Steven C. Hayes
Kirk Strosahl
Kelly G. Wilson

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)

biblioteca de psicología

DESCLÉE DE BROUWER

Franko

STEVEN C. HAYES
KIRK D. STROSAHL
KELLY G. WILSON

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER

Editado por FranKo S. :3

Índice

Sobre los autores 11

Prefacio 13

Agradecimientos 19

PARTE I
Fundamentos y modelo

1. El dilema del sufrimiento humano 23

2. Los fundamentos de la ACT: Adoptando un enfoque contextual funcional 57

3. La flexibilidad psicológica como modelo unificado del funcionamiento humano 105

PARTE II
Análisis funcional y aproximación a la intervención

4. Formulación de hipótesis: Escuchar con oídos ACT, ver con ojos ACT 165
Con Emily K. Sandoz

5. La relación terapéutica en ACT 217

6. Crear un contexto de cambio: Mente frente a experiencia . . 247

PARTE III
Procesos clínicos fundamentales

7. Consciencia del momento presente. 297
Con Emily K. Sandoz

8. Dimensiones del YO 325

9. Defusión 357

10. Aceptación 395

11. Conexión con valores 431

12. Compromiso de acción 473

PARTE IV
Crear un enfoque científico progresivo

13. La ciencia conductual contextual y el futuro de la ACT 511

Bibliografía 539

Índice analítico 563

Sobre los autores

Steven C. Hayes, PhD, es profesor de la Nevada Foundation en el departamento de psicología de la Universidad de Nevada. Su carrera se ha centrado en el análisis de la naturaleza del lenguaje humano y de la cognición así como en su aplicación para la comprensión y el alivio del sufrimiento humano.

Kirk d. Strosahl, PhD, es médico de atención primaria en el Central Washington Family Medicine, en Yakima, Washington, donde está promoviendo el uso de la ACT en la práctica de la medicina general, especialmente en pacientes con escasos recursos o sin seguro médico.

Kelly G. Wilson, PhD, es profesor adjunto de psicología en la Universidad de Mississippi, donde es también director del Center for Contextual Psychology y del Grupo para el Desarrollo del Tratamiento ACT.

Prefacio
Novedades de la presente edición

La Terapia de aceptación y compromiso (ACT) se presentó en formato de libro en la primera edición de este volumen, en 1999. El modelo subyacente estaba todavía sin desarrollar y aún no habíamos articulado nuestra estrategia de desarrollo del conocimiento. Nosotros la conocíamos y ya era hora de presentar en público a nuestro "bebé" de 20 años. El primer libro sobre "teoría del marco relacional" (RFT) se publicó 2 años más tarde.

Entonces tuvo lugar algo bastante notable: varios terapeutas e investigadores muy cualificados se sintieron atraídos por el trabajo y empezaron a ocuparse cada vez más de él. Los terapeutas estaban entusiasmados y la investigación sobre RFT experimentó un acelerón. Se abrió una discusión global por todo el mundo a través de internet; se fundó una asociación y se publicaron más libros. Se organizaron conferencias con regularidad a nivel nacional, internacional y regional y las sociedades existentes empezaron a mostrar cada vez más visiblemente su trabajo. Se mejoraron los entrenamientos y los resultados de las investigaciones florecieron. A nivel internacional, surgieron expertos en distintas lenguas. El ritmo de desarrollo se aceleró y los datos, tanto de investigación básica como aplicada, permi-

tieron orientar cada vez mejor las innovaciones. También surgieron críticos honrados que contribuyeron a refinar aún más el trabajo.

El resultado ha sido un considerable progreso conceptual, tecnológico y empírico a lo largo de los últimos doce años. Conseguimos destilar la ACT a partir de seis procesos clave, junto con sus interrelaciones, en torno a una preocupación central: la flexibilidad psicológica. Los resultados indicaban, cada vez con mayor fuerza, que la ACT funciona principalmente a través de un proceso de flexibilidad psicológica que comprende: "defusión", aceptación, atención flexible al momento presente, yo –como– contexto, valores y compromiso de acción.

Tal y como esperábamos, empezamos a constatar que los métodos de ACT se podían integrar en otros enfoques refrendados empíricamente y que la flexibilidad psicológica favorecía otros importantes procesos de conducta. La variedad de problemas para los que los métodos de ACT se mostraron eficaces resultó impresionante y el ámbito de aplicabilidad del modelo de flexibilidad psicológica resultó sorprendente: El mismo modelo que daba resultado con la adicción a la heroína, también era eficaz para el control de la diabetes. Los protocolos variaban ampliamente, por supuesto, y los métodos conductuales incluidos eran, por lo general, específicos para cada aplicación concreta. Como resultado de todo esto, el número de métodos de ACT, en la actualidad, sobrepasa lo que podría ser el contenido de un solo libro –o incluso de dos, o de diez– pero el modelo y sus procesos de cambio parecen ser muy similares a lo largo de una amplia variedad de áreas de cambio de conducta.

Por todas estas razones, el presente volumen tiene un aspecto y un toque distinto del que escribimos hace ya más de una década. Esta edición se centra en el *modelo de flexibilidad psicológica como modelo unificado del funcionamiento humano*. Tal y como se ha desarrollado el presente volumen, referirse a este modelo como el "modelo ACT" (como solíamos hacer) parece un poco limitante porque el modelo va más allá de un mero enfoque de tratamiento. Este libro no es tanto un manual clínico lineal, paso a paso, como una guía para aprender a hacer ACT de una manera *natural*. Pretende ser útil tanto a quienes están comenzando a explorar el modelo como a aquellos que ya tie-

nen una amplia experiencia en su práctica. Los terapeutas necesitan aprender a reconocer los procesos de flexibilidad psicológica *en el momento* así como responder de manera coherente con el modelo y este libro pretende ayudarlos, precisamente, a que alcancen tal objetivo. Los terapeutas ya saben hacer algunas cosas propias del enfoque ACT –en la medida en que utilicen sus métodos de manera funcionalmente consistente con el modelo de flexibilidad psicológica–. Una vez que se percibe la conexión con más claridad, la gente empieza a probar estos métodos. Sí; por supuesto que va a ser necesario más entrenamiento y dirección. Pero se puede empezar ahora mismo.

En este volumen hemos intentado hacer más asequibles los fundamentos inmediatos de la ACT –contextualismo funcional y RFT–. En vez de sugerir a los lectores que, si lo desean, se salten los capítulos de teorías y modelos complejos (capítulos 2 y 3), nos hemos esforzado en hacerlos más accesibles. Puede que los hayamos sobre simplificado (y, estamos seguros, hemos obviado muchos detalles), pero queríamos que aquellos que sintonizaran con este trabajo pudieran disponer de una fundamentación básica a partir de la cual se posibilitara una posterior exploración. Hay cientos de artículos académicos sobre ACT, su modelo subyacente y sus fundamentos básicos. Este libro no es más que una presentación. Nosotros también presentamos más claramente nuestra estrategia de desarrollo –que llamamos "ciencia conductual contextual" (CBS)–, sobre todo en el último capítulo. Esto puede resultar extraño en un libro clínico pero el propósito de la ACT no es ACT *über alles*. No nos interesan marcas comerciales ni personalismos. Nuestro objetivo es el *progreso* y tratamos de conseguirlo mediante el desarrollo de nuestro modelo de conocimiento pues el mejor modo de acelerar el progreso es que todos pongan manos a la obra, ya se trate de terapeutas, científicos de base, investigadores aplicados, filósofos o estudiantes. Una comunidad abierta, basada en valores, empeñada en una misión común, puede ser mucho más productiva que legiones de profesores en una torre de marfil. Si el modelo de desarrollo se entiende bien en toda su extensión, quedará claro por qué no seguimos el mismo juego de siempre de los tratamientos con apoyo empírico (aunque, hemos de

admitirlo, también formamos parte de esa tradición). Sí; nos importan las pruebas al azar –pero también nos interesan otras muchas, muchas más cosas que eso–. Queremos que los *procesos* apoyados empíricamente estén sólidamente ligados a *procedimientos* eficaces (Rosen y Davidson, 2003). Disponemos de una estrategia para lograr avances a largo plazo y estamos decididos a seguir esa estrategia. Puede que dé resultado o puede que no, pero invitamos al lector a que se nos una en este viaje.

Asumir esta perspectiva no significa que un terapeuta de primera línea necesite ser un experto en RFT ni que tenga que abandonar su práctica para convertirse en investigador. Los clínicos y demás practicantes son importantes para el desarrollo de este enfoque y tienen derecho a esperar mucho de la ciencia conductual. Lo que queremos mostrar, precisamente, es cómo el avance en áreas tales como la ciencia básica así como en lo que se refiere el soporte filosófico, también puede ayudar a que aquellos que tengan intereses de tipo más práctico vean cumplidos sus propósitos.

