e incrementar las experiencias (factores) comunes con otros tipos de terapia de grupo.

En el grupo de control de tratamiento habitual individual no aparecen cambios significativos en el AAQ-II. Esto puede ser explicado desde la perspectiva habitual que adoptan los enfoques clásicos (como el tratamiento cognitivo-conductual) hacia el control y la reducción del malestar emocional, muy distinto a los objetivos habituales de ACT y FAP. En cambio en nuestra intervención con grupos ACT y FAP de Grupo en igualdad de citas y tiempo si se produce esa reducción significativa de la evitación experiencial (aumento de la flexibilidad psicológica).

Podría argumentarse que cualquier otro tratamiento grupal o individual con una frecuencia semanal similar a los grupos ACT o FAP tendría resultados similares. Nuestro trabajo terapéutico con otras modalidades de grupo en condiciones similares (Terapias de Grupo Cognitiva-Conductual, Terapia Estratégica de Grupo, Terapia Adleriana de Grupo (Ruiz y Ruiz-Miñarro, 2015)) demuestran que esta reducción sólo se produjo en los grupos de ACT; y ahora recientemente en FAP de Grupo.

Centrándonos en ambas modalidades de grupo se disminuye la evitación experiencial entre el inicio y el final de las dos modalidades de terapia de grupo en una cantidad de sesiones similar (medidas por el AAQ-II-7 ítems) y se incrementan las acciones dirigidas hacia valores en una cantidad de sesiones similares (medidas por el cuestionario del Jardín o su equivalente el ODA-n).

En este texto se han presentado unos esquemas de como venimos trabajando con ACT de Grupo y FAP de Grupo desde hace varios años en la Unidad de Salud Mental de Úbeda (Jaén, España). Estos esquemas son referencias generales y no reglas a seguir estrictamente, ya que con ello caeríamos en hacer terapia en grupo en vez de terapia de grupo.

Entendemos por *hacer terapia en grupo* el usar un protocolo prefijado sesión a sesión siguiendo una secuencia de pasos preestablecidos para alcanzar unos objetivos. Aunque esto puede funcionar en algunos casos como reglas tracking (es decir que reflejan aspectos funcionales reales de las vidas de los miembros del grupo), en otros se pueden convertir en reglas rígidas que le aparten del contacto con las contingencias de cómo les va en sus vidas realmente con eso.

De otro lado, entendemos *hacer terapia de grupo* en ACT y FAP de Grupo cuando estamos atentos a las clases de respuestas o repertorios habituales de los

miembros del grupo a nuestras intervenciones y las de sus compañeros, y cómo somos afectados nosotros mismos por ellas, y desde ahí ir moldeando CCR2 más adaptativas o flexibles en función de las necesidades y valores de los miembros del grupo (Ruiz, 2017).

En FAP de Grupo el doble papel actor/director y el uso de las 5 reglas en las sesiones es lo más habitual en nuestra intervención. En ACT de Grupo el trabajo con la Matrix de Polk con las tres discriminaciones (contenidos cognitivos-verbales versus experiencias directa; enganches y evitaciones vs aproximaciones a valores y emergencia del yo contexto-observador como derivación de las dos discriminaciones previas) ha sido nuestro foco de trabajo más frecuente.

Entre las limitaciones del estudio del presente estudio encontramos el uso de algunos de los cuestionarios que hemos empleado (CEG, ODA y ODA-n) no están validados en la actualidad, y aunque nos aportan datos interesantes para nuestro trabajo, no se pueden tomar con rigor sus resultados, salvo para construir hipótesis funcionales, que es uno de nuestros objetivos en este estudio, aunque más adelante habría que emprender un trabajo de validación mucho más consistente y riguroso. Del mismo modo entre las limitaciones debemos atender a las medidas de evaluación utilizadas en el grupo control, hemos de contextualizar el estudio en un servicio público de salud mental donde las intervenciones individuales son de 30 minutos de duración y la dilatación entre cada una de ellas puede llegar hasta a ser de dos meses.

Estos resultados indican que ambas terapias tienen aspectos comunes que producen resultados similares en los aspectos reseñados por lo que en posteriores estudios profundizaremos en los aspectos comunes y también en investigar si tienen aspectos diferenciales que sean relevantes. Quizás la focalización en las CCR2 hacia acciones valiosas (aunque definidas en ambas terapias con cuerpos teóricos distintos) sea el aspecto clave que hace que estos resultados sean similares. Insistir en estos aspectos es de vital importancia al mismo tiempo que ofrecer la posibilidad de una asistencia psicológica regular durante tres meses como punto de adherencia al tratamiento.

También es importante reseñar que el tratamiento habitual en salud mental de citas individuales de una media hora en agendas sobrecargadas de citas (9 personas por terapeuta) no produce cambios significativos en la reducción de la evitación experiencial.