Ahora mismo podríamos enumerar unos 60 libros sobre ACT publicados en todo el mundo. La velocidad de publicación de fuentes empíricas relevantes va en aumento. Este programa de investigación y desarrollo práctico ha sido examinado minuciosamente en varios artículos críticos (p. ej.: Hayes, Bissett et al., 2004; Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Öst, 2008) e incluso los observadores más escépticos confirman que estamos progresando (p. ej.: Powers, Vörding y Emmelkamp, 2009). Un avance tan sustancial como este nos permite reducir la frecuencia de referencias académicas en la mayoría de las secciones del libro. La primera edición incluía algunos pasajes empíricos y conceptuales bastante densos –especialmente para justificar la atención académica dirigida a nuestro modelo– pero la densidad del texto hacía difícil que los lectores lo entendieran o lo siguieran con facilidad. Con tal de que los interesados estén dispuestos a leer más cosas que este sencillo volumen, no parece que sea necesaria una justificación empírica, punto por punto, para nuestro propósito en este momento. Hemos incluido bastantes pistas generales para que el lector perciba cómo entendemos conceptualmente los

hechos así como bastantes enlaces para que los lectores encuentren fundamentación académica adicional con un mínimo esfuerzo por su parte.

Algunas de las ideas que subyacen a la ACT se están convirtiendo rápidamente en conceptos de una corriente general. Los críticos, ahora, dicen que esto es lo que habían estado buscado todo el tiempo. Quizás ese sentido de revisionismo moleste a los autores de ACT con buena memoria pero no tiene que detener a los nuevos lectores porque así es como se produce el progreso. Por otra parte, coger un pedazo de "aceptación" de aquí y un toque de "defusión" de allá, no hace justicia al modelo ACT ni proporciona todos sus beneficios. Queremos que se entienda bien el modelo completo así como su estrategia de desarrollo del conocimiento porque ese nivel de familiaridad parece favorecer mayores progresos a la larga que la mera adopción de nuevas técnicas o de conceptos más recientes tomados de aquí y de allá, como si el mejor tratamiento fuera una cuestión de modas.

El modelo ACT es ahora bastante bien conocido como para invitar a una crítica regular. Nuestra respuesta a los escépticos ha sido invitarlos a nuestras conferencias; intentar responder a cada una de las críticas principales pero con un sentido de apertura y razón, con datos adicionales y con mayores esfuerzos de desarrollo; y crear una comunidad que se mantenga abierta, que sea cooperativa y no jerárquica, de tal manera que cualquiera pueda entrar en contacto con los trabajos, tomar lo que le sea útil y contribuir con cualquier cosa que se haya podido pasar por alto. La ACT no se creó para romper con las tradiciones de las cuales ha surgido ni tampoco pretende ser una panacea. Nuestra intención, como practicantes de ACT, es ayudar, de la mejor manera posible, a quienes está sufriendo y trabajar en el desarrollo de una práctica de la psicología que sea más respetuosa con el desafío que supone la condición humana.

Después de todo, ¿no es esto lo que estamos haciendo todos en este terreno? Muy pronto, todos nuestros nombres habrán quedado olvidados, incluso por parte de nuestros sucesores. Entonces, no va a importar quién dijo qué o cuándo lo dijo. Lo que importará será la

existencia enfoques que supongan una diferencia en la vida de las personas a las que esta disciplina debe servir. Necesitamos seguir averiguando qué es lo que funciona mejor y desarrollar formas innovadoras que sirvan de ayuda. Pero, para hacerlo, tenemos que trabajar juntos, creando continuamente vínculos más sólidos entre la creatividad clínica y el desarrollo del conocimiento científico, por un lado, y aquellos procesos que realmente interesen, por otro. El contenido del presente libro es una reflexión directa sobre ese programa. Esperamos y confiamos en que servirá para tal propósito.

STEVEN C. HAYES
KIRK D. STROSAHL
KELLY G. WILSON

I Fundamentos y modelo

1 El dilema del sufrimiento humano

Ninguna cosa externa nos asegura la liberación frente al sufrimiento. Ni siquiera es suficiente cuando nosotros, los seres humanos, disponemos de *todo* aquello de lo que, por lo general, echamos mano para valorar el éxito externo: grandes apariencias, padres cariñosos, hijos estupendos, seguridad financiera, una esposa entregada, etc. Los humanos pueden estar abrigados, bien alimentados, secos, físicamente bien y, aun así, sentirse desgraciados. Los humanos pueden disfrutar de medios de diversión y entretenimiento desconocidos en el mundo no humano y sólo al alcance de una pequeña parte de la población –TV de alta definición, coches deportivos, viajes exóticos al Caribe– y, aun así, experimentar un dolor psíquico extremo. Cada mañana, un ejecutivo de éxito llega a la oficina, cierra la puerta y busca calladamente en el fondo del cajón de su escritorio la botella de ginebra que tiene allí escondida; cada día, un ser humano con privilegios inimaginables, toma una pistola, la carga con una bala, cierra el tambor y aprieta el gatillo.

Los psicoterapeutas y los investigadores de ciencia aplicada están demasiado familiarizados con las oscuras estadísticas que documentan esta realidad. Las estadísticas de USA, por ejemplo, muestran que

la tasa de prevalencia de los trastornos mentales es, en la actualidad, de aproximadamente el 50%, mientras que más personas aún sufren angustia emocional por problemas relacionados con el trabajo, las relaciones personales, los hijos y los cambios naturales que la vida nos plantea a todos (Kessler et al., 2005). En todo el país hay casi 20 millones de alcohólicos (Grant et al., 2004); cientos de miles de personas se suicidan cada año y otros muchos lo intentan pero fallan (Centros para Control y Prevención de las Enfermedades, 2007). Tales estadísticas son aplicables no sólo a aquellos que, durante décadas, fueron golpeados por la vida sino también a adolescentes y a adultos jóvenes. En los últimos años, casi la mitad de la población en edad escolar cumple los criterios de, al menos, un diagnóstico referenciado en el DSM (Blanco et al., 2008).

Si quisiéramos reunir datos para documentar la generalidad del sufrimiento humano en el mundo desarrollado, podríamos hacerlo casi hasta el infinito. Terapeutas e investigadores suelen echar mano de esas estadísticas, en un ámbito de problemas tras otro, cuando se refieren a la necesidad de más profesionales de la psicoterapia, mayores subvenciones para los programas de salud mental o más apoyo para la investigación psicológica. Al mismo tiempo, profesionales y legos, conjuntamente, parecen pasar por alto el mensaje que transmiten estas estadísticas cuando se consideran en su conjunto. Si sumamos todos los seres humanos que están o han estado deprimidos, que son drogadictos, ansiosos, coléricos, autodestructivos, alienados, preocupados, compulsivos, adictos al trabajo, inseguros, patológicamente tímidos, divorciados, que rehúyen la intimidad y que están estresados, nos veríamos obligados a llegar a una sorprendente conclusión: que el sufrimiento psíquico es la característica básica de la vida humana.

Los seres humanos también se causan dolor unos a otros continuamente. Piensa lo sencillo que resulta cosificar y deshumanizar a los demás. La comunidad mundial, literalmente, se tambalea y desequilibra bajo el peso de la cosificación con todas sus servidumbres humanas y costes económicos. Se nos hace recordar este hecho tan penoso cada vez que se nos obliga a desvestirnos parcialmente para

subir a un avión o tenemos que vaciarnos de nuestras pertenencias en una cinta transportadora para entrar en un edificio gubernamental. Las mujeres rinden casi la cuarta parte menos que los hombres cuando realizan el mismo trabajo; las minorías étnicas, por lo general, tienen dificultades para conseguir taxi en las grandes ciudades; los rascacielos son atacados con aviones por terroristas como símbolo de su odio; como revancha, se los bombardea desde lo alto porque los que son considerados malvados están viviendo debajo. La gente no sólo sufre, provoca sufrimiento en forma de sesgos, prejuicios y estigmas de una manera que parece tan natural como el respirar.

Nuestros modelos más populares de salud psíquica y de patología raramente se refieren al sufrimiento humano y al hecho de provocárselo a los demás bajo la forma de problemas humanos generales. Las ciencias médicas y conductuales occidentales parecen haber desarrollado una miopía considerable para las verdades que no encajan bien en sus paradigmas consagrados. A pesar de la abrumadora evidencia en contra, también conceptualizamos con toda facilidad al sufrimiento humano bajo etiquetas diagnósticas como si se tratara del producto de una desviación biomédica de la norma. Preferimos ver la cosificación y la deshumanización en términos éticos o políticos –como si estigmas y prejuicios fueran atributo exclusivamente de los ignorantes o los inmorales más que de los escritores y de lectores de libros como el presente–. Hay un "elefante en la habitación" pero nadie parece reconocerlo. Es difícil tener compasión por nosotros mismos y por los demás. Es difícil ser un ser humano.

Normalidad saludable: el supuesto básico de las principales corrientes psicológicas

La comunidad dedicada a la salud mental ha sido testigo y ha generado la "biomedicalización" de la vida humana. La civilización occidental, virtualmente, adora la liberación de la angustia física o mental. Las maravillas de la medicina moderna "convencieron a la gente de que la curación era la causa de la salud" (Farley y Cohen, 2005, p. 33) –no sólo de la salud física sino de todas sus formas–. Los

pensamientos, sentimientos, recuerdos o sensaciones físicas angustiantes pasaron a ser considerados predominantemente como "síntomas". Tener cierta clase o determinado número de tales vivencias quiere decir que se sufre de determinado tipo de anomalía o, incluso, de alguna clase de enfermedad. Las etiquetas generalmente enmascaran el papel significativo que la conducta y el entorno social desempeñan en la determinación de la salud física y mental de la gente. Al parecer, quienes padecen molestias desencadenadas por la ingesta de comida pesada, asociada a alimentos grasos, simplemente sufren un trastorno que requiere que se tome una píldora rosada; la falta de sueño provocada por los hábitos poco saludables que decide adoptar la gente en una sociedad de "24 horas al día, 7 días por semana", se aborda ahora como un trastorno que se puede aliviar temporalmente ya sea mediante un costoso equipo de CPAP (presión aérea positiva continua) o con las nuevas medicaciones para el sueño que, en conjunto, generan un billón de dólares en ventas. El mensaje de que los problemas psicológicos deberían ser tratados, en general, como enfermedades médicas afecta incluso al propio suministro de agua de la sociedad occidental contemporánea –¡ya que hay cantidades medibles de antidepresivos en nuestros ríos e incluso en los peces que comemos! (Schultz et al., 2010)–. Incluso cuando se recetan adecuadamente, esos medicamentes sólo tienen un efecto clínicamente significativo, superior al efecto placebo, en los casos más extremos (Fournier et al., 2010; Kirsch et al., 2008) cuyo tratamiento distaría mucho de afectar al suministro de agua con tal de que los medicamentos se recetaran sólo en función de sus méritos científicos.

La idea de que el sufrimiento se describe mejor en términos de anormalidad neurobioquímica tiene su vertiente aparentemente llamativa ya que parece referirse al supuesto de que la salud y la felicidad son el estado homeostático natural de la existencia humana. Este supuesto de *normalidad saludable* se deriva de la propia esencia de los enfoques médicos tradicionales sobre la salud física. Dado el relativo éxito de la medicina física, no resulta sorprendente que la comunidad dedicada al estudio del comportamiento y la salud mental haya adoptado también este presupuesto. La concepción tradi-

cional de la salud física es, sencillamente, la ausencia de enfermedad. Se supone que, dejado a sus propios recursos, el cuerpo debería estar sano pero que esa salud física se puede ver perturbada por infecciones, heridas, intoxicaciones, por el declive de la capacidad física o por la alteración de procesos físicos. De manera similar, se asume que los seres humanos son inherentemente felices, mutuamente solidarios, altruistas y que están en paz consigo mismos –pero que ese estado de salud mental se puede ver perturbado por emociones, pensamientos, recuerdos, acontecimientos históricos o estados cerebrales particulares–.

El corolario de este supuesto de la normalidad saludable es la creencia de que *hay procesos anormales en la raíz de los trastornos físicos y mentales*. Estos supuestos dan como resultado un tipo de pensamiento relativo a síndromes y diagnósticos. La identificación de síndromes –colección de signos (cosas que el observador puede apreciar) y síntomas (cosas de las que se queja una persona)– suele ser el primer paso para la identificación de una enfermedad. Las enfermedades son entidades funcionales, es decir, son perturbaciones de la salud con una etiología conocida, por supuesto, y con respuesta al tratamiento. Una vez que los síndromes están identificados, la investigación empieza a buscar el proceso anormal que se supone que ha dado lugar a ese conjunto concreto de manifestaciones para encontrar la manera de cambiar tanto los propios procesos como sus indeseables resultados.

Estos supuestos, así como las estrategias de diagnóstico que generan, resultan muy sensatos en el área de la salud física aun cuando, incluso ahí, presenten notables limitaciones. Después de todo, la salud no es *meramente* la ausencia de enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 1947) y algunos síntomas clínicos comunes tales como fiebre, tos, diarrea o vómitos tienen una función adaptativa que puede ser pasada por alto cuando uno se centra sólo en los síntomas en vez de hacerlo en sus posibles funciones (Trevathan, McKenna y Smith, 2007). Aún dentro de unos límites estrechos, el supuesto de la normalidad saludable funciona en cuanto que la estructura del cuerpo humano parece diseñada para proporcionar un

grado razonable de salud física como resultado de la evolución biológica. Si un ser humano concreto no posee unos genes saludables, adecuados para asegurar su reproducción, la propia evolución, por lo general, se encarga de eliminar esos genes –o su manifestación– con el paso del tiempo. Signos y síntomas físicos suelen constituir una buena guía para la identificación de enfermedades. La selección natural, generalmente, asegura que el desarrollo estructural de un organismo sirve a sus funciones de auto-preservación y reproducción. De este modo, las desviaciones de la estructura indican, normalmente, alguna disfunción y suelen ser útiles para identificar enfermedades específicas. Por ejemplo, al comienzo de la epidemia de HIV/SIDA, algunas formas de cáncer extremadamente raras llevaron a los investigadores a centrarse en un subgrupo particular de personas lo que, a su vez, hizo que fuera más sencillo el descubrimiento del virus. Lo que no asegura la selección natural es la estrecha relación entre forma y función de la conducta por lo que la estrategia de diagnóstico biomédico corre el riesgo de sobre extenderse cuando se aplica al sufrimiento psíquico.

El mito de la enfermedad psiquiátrica

La actual consideración del sufrimiento psíquico se basa en la idea de que la observación de su configuración topográfica (signos, síntomas y colecciones de ambas cosas) conduce a auténticas entidades de enfermedad funcional que incluyen la consideración de *porqué* aparecen tales configuraciones así como *la mejor manera* de cambiarlas. El campo de la psicopatología ha estado totalmente dominado por esos supuestos y las estrategias analíticas resultantes. Pocos investigadores psicológicos y psiquiatras parecen haber sido capaces de resistirse a seguirlos. Sin embargo, las enfermedades psiquiátricas son, ciertamente, un mito más que una realidad.

Dada la extraordinaria atención dedicada al modelo de anormalidad tanto en psicología como en psiquiatría, resulta sorprendente constatar que no se haya producido prácticamente ningún progreso a la hora de establecer los síndromes de salud mental como entidades

nosológicas (Kupfer, First y Regier, 2002). Tras citar el gastado y viejo ejemplo de la paresia general, no hay prácticamente más historias de éxito que contar. Desgraciadamente, esta falta de éxito no impide que los científicos sigan insistiendo en que esos síndromes psicológicos pronto pasarán a representar entidades nosológicas concretas. Estamos, justamente, doblando la esquina –así marcha la historia– y nos encontramos a punto de descubrir el gen, neurotransmisor o neuromodulador responsable de la etiología de las enfermedades psiquiátricas. Pero, a medida que las décadas van pasando, los testigos de esta inmovilidad diagnóstica parecen estar cada vez más legitimados en su escepticismo original. Un rápido repaso al listado de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) puede desenmascarar toda la historia como el espejismo que es: Ninguno de los síndromes más comunes de enfermedad mental ha cumplido aún los criterios más elementales para ser legítimamente considerado como un estado de enfermedad –incluidos trastornos tan dramáticos como la esquizofrenia o los trastornos bipolares–.

Cada nueva edición del DSM, hasta ahora, contiene una plétora de condiciones y sub-condiciones mentales así como de dimensiones patológicas "nuevas". El borrador del DSM-5 pone de manifiesto que esta tendencia expansionista aún continúa. Una creciente porción de la población humana seguirá bajo la jurisdicción de la nosología psiquiátrica dominante. El expansionismo diagnóstico sería aceptable si aumentara la eficacia general de nuestro sistema de salud mental –*pero no es este el caso*–. Al contrario, nos enfrentamos a la clásica "torre de babel" en la que nuevas dimensiones, conceptos y listas de síntomas se aglutinan en una nosología que funciona pobremente para enmascarar el fracaso de la empresa general (véase Frances, 2000).

Existen numerosas deficiencias en el actual sistema de diagnóstico aunque aquí, relativamente, sólo vamos a tocar unas pocas. La tasa de "comorbilidad" entre los trastornos es lo suficientemente elevada como para desafiar la integridad definitoria básica de todo el sistema. Por ejemplo, los trastornos de depresión mayor presentan tasas de comorbilidad próximas al 80% (Kessler et al., 2005). Unas tasas tan

sorprendentemente elevadas, por lo general, más que una señal de verdadera "comorbilidad" reflejan un mal sistema de diagnóstico. Además, la utilidad para el tratamiento (Hayes, Nelson y Jarrett, 1987) de esas categorías es notablemente bajo ya que el mismo tratamiento sirve para muchos síndromes (Kupfer et al., 2002). Esta observación debilita uno de los principales propósitos del diagnóstico: incrementar la eficacia de las decisiones de tratamiento. El sistema resta importancia a formas significativas de sufrimiento psíquico (problemas de relación, crisis existenciales, adicciones comportamentales y demás) e incluso sus partidarios admiten que, a veces, parece convertir en patológicos lo que son procesos normales de la vida como la tristeza, el miedo o la melancolía (Kupfer et al., 2002).

En establecimientos de salud mental subvencionados (donde ya no es necesario estar "diagnosticado" para recibir tratamiento psicológico) la gran mayoría de pacientes que reciben tratamiento psicológico no tienen ninguna condición diagnosticable en absoluto (Strosahl, 1994). Incluso si se adjudica a esos pacientes una etiqueta como "trastorno de pánico con agorafobia" o "trastorno obsesivo-compulsivo", la terapia se va a dirigir a otros problemas tales como empleo, hijos, relaciones, identidad sexual, carrera, tristeza, problemas de alcohol o hacia el sentido de la vida. Lamentablemente, al tiempo que la visión del sufrimiento humano del DSM se ha ido extendiendo por todo el mundo "patologizando" notablemente las dificultades humanas normales, la capacidad de las culturas no occidentales para enfrentarse al sufrimiento de tal manera que mantenga el funcionamiento conductual y social también ha ido disminuyendo, no aumentando (Watters, 2010).

El hecho de centrarse en el síndrome nos ha llevado a desarrollar enfoques terapéuticos que sobredimensionan la reducción de síntomas y minimizan los marcadores funcionales y positivos de salud psíquica. Frecuentemente, los efectos generalizados de la psicoterapia sobre el estatus funcional y la calidad de vida son pequeños mientras que los efectos mayores tienden a observarse en las medidas de severidad de los síntomas. Pero una reducción en la frecuencia y severidad de los síntomas sólo correlaciona moderadamente con

mejorías en el funcionamiento social o con medidas más amplias de calidad de vida. Sin embargo a los estudiantes de psicología y psiquiatría se los entrena cuidadosamente para que reconozcan prácticamente cada una de las características de cada categoría de síndromes. Las publicaciones científicas sobre psicología clínica y psiquiatría apenas contienen otra cosa que investigación sobre síndromes; en la mayoría de los países en los que se patrocina la ciencia de la salud mental, las subvenciones se dedican casi por completo al estudio de esos síndromes.

El problema no consiste en la mentalidad de centrarse en el síndrome. La psicología positiva, por ejemplo, reconduce nuestro interés al estudio de las fortalezas y virtudes que permiten el desarrollo de individuos y comunidades. De este modo, parece aproximarse en gran medida al enfoque que desarrollamos y defendemos en este libro. Sin embargo, la psicología positiva no puede resolver por completo las profundas dificultades inherentes al actual sistema en tanto no explore los procesos dimensionales centrales que generan las pautas de sufrimiento que tenemos delante de los ojos. Es decir, necesitamos una *explicación*.

El "sistema" clínico ha enfocado el ámbito de la salud mental específicamente y el sufrimiento humano en general, recurriendo al supuesto de la "normalidad saludable"; como resultado, considera los estados de sufrimiento mental como señales de trastorno y enfermedad. Si esta estrategia hubiera conducido a formas de psicoterapia mucho más eficaces, habría muy pocas razones para nuestras objeciones. "Sí", deberíamos decir entonces, "el sufrimiento humano es general, pero debemos dejárselo al sacerdote, al pastor o al rabino. Nuestro trabajo consiste en prevenir y tratar los síndromes clínicos. Después de todo, eso es lo que quieren nuestros clientes. Y nosotros lo hacemos muy bien, por cierto".

Pero no podemos decir tal cosa; mientras que se han desarrollado tratamientos razonablemente eficaces para los "trastornos mentales" más comunes, la amplitud de sus efectos es modesta y en la mayoría de las áreas no ha habido un incremento apreciable de los efectos durante años. La revolución del tratamiento basado en evidencias ha

puesto de manifiesto este problema una y otra vez pero muy pocos en la comunidad científica parecen prestarle atención. En la medida en que las subvenciones sigan fluyendo a las universidades o a los institutos de investigación, todo el mundo estará contento. En la medida en que las publicaciones académicas sigan centrándose con tal estrechez de miras en el modelo de enfermedad, nadie va a ser más sabio.

La mayoría de los terapeutas con experiencia estarán dispuestos a manifestar su profundo escepticismo respecto al actual sistema de diagnóstico y su sensación de que el énfasis en los tratamientos basados en trastornos carece de algunos elementos importantes. Los terapeutas, por lo general, perciben la discrepancia entre lo prometido y lo conseguido. Los clínicos, generalmente, sugieren que la academia está demasiado ocupada con la configuración de los problemas de salud mental y poco interesada en la función que cumplen tales problemas en la vida del cliente. Otros críticos señalan la aparente desconexión entre el tratamiento clínico de un trastorno concreto y las influencias sociales, culturales y contextuales que dan a los síntomas su significado.

Incluso los progenitores de la nosología psiquiátrica están empezando a cuestionarse el enfoque de síndromes. Cuando damos alguna conferencia sobre los problemas inherentes al enfoque de los síndromes, a veces, omitimos la fuente de las citas que vienen a continuación y pedimos al auditorio que la adivine. Normalmente, alguna persona del público grita de inmediato: "¡Usted!". Pero no es correcto. Las notas que siguen fueron sacadas del informe del comité de planificación de la American Psychiatric Association para la quinta versión del DSM (Kupfer et al., 2002) –la misma organización (actuando según la misma tradición) que levantó la torre de babel en la que estamos viviendo–. El informe difícilmente puede ser más crítico. Hemos añadido cursivas para destacar algunas de las asunciones más preocupantes:

> El objetivo de validar estos síndromes y descubrir etiologías comunes sigue escapándosenos. A pesar de los muchos candidatos propuestos, no se encontró *ningún* marcador clínico específico para identificar *ninguno* de los síndromes definidos en el DSM (p. xviii).

> Estudios clínicos y epidemiológicos han mostrado tasas extremadamente elevadas de comorbilidad entre trastornos lo que debilita la hipótesis de que los síndromes representan etiologías diferentes. Además, estudios epidemiológicos han mostrado un elevado grado de inestabilidad diagnóstica a corto plazo para muchos de los trastornos. Respecto al tratamiento, la falta de especificidad es la regla más que la excepción (p. xviii).
>
> Muchos, si no la mayoría de las condiciones y síntomas representan un exceso patológico, bastante arbitrariamente definido, de conductas y procesos cognitivos normales. Este problema ha conducido a la crítica de que el sistema convierte en patológicas algunas vivencias normales de la condición humana (p. 2).
>
> El *plegamiento* ciego de los investigadores a las definiciones del DSM-IV puede haber *ocultado* investigaciones sobre la etiología de los trastornos mentales (p. xix).
>
> La reificación de entidades del DSM-IV hasta el punto de llegar a considerarlas equivalentes a enfermedades, *es más probable que oscurezca, en vez de aclararlos,* los resultados de las investigaciones (p. xix).
>
> Todas estas limitaciones en el actual paradigma de diagnóstico sugieren que la investigación centrada exclusivamente en refinar los síndromes definidos en el DSM puede que *jamás* tenga éxito a la hora de desvelar su etiología subyacente. Para que ocurra eso, es necesario que se produzca un cambio a un nuevo paradigma aún desconocido (p. xix).

A pesar de la honradez del informe del grupo de trabajo, la publicación del borrador del DSM-5 muestra claramente que quienes controlan la nosología psiquiátrica no han resuelto esos problemas (Frances, 2010).

El grupo de trabajo tenía razón en su percepción sobre la necesidad de un nuevo enfoque. El presente libro trata de facilitar el necesario cambio de paradigma–en nuestros clientes, en nuestro campo y en nosotros mismos–. Ese cambio debe ser conductual y vivencial pero también intelectual. El ámbito psicológico necesita un modelo unificado de diagnóstico transversal derivado de un esfuerzo científico más amplio por crear una psicología más útil e integrada (véase también Barlow, Allen y Choate, 2004).

La perspectiva de la terapia de aceptación y compromiso

El enfoque que se describe en este libro se llama Terapia de Aceptación y Compromiso, o ACT. *ACT* se lee como una sola palabra, no por sus siglas individuales, tal vez porque A-C-T suena parecido a E-C-T (abreviatura de la terapia electroconvulsiva), lo que difícilmente constituye una asociación favorable[1] y, en un sentido más positivo porque el término "ACT" ("actúa") nos recuerda que este enfoque anima a la implicación activa en la vida.

Desde una perspectiva ACT, el sufrimiento humano surge, básicamente, de procesos psicológicos normales, especialmente de aquellos en los que está implicado el lenguaje. Incluso cuando tiene lugar una disfunción física (como la diabetes o la epilepsia, por ejemplo) el dicho de que "el buen médico trata la enfermedad; el excelente, trata al paciente que tiene la enfermedad" es una doctrina sensata.

La observación anterior no significa que los procesos anormales no existan. Desde luego que existen. Si una persona sufre un daño cerebral y, como consecuencia, se comporta de una forma extraña, tal comportamiento no es solo atribuible a procesos psicológicos normales (aunque tales procesos puedan ser relevantes a la hora de habérselas con el daño cerebral). La misma observación podría ser válida algún día para la esquizofrenia, el autismo, el trastorno bipolar y demás, aunque la evidencia cierta de una etiología orgánica simple en esas áreas es muy limitada, como se demuestra con la ausencia de marcadores biológicos sensibles y específicos para esas condiciones (véase la primera "confesión inquietante" por Kupfer et al., 2002). Incluso en el caso de esas graves enfermedades mentales, el modelo subyacente de ACT sostiene que el proceso normal propio del lenguaje y del pensamiento auto-reflexivo puede, realmente, *amplificar* las dificultades básicas asociadas a tales condiciones (para una evidencia más detallada sobre este punto, véase el capítulo 13). No importa cuántas voces escuche una persona ni cuántos ataques de pánico haya sufrido; ese individuo es un ser

humano que piensa, siente y recuerda. La forma que una persona tenga de responder, digamos, a una alucinación puede resultar más crítica para un funcionamiento saludable que para la propia alucinación y, desde la perspectiva de la ACT, esa respuesta viene determinada predominantemente por procesos psicológicos normales.

El ejemplo del suicidio

No hay un ejemplo más dramático de hasta qué punto el sufrimiento forma parte de la condición humana que el del suicidio. La muerte por propia decisión es, ciertamente, el resultado menos deseable que uno se pueda imaginar en la vida; sin embargo, una buena porción de la familia humana, en un momento u otro, considera seriamente el matarse a sí misma y un número sorprendentemente elevado llega, realmente, a ponerlo en práctica.

El suicidio consiste en quitarse la vida de forma consciente, deliberada y propositiva. Dos hechos resultan sorprendentemente evidentes en el suicidio: 1) Está generalizado en todas las sociedades humanas y 2) podría decirse que está ausente en los demás organismos vivos. Las teorías existentes sobre el suicidio intentan explicar de forma lógica esos dos hechos. Se conocen casos de suicidio en todas las sociedades humanas tanto del presente como del pasado. Aproximadamente 11,5 personas de cada 100.000 se suicidan cada año en los Estados Unidos (Xu, Kochanck, Murphy y Tejada-Vera, 2010), lo que da cuenta de casi 35.000 muertes en 2007. Prácticamente no tiene lugar entre los niños más jóvenes pero empieza a aparecer en los primeros años de colegio. Pensamientos e intentos de suicidio son muy comunes en la población general. Un estudio reciente encargado por la Substance Abuse and Mental Health Services Administration entre unos 8,3 millones de individuos, encontró una tasa anual estimada de ideaciones suicidas serias, con intentos de suicidio entre los jóvenes adultos, que se aproximaba al 1,2% de ese grupo de edad –lo que eleva los niveles de incidencias asociadas al consumo de drogas (Substance Abuse and Mental Health Services

Administration, 2009)–. Estudios de incidencia a lo largo de la vida sugieren que el 10% de la población general atentará en algún momento contra su vida y el 20% se debatirá con ideaciones suicidas y llegará a desarrollar un plan y los medios para llevarlo a cabo. Pero otro 20% se debatirá con pensamientos suicidas sin ningún plan concreto. Así, aproximadamente, la mitad de la población total experimentará tendencias suicidas entre moderadas y severas a lo largo de su vida (Chiles y Strosahl, 2004). Resulta una cifra sorprendentemente elevada de la que dar cuenta si se consideran las tendencias suicidas como una "anormalidad".

Siguiendo esta consideración, también resulta relevante el hecho de que el suicidio está totalmente ausente en los no humanos. Se han objetado algunas notorias excepciones a esta generalización a lo largo del tiempo pero, si se las examina bien, resultan falsas. Los lemmings de Noruega tal vez constituyan el ejemplo más clásico: Cuando su densidad de población alcanza un punto tal que resulta insostenible, el grupo entero organiza una carrera alocada que lleva a muchos de ellos a la muerte –normalmente por ahogamiento–. Pero el suicidio implica no solo la muerte sino también las actividades psíquicas que conducen al individuo a su propia muerte como resultado de tal actividad. Cuando un lemming cae al agua, intenta subir de nuevo y, cuando lo consigue, se queda fuera. Por el contrario, existen muchos casos documentados de personas que, tras saltar de un puente y sobrevivir, vuelven a saltar otra vez desde el mismo puente.

En los humanos, la autoinmolación puede servir a diversos fines pero los propósitos que manifiestan los suicidas están sacados del léxico cotidiano de las emociones, recuerdos y pensamientos. Por ejemplo, al examinar las notas de suicidio, se ve que suelen ser mensajes que enfatizan las inmensas cargas de la vida y que conceptualizan un estado futuro de existencia (o de no existencia) en el que se habrán eliminado tales cargas (Joiner et al., 2002). Aunque las notas de suicidio suelen expresar amor por los demás y un cierto sentido de vergüenza por el acto, también suelen transmitir que la vida resulta

demasiado dolorosa de soportar (Foster, 2003). Las emociones y estados mentales más frecuentemente asociados al suicidio incluyen la culpa, ansiedad, soledad y tristeza (Baumeister, 1990).

El fenómeno del suicidio demuestra los límites y los fallos de una perspectiva del sufrimiento humano basada puramente en un síndrome. El suicidio no es un síndrome y mucha gente que pone fin a su vida no puede ser categorizada con claridad bajo ninguna etiqueta de ningún síndrome bien definido. (Chiles y Strosahl, 2004).

Si la forma más dramática de actividad "insana" que existe está presente, en alguna medida, en la vida de la mayoría de los humanos pero no entre los demás seres que manifiestan sensibilidad, tenemos que sacar una conclusión evidente y esta es que debe haber algo único en los seres humanos que hace que eso sea así. Dicho más exactamente, debe haber un proceso en funcionamiento que conduzca con tanta facilidad a un sufrimiento psíquico tan grande –uno que sea exclusivamente característico de la psicología humana–. Sin embargo, la estrategia de investigación que sigue la psicopatología contemporánea no puede llevar a detectar necesariamente este proceso porque no se centra en los detalles prosaicos cotidianos de las acciones humanas. Incluso aunque le asignáramos a cada persona una o más etiquetas diagnósticas, no se produciría ningún progreso en el estudio de la psicopatología que nos permitiera prescindir de la obligación de considerar y explicar con más detalle la presencia constante del sufrimiento humano. Todos los seres humanos sufren –unos más que otros–. En efecto, es normal ser "anormal".

Normalidad destructiva

La propia generalización del sufrimiento sugiere que este se origina a partir de procesos que evolucionaron para favorecer la adaptabilidad del organismo humano. Esta observación es la idea básica que subyace al *supuesto de normalidad destructiva*: la idea de que algunos procesos psicológicos humanos normales, y hasta útiles,

pueden conducir a resultados destructivos y disfuncionales al amplificar o exagerar cualquier condición anormal, fisiológica o psíquica, que pudiera existir previamente.

Cuando se empezó a desarrollar la ACT durante los años 1980, fue concebida como un enfoque de tratamiento trans-diagnóstico basado en los procesos esenciales comunes que suponíamos que podían explicar el sufrimiento psíquico. Nosotros partíamos de algunas preguntas muy sencillas y directas:

- ¿Cómo es que gente brillante, sensible y generosa, que dispone de todo lo que necesita para sobrevivir y prosperar en la vida tiene que padecer tal sufrimiento?
- ¿Hay procesos humanos prevalentes que, de algún modo, estén vinculados al sufrimiento generalizado?
- ¿Podemos desarrollar una comprensión teórica sólida de la manera en la que se desarrolla el sufrimiento y, luego, aplicarla a las intervenciones psicológicas para neutralizar o revertir los procesos esenciales responsables?

Una clave esencial para encontrar respuestas significativas a estas desafiantes preguntas consistiría, simplemente, en que nos miráramos en el espejo. Recubierto por el casco protector del cráneo existe un órgano con una apariencia extremadamente brillante y una cara oculta sorprendentemente turbia.

Resulta humillante advertir que esta idea –la de que los procesos psíquicos normales y necesarios funcionan como una espada de doble filo– está en la base de numerosas tradiciones culturales y religiosas pero que es mucho menos valorada en psicología y en las restantes ciencias del comportamiento. La tradición judeo-cristiana (así como la mayoría de tradiciones religiosas, tanto orientales como occidentales) defiende la idea de que el sufrimiento humano es, en gran medida, el estado normal de las cosas de la vida. Merece la pena examinar esta tradición religiosa como un ejemplo concreto de hasta qué punto la manía de los síndromes médicos nos ha alejado de

nuestras raíces culturales en estos temas. El Génesis, el comienzo de todas las cosas, puede ser un buen punto para iniciar nuestra consideración del lenguaje humano y del sufrimiento.

Los orígenes del sufrimiento según la tradición judeo-cristiana

La Biblia es muy clara acerca de la fuente original del sufrimiento humano. Según la historia del Génesis, "Dios dijo: 'Hagamos al hombre a nuestra imagen, a semejanza nuestra'" (Gen. 1:26 [nueva versión internacional]), y Adán y Eva fueron colocados en un idílico jardín. Los primeros humanos eran inocentes y felices; "El hombre y su mujer estaban ambos desnudos y no sentían vergüenza" (Gen. 2:25). Sólo habían recibido un mandato: "No debéis comer del árbol del conocimiento del bien y del mal porque si coméis de él, moriréis con toda seguridad" (Gen. 2:17). La serpiente le dice a Eva que no va a morir si come de ese árbol sino que, más bien, "Dios sabe que cuando comáis de él, vuestros ojos se abrirán y seréis como Dios, conocedores del bien y del mal" (Gen. 3:5). Resulta que la serpiente tuvo razón, hasta cierto punto, porque cuando comieron el fruto "Los ojos de ambos se abrieron y se dieron cuenta de que estaban desnudos" (Gen. 3:7).

Es una historia intensa y muy instructiva. Cuando se pregunta si es bueno conocer la diferencia entre el bien y el mal, la mayoría de la gente religiosa dirá, seguramente, que tal conocimiento representa el epítome de la conducta moral. Puede que sea así, pero la historia del Génesis sugiere que la posesión de este conocimiento evaluativo representa también el epítome de algo más; a saber: de la pérdida de la inocencia humana y el comienzo del sufrimiento.

En la historia bíblica, los efectos del conocimiento evaluativo son inmediatos y directos. Los efectos negativos adicionales del castigo divino aparecen más adelante. Adán y Eva ya estaban sufriendo antes de que Dios hubiera descubierto su desobediencia. Cuando Adán y Eva descubrieron que estaban desnudos, "inmediatamente cosieron hojas de higuera y se fabricaron cobertores para sí mismos" (Gen. 3:7

[nueva versión internacional]) y, luego "se escondieron de Dios entre los árboles del jardín. Pero el Señor Dios llamó al hombre: '¿Dónde estás?' Él respondió: 'Te oí en el jardín y tuve miedo porque estaba desnudo, así que me escondí'. Y Dios respondió: '¿Quién te dijo que estabas desnudo? ¿Has comido del árbol?' (Gen. 3:8-11). También nos cuenta lo que sucedió a continuación: Adán culpa a Eva de haberlo convencido de que comiera del árbol y Eva culpa al maligno.

Hay algo muy triste en esta historia que describe el primer ejemplo de vergüenza y culpa de los humanos. Nos toca algo muy profundo relacionado con nuestra propia pérdida de la inocencia. Los humanos hemos comido del árbol del conocimiento: podemos categorizar, evaluar y juzgar y, como cuenta la historia, nuestros ojos se han abierto –¡Pero a un tremendo coste!–. Podemos juzgarnos a nosotros mismos y ver que no damos la talla; podemos concebir ideales y, por comparación, juzgar inaceptable el presente; podemos reconstruir el pasado; podemos prever futuros que todavía no son evidentes y, así, podemos preocuparnos mortalmente por la posibilidad de alcanzarlos; podemos sufrir con la certeza de nuestra muerte y la de nuestros seres queridos.

Cada vida humana nueva revive esta antigua historia. Los niños son la esencia misma de la inocencia humana: corren, juegan y sienten –y, como en el Génesis, cuando están desnudos no sienten vergüenza–. Los niños son un buen ejemplo de normalidad saludable y su inocencia y vitalidad forman parte de la razón por la cual ese supuesto parece tan obviamente verdadero. Pero esa visión empieza a desdibujarse a medida que los más pequeños adquieren el lenguaje y se vuelven cada vez más como los adultos que, cada día, se ven reflejados en el espejo. Inevitablemente, los adultos arrastran a sus hijos fuera del Paraíso con cada palabra, conversación o historia que les cuentan. Enseñamos a los niños a hablar, a pensar, a comparar, a planificar y a analizar. Y, a medida que lo hacemos, su inocencia se viene abajo como los pétalos de una flor que es remplazada por las espinas y rígidas ramas del miedo, la autocrítica y el fingimiento. No

podemos evitar esta transformación gradual ni tampoco podemos mitigarla. Nuestros hijos deben entrar en el aterrador mundo del conocimiento verbal. Deben llegar a ser como nosotros.

Las principales religiones del mundo fueron uno de los primeros intentos de resolver el problema del sufrimiento humano. Se dice que todas las grandes religiones tienen una vertiente mística y que todas las tradiciones místicas comparten una determinada configuración: todas tienen prácticas encaminadas a reducir o transformar el dominio del lenguaje analítico sobre la experiencia directa. La variedad de métodos resulta impresionante: se guarda silencio durante horas, días, semanas o años; se medita sobre rompecabezas verbales irresolubles; se controla la propia respiración durante varios días seguidos; se repiten mantras incesantemente y se entonan cánticos durante horas. Incluso los aspectos menos místicos de las grandes tradiciones religiosas –que se basan en el lenguaje analítico literal– suelen estar centrados en actos que, en sí mismos, no son puramente analíticos. La teología judeo-cristiana, por ejemplo, nos pide que tengamos fe en Dios (la raíz de *fe* viene del latín*fides* que se refiere más a fidelidad que a un tipo de creencia lógica y analítica). El budismo se centra en el coste de los apegos. Los detalles de la narrativa pueden variar según las diferentes religiones pero los temas suelen ser los mismos. En su esfuerzo por conocer, los humanos han perdido su inocencia y el sufrimiento es el resultado natural. A pesar de los excesos a los que tan proclives son las religiones, hay una profunda sabiduría en su perspectiva. En términos comparativos, la relativamente reciente tradición de la psicoterapia está ahora empezando a ponerse al día.

Los efectos positivos y negativos del lenguaje humano

La esencia del enfoque ACT parte de la idea de que el lenguaje humano es el responsable tanto de los logros como de las miserias humanas. Con "lenguaje humano" no nos referimos a la mera vocalización ni a la lengua inglesa como diferente de la francesa. Tampoco nos referimos a la mera señalización social, como cuando

nuestro perrito ladra pidiendo comida o un perro de las praderas emite un grito de alarma; más bien, nos estamos refiriendo a la actividad simbólica en cualquier modalidad que ésta tenga lugar –ya sea mediante gestos, dibujos, formas escritas, sonidos o cualquier otra–.

Aunque parece existir un amplio consenso sobre la capacidad de utilización de símbolos por parte de los primeros humanos (a partir, por ejemplo, de sus prácticas de enterramiento), la utilización de esas habilidades de una manera más sofisticada es sorprendentemente reciente: Los primeros registros permanentes e incuestionables de actividad simbólica humana parecen ser pinturas en cuevas de hace solo 10.000 años; la primera evidencia de lenguaje escrito que conocemos tiene unos 5.100 años; el alfabeto se inventó hace solo unos 3.500 años. Incluso en el registro escrito formal de los negocios humanos, se observa una clara progresión de las habilidades verbales. Hace tan solo unos pocos miles de años, puede que la gente normal interpretara sus propias auto-verbalizaciones como una manifestación de los dioses o de seres invisibles (Jaynes, 1976) y, en las primeras historias escritas, el "pensar por un mismo" se consideraba peligroso (p. e., véase el análisis de *la Ilíada y* de *la Odisea* de Jaynes, 1976). Actualmente, los adultos normales manipulan una variedad de estímulos simbólicos (tanto explícitos como relativamente implícitos) de la mañana a la noche al mismo tiempo que desarrollan sus rutinas cotidianas.

El progreso de la humanidad se puede relacionar de manera muy directa con esos mismos jalones verbales. El desarrollo de las grandes civilizaciones se vio favorecido por el lenguaje escrito y las grandes religiones universales se desarrollaron no mucho después. El enorme incremento de la capacidad de la especie humana para alterar su entorno inmediato mediante la tecnología comenzó con el surgimiento gradual de la ciencia y ha seguido desarrollándose exponencialmente desde entonces.

El progreso que trajo como resultado esa expansión resulta sorprendente, sobrepasando nuestra capacidad de apreciar los cambios ocurridos. Hace unos 200 años, la esperanza media de vida de los humanos, en los Estados Unidos, era de 37 años; ¡en la actualidad, se aproxima a los 88! Hace unos 100 años, un granjero americano podía alimentar, por término medio, a otras cuatro personas; ¡hoy pueden ser 200! Hace cincuenta años el *Oxford English Dictionary* pesaba unos 130 kg. y ocupaba una estantería de un metro y medio; hoy en día, se acomoda en una unidad USB de pocos gramos o es accesible vía Internet, ¡virtualmente desde cualquier parte!

Es fácil pasar por alto esta familiar letanía de asombros porque el impacto de las habilidades verbales de hoy en día es tan grande que resulta incomprensible. Pero no podremos llegar a apreciar plenamente el dilema humano si no vemos con claridad la naturaleza y velocidad del progreso. La miseria humana y la cosificación solo se pueden entender en el contexto de los logros humanos porque la fuente más importante de ambos es la misma: la capacidad humana de simbolización. Los psicoterapeutas, mejor que nadie, conocen el lado oscuro de este progreso.

Pedirle a los seres humanos individuales que desafíen la naturaleza y el papel del lenguaje en su vida sería tanto como pedirle a un carpintero que cuestione la utilidad de un martillo. El mismo requerimiento se aplica a los lectores de este libro. Uno no puede ser un buen terapeuta ACT si considera las palabras como ciertas, correctas y verdaderas en lugar de preguntarse: ¿Hasta qué punto son *válidas*?". Esta observación se aplica también a las mismas palabras que estás leyendo. Los martillos no son buenos para todo y el lenguaje tampoco es bueno para todo. Debemos aprender a utilizar el lenguaje sin que éste nos devore. Tenemos que aprender a controlarlo en vez de que él nos controle a nosotros –tanto a los terapeutas como a sus clientes–.

El desafío del sufrimiento psíquico de las criaturas con lenguaje

Cuando son expuestos a estímulos aversivos, los no humanos reaccionan de una forma previsible: desencadenan una conducta inmediata de evitación, emiten gritos de angustia, de agresión o se vienen abajo en un estado de inmovilidad. Esas reacciones de angustia suelen ser de tiempo limitado y están vinculadas a la presencia del estímulo condicionado o incondicionado. Los comportamientos relacionados con el sufrimiento, normalmente, regresan a la línea base una vez que el acontecimiento aversivo desaparece y la activación autonómica desciende.

Pero los humanos son criaturas muy distintas debido, especialmente, a su capacidad de desarrollar una actividad simbólica. Los humanos pueden anticipar sucesos aversivos, crear semejanzas y disimilitudes entre acontecimientos y establecer relaciones entre acontecimientos del pasado y del presente basadas en la elaboración de semejanzas. Los humanos pueden generar predicciones sobre situaciones que todavía no se han experimentado; pueden responder como si se estuviera dando una situación aversiva cuando esta ya concluyó décadas atrás. Las poderosas funciones indirectas del lenguaje y de la alta cognición generan el potencial para que se produzca malestar psíquico en ausencia de las claves inmediatas del entorno; sin embargo, esas mismas son las destrezas cognitivas más valoradas y que más útiles han resultado para el progreso humano.

No parece probable que los primeros humanos desarrollaran habilidades cognitivas, en primer lugar, para reflexionar sobre su propia adecuación o para preguntarse por su camino en la vida. El lenguaje humano fue seleccionado en base a consecuencias más importantes sobre la vida, la muerte y el control social. Los humanos constituyen una de las especies más cooperativas que se conocen. Y, ciertamente, la cooperación social puede que sea el contexto necesario para los procesos de selección (inter e intra grupos) que, con mayor probabilidad, desembocaron en la cognición humana (Wilson y Wilson, 2007). Las adaptaciones individuales (ya se trate de una

dentición más poderosa o de un mejor camuflaje, por ejemplo) suelen ser ventajosas desde un punto de vista egoísta mientras que las adaptaciones sociales más amplias resultan más altruistas ya que proporcionan ventajas para la competición entre grupos. La cooperación es también una configuración contextual clave en la evolución del lenguaje porque el lenguaje simbólico resulta, sobre todo, útil a toda la comunidad (Jablonka y Lamb, 2005). Pero si bien la cognición humana ha conducido a una mayor capacidad para detectar y ponerse en guardia frente a las amenazas al grupo, para coordinar el comportamiento del clan y para asegurar la propagación, también nos ha proporcionado herramientas cognitivas que podemos emplear, sin ningún sentido, contra nuestros propios intereses.

En el mundo desarrollado, la gente rara vez tiene que enfrentarse a amenazas para su supervivencia. Dispone del tiempo y el valor para pensar, prácticamente, en cualquier cosa: Su historia, su apariencia física, su lugar en la vida en comparación con el lugar donde debería estar, lo que los demás puedan pensar de él, etc. La cultura humana del mundo civilizado se ha desarrollado de tal manera que aprovecha nuestras capacidades simbólicas. El lenguaje ha evolucionado hasta incluir cada vez más términos que describen y evalúan los diferentes estados mentales y emociones. A medida que esos términos evolucionan, las vivencias pueden ser categorizadas y evaluadas. A medida que los humanos miran cada vez más hacia dentro de sí mismos, la vida empieza a parecerse más a un problema a resolver que a un proceso que deba ser vivido en toda su plenitud.

Podemos ver que esta tendencia empieza en el exterior pero, finalmente, se vuelve hacia dentro de la propia estructura e historia de las lenguas modernas. Las primeras palabras de las lenguas humanas se relacionan casi siempre con lo externo: leche, carne, madre, padre y demás. Sólo es posible hablar del "mundo interior" mucho más tarde, mediante el desarrollo de palabras que funcionan como metáforas basadas en situaciones externas habituales. Este progreso se puede ver fácilmente en la etimología de las palabras

sobre carácter; por ejemplo, "nostalgia" viene de una palabra que significa "regreso" (*nostos*) y "dolor" (*algia*): el dolor por el recuerdo de lo ausente. Prácticamente cada término referido a una disposición interna es de ese estilo.

A medida que aprendemos a volvernos hacia dentro, nuestras habilidades verbales y cognitivas (nuestra "mente") empiezan a alertarnos sobre alarmas de estados psicológicos pasados y futuros más que sobre alarmas relacionadas con amenazas externas. Los ejemplos de malestar psíquico normal se convierten en el punto central de nuestra actividad diaria de resolución de problemas –con resultados tóxicos–. Este sistema de aplicar un procedimiento útil a un objetivo inadecuado se parece al mecanismo de las alergias que aplican erróneamente contra el propio cuerpo un proceso de defensa que resultaría adecuado frente a elementos intrusos. El sufrimiento humano, fundamentalmente, supone la aplicación errónea de un proceso psicológico positivo de resolución de problemas a situaciones normales de sufrimiento psíquico. En otras palabras, nuestro sufrimiento representa una especie de reacción alérgica frente a nuestro propio mundo interno.

No es posible eliminar el sufrimiento suprimiendo el dolor. La existencia humana entraña desafíos inevitables: la gente a la que queremos sufre contratiempos y la gente que nos es más próxima, morirá –además, todos somos conscientes desde una edad temprana de que, con el tiempo, también hemos de morir–. El dolor es inevitable y (debido a nuestras inclinaciones simbólicas) estamos bien predispuestos a recordar ese dolor y a traerlo a la consciencia en cualquier momento. Esta progresión significa que los seres humanos se exponen, conscientemente, a enormes cantidades de dolor –pese a nuestra considerable capacidad de controlar sus fuentes en el mundo externo–. Aun así, un gran dolor no es, en sí mismo, causa suficiente para el sufrimiento humano verdadero; para que este se produzca, el comportamiento simbólico tiene que ser llevado un poco más lejos todavía.

Los cantos de sirena del sufrimiento: fusión y evitación

En el relato griego clásico de *La Odisea*, de Homero, Odiseo y su grupo de guerreros inician el regreso a sus hogares, en Grecia, una vez terminada la guerra de Troya. Van navegando por el traicionero Mar Egeo, enfrentándose a muchos peligros durante el viaje: tal vez ninguno más desafiante que el surgido a su paso por la Isla de las Sirenas. Las sirenas son unas criaturas adorables que permanecen escondidas en las rocas, a lo largo de la costa, cantando melodías que prometen el conocimiento del futuro. Las canciones son irresistibles porque hablan de aquello que cada marino desea saber, pero aquellos que quedan extasiados, inevitablemente, encuentran su perdición. Aconsejado de antemano por Circe sobre este peligro inminente, Odiseo ordena a sus hombres que sellen sus oídos con cera; pero deseoso de escuchar por sí mismo el canto de las sirenas, ordena a sus hombres que lo aten al palo mayor y que no lo desaten bajo ninguna circunstancia hasta que el barco se encuentre bien lejos de la costa. Mientras el barco pasa por delante de la isla, Odiseo está tan encantado con el canto de las sirenas que pide y suplica a sus hombres que lo desaten; pero ellos se niegan porque saben que saltaría por la borda y perecería.

La historia de Odiseo y el canto de las sirenas nos hablan de la relación de los humanos con el lado oscuro de sus propios poderes mentales y de su propio enredo con el conocimiento verbal. Y, como en los pasajes del Génesis, la historia nos previene del aspecto ambivalente del conocimiento verbal. Podemos empezar a entender el aviso centrándonos en dos procesos clave: la fusión cognitiva y la evitación vivencial –los "cantos de sirena" del sufrimiento humano– (Strosahl y Robinson, 2008).

Fusión cognitiva

El sufrimiento tiene lugar cuando la gente se cree firmemente el contenido literal de su mente y se "fusiona" con sus cogniciones. En este estado de fusión, la persona no puede distinguir su consciencia

de sus narraciones cognitivas debido a que cada pensamiento y su referente están sólidamente unidos. Esta combinación significa que es muy probable que la persona siga ciegamente las instrucciones que le son transmitidas socialmente a través del lenguaje. En algunas circunstancias, esto puede resultar adaptativo pero, en otros casos, la gente puede incurrir una y otra vez en estrategias ineficaces porque le parece que son "correctas" o están "bien" a pesar de sus consecuencias negativas en el mundo real. La gente cuyas cogniciones se fusionan está predispuesta a pasar por alto la experiencia directa y a ignorar, hasta cierto punto, las influencias del entorno. Con mucha frecuencia, la gente acude a terapia por el desgaste emocional de tales consecuencias, esperando lograr una disminución de sus síntomas de angustia pero no tiene ninguna intención de cambiar su enfoque básico porque tal enfoque les resulta completamente invisible. Es como si estuvieran aprisionados por las reglas que se originan en su propia mente. Esas reglas no se organizan al azar sino que, en el nivel de los contenidos, siguen una directiva cultural específica sobre la salud personal y el mejor modo de alcanzarla. En el nivel de los procesos, implícitamente se basan en el supuesto de que las reglas verbales y la resolución deliberada de problemas son el mejor, o incluso, el único modo de resolver las dificultades.

Pensemos, por ejemplo, en clientes con distimia que, cada día, mantienen diálogos internos que interfieren con su experiencia directa de la vida. La mayor parte del tiempo, esos procesos de pensamiento implican "comprobar" si se están "sintiendo bien". Si el cliente acude a una reunión social, no pasará mucho tiempo antes de que le empiecen a surgir preguntas auto-reflexivas: "Bien, ¿qué tal estoy encajando?". De ese modo empieza la búsqueda de claves en el entorno: el sujeto examina a la gente que tiene a su alrededor para ver si establecen contacto ocular, si miran a otro lado o si lo ignoran por completo. También examina los estímulos auditivos para comprobar si la gente está diciendo cosas degradantes o haciendo burlas. Además, también se enreda en otros actos de auto-reflexión: "¿Qué tal me estoy relacionando con esta gente?". "¿Estoy siendo,

realmente, yo mismo?". "¿Estoy simulando sentirme feliz y normal?". "¿Pueden ver ellos, realmente, que no estoy tan alegre como pretendo aparentar?". "¿Por qué sigo fingiendo con esta gente?". "Creí que iba a venir a esta fiesta para divertirme un poco y ser feliz, ¡pero ahora me siento peor que antes!". La cantinela interna causada por la propia autocomprobación por parte del cliente de las causas y efectos emocionales se vuelve tan crónica que le resulta casi imposible involucrarse en ninguna actividad sin destruir casi de inmediato su sentido de "estar presente" o ser espontáneo.

En un estado de fusión, la persona distímica sigue la regla de que "hay una forma correcta de ser" y que esa "forma correcta" conlleva la felicidad. Alcanzar esa forma correcta de sentirse se convierte en una lucha constante –lucha que muchos clientes comparten–. En el caso del cliente con trastorno de pánico, la principal batalla se libra contra la ansiedad, los pensamientos de morirse, perder el control o volverse loco. Para mantener el control, el cliente debe estar vigilante con el fin de reconocer las primeras señales de que se están produciendo reacciones indeseables. El cliente puede considerar sus sensaciones corporales, procesos de pensamiento, predisposiciones de conducta y reacciones emocionales como señales de un fracaso (o éxito) inminente. La solución a la lucha por sentirse bien, al parecer, consistiría en una mayor vigilancia, más comprobaciones del entorno interno y externo y mayor control. Pero el ciclo de auto-comprobación, evaluación, respuesta emocional, esfuerzos de control y demás que el cliente se autoimpone no es la solución a ese trastorno; más bien, ese es –precisamente– el trastorno.

Desenredar a la gente del embrollo de su propia mente es uno de los principales objetivos de la ACT; pero esto es mucho más fácil de decir que de hacer, tanto por parte de los terapeutas como de los clientes. La gente confía en su mente porque el lenguaje y el pensamiento son vehículos extraordinariamente eficaces en la vida cotidiana. Uno, realmente, debería prestar atención a lo que le dice su mente cuando se están pagando los impuestos, reparando una máquina o

intentando atravesar una calle por un cruce muy concurrido. El problema es que no estamos entrenados para diferenciar cuándo nos resulta útil la mente y cuándo no y no hemos desarrollado las destrezas necesarias para cambiar de un estado mental "fusionado" de solución de problemas a un modo mental descriptivo. La mente es genial cuando se trata de inventar dispositivos nuevos, hacer planes de negocios u organizar la agenda del día; pero, por sí misma, la mente es mucho menos útil para aprender a estar presente, aprender a amar o descubrir la mejor manera de sobrellevar las complejidades de una historia personal. El conocimiento verbal no es la única forma de conocimiento. Debemos aprender a utilizar nuestras capacidades analíticas y evaluativas cuando su empleo mejora el funcionamiento y aprender a usar otras formas de conocimiento cuando sean estas las que mejor sirvan a nuestros intereses. En efecto, el objetivo final de la ACT es enseñar a los clientes a que realicen tales distinciones al servicio de la promoción de una vida más plena.

Evitación vivencial

Otro proceso clave en el ciclo del sufrimiento es la *evitación vivencial*. Se trata de una consecuencia inmediata de la fusión con las instrucciones mentales que animan a la supresión, el control o la eliminación de aquellas vivencias que se supone pueden resultar angustiosas. Para el cliente atrapado en una pauta distímica, el objetivo puede consistir en sentirse bien y evitar los sentimientos o pensamientos que lo aparten de este objetivo. Para el cliente que muestra una pauta obsesivo-compulsiva, el objetivo podría ser suprimir determinados pensamientos o controlar los sentimientos de fatalidad. Para el cliente con trastorno de pánico, el objetivo principal sería evitar el sentimiento de ansiedad y los pensamientos de muerte, de pérdida de control o de volverse loco (al mismo tiempo, durante el tratamiento, el terapeuta también podría desear evitar la tendencia a sentirse indefenso, estúpido o perdido).

Existe una paradoja inherente al intento de evitar, suprimir o eliminar las vivencias personales no deseadas y consiste en que tales intentos

desembocan en un *recrudecimiento* de la frecuencia e intensidad de la vivencia a evitar (Wenzlaff y Wegner, 2000). Dado que la mayor parte de los contenidos angustiosos, por definición, no se someten a una regulación conductual voluntaria, al cliente solo le queda una estrategia principal: la evitación emocional y conductual. El resultado a largo plazo es que el espacio personal empieza a encogerse, las situaciones de evitación se multiplican y acrecientan, los pensamientos y sentimientos a evitar se vuelven más desbordantes y la capacidad de entrar en contacto con el momento presente y disfrutar de la vida se desvanece poco a poco.

El impacto de los cantos de sirena

Tanto la fusión cognitiva como la evitación vivencial afectan de un modo significativo a nuestro concepto de quien somos. Cada vez nos envolvemos más en nuestras propias historias y las amenazas al concepto que tenemos de nosotros mismos se hacen más presentes. Las posibilidades de quedar fuera de nuestra propia historia oficial tienen que ser evitadas o negadas. Esto resulta cierto tanto cuando las historias son horribles como cuando se trata de un autoengaño positivo. Irremediablemente, evitamos admitir errores para salvar nuestra imagen pero al coste de no aprender de ellos. La persona que se enfrenta a un trastorno de pánico suele decir: "yo soy *agorafóbico*" –como si fueran sus problemas lo que definen quién es– y se aferra a la peculiaridad de su patología o a la exclusividad y poder explicativo de su propia trágica historia como si se tratara de un derecho de nacimiento. La gente, muchas veces, se zambulle en su maquinaria mental lo mismo que se sumergirían los marineros en el mar (aunque no con el mismo grado de placer). En todo caso, son