CONCLUSIÓN

ACT de Grupo y FAP de Grupo se muestran como tratamientos efectivos en el contexto de la salud mental pública para reducir la evitación experiencial y el control público de ciertas experiencias del Yo, además de reducir la sintomatología

(que no es su foco) en personas diagnosticadas de diversos problemas ansiosos-depresivos y de trastornos de personalidad. Estos aspectos permanecen inalterados en el tratamiento habitual de tipo individual o de otras modalidades grupales en este servicio público de salud mental. ACT y FAP de Grupo favorecen que las personas se impliquen en actividades valiosas a pesar de sus dificultades emocionales, o sea, aumenta la Aceptación y la activación hacia Compromisos valiosos

REFERENCIAS

- Barraca, J. (2004). Spanish adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4 (3), 505-515.
- Callaghan, G. M. (2001). Demonstrating clinical effectiveness for individual practitioners and clinics. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(3), 289-297. doi.org/10.1037/0735-7028.32.3.289
- Callaghan, G. M. (2006b). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) System. *The Behavior Analyst Today*, 7, 357-398. doi.org/10.1037/h0100160
- Davison, M.K., Bershady, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M.E., y Kane, R.L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment*, 4, 259-276. doi.org/10.1177/107319119700400306
- Gaynor, S. T. and Lawrence, P. (2002). Complementing CbT for depressed adolescents with learning through in Vivo experience (live): Conceptual analysis, treatment description, and feasibility study. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 30, 79-101. doi.org/10.1017/S135246580200108X
- Guerin, B. (2015). *How to Rethink Psychology*. Routledge. London and New York. doi.org/10.4324/9781315689555
- Guerin, B. (2016). *How to Rethink Human Behavior. A Practical Guide To Social Contextual Analysis*. Routledge. London and New York. doi.org/10.4324/9781315648903
- Guerin, B. (2017). *How to Rethink Mental Illness: The Human Contexts Behind the Labels*. Routledge. London and New York. doi.org/10.4324/9781315462615
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D. (2000). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*.
- Hoekstra, R. and Tsai, M (2010) FAP for Interpersonal Process Groups. In: Kanter, J.W; Tsai, M. and Kohlenberg, R.J. *The Practice of Functional Analytic Psychotherapy*. Springer New York. doi.org/10.1037/h0100842
- Kanter, J. W., Parker, C. & Kohlenberg, R. J. (2001). Finding the self: A behavioral measure and its clinical implications. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 38, 198-211 doi.org/10.1037/0033-3204.38.2.198

- Kohlenberg, R.J and Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy. Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships*. Springer. New York (Traducción de 2007. Universidad de Málaga). doi.org/10.1007/978-0-387-70855-3
- Malott, M. E., & Glenn, S. (2006) Targets of intervention in cultural and behavioral change. *Behavior and Social Issues*, 15, 31-56 doi.org/10.5210/bsi.v15i1.344
- Mead, G.H. (1999). *Espíritu, persona y sociedad desde el punto de vista del conductismo social*. Buenos Aires. Paidós.
- Padilla Torres, D. y Jiménez Arriero, M.A. (2014). Experiencia Clínica de Psicoterapia Grupal Contextual en Adolescentes con Problemas Emocionales. *Clínica Contemporánea* 5, (1) 53-68 doi.org/10.5093/cc2014a5
- Polk, K. (2009). *The Idiost Guide to ACT in Groups*. Manuscrito no publicado.
- Polk, K. & Schoendorff, B. (2014). *ACT Matrix. A New Approach to Building Psychological Flexibility Across Setting and Populations*. New Harbinger Publications, Inc.
- Polk, K, & Schoendorff, B. (2016). *The Essential Guide to the ACT Matrix: A Step-by-Step Approach to Using the ACT Matrix Model in Clinical Practice*. New Harbinger Publications, Inc.
- Ribes-Iñesta, E., Rangel, N., y López-Valadéz, F. (2008). Análisis teórico de las dimensiones funcionales del comportamiento social. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(1).
- Ruiz, J.J y Ruiz Miñarro, I. Estudio comparativo entre Terapia Adleriana de Grupo, Terapia Estratégica de Grupo y Terapia de Aceptación y Compromiso de Grupo (2015). *Estudio no publicado. Unidad de Salud Mental Comunitaria de Úbeda*.
- Ruiz, J.J. Cuestionario de Experiencia de Grupo (C.E.G). Medición de los factores comunes en la terapia de Grupo (2017). En: Ruiz, J.J (coordinador) y cols. (2017). *Terapia de Aceptación y Compromiso de Grupo*. Lulú Editores.
- Ruiz, J.J y Trillo, F. Cuestionario ODA y ODAcn de Obstáculos Discriminaciones y Acciones Valiosas. En: Ruiz, J.J (coordinador) y cols. (2017). *Terapia de Aceptación y Compromiso de Grupo*. Lulú Editores.
- Ruiz, J.J (coordinador) y cols. (2017). *Terapia de Aceptación y Compromiso de Grupo*. Lulú Editores.
- Ruiz, J.J y Ruiz, I. (2018). *Psicoterapia Analítica Funcional de Grupo*. Universidad de Almería. Almería, España.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., & Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296.
- Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Kohlenberg, B., Follette, W.C., and Calaghan, G.M. (2009). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy Awareness, Courage, Love, and Behaviorism*. Springer. New York. doi.org/10.1007/978-0-387-09787-9
- Valero, L. y Ferro, R. (2015). *Psicoterapia Analítica Funcional. El análisis funcional de la sesión clínica*. Editorial Síntesis. Madrid doi.org/10.12804/apl33.01.2015.02
- Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Paidós, Barcelona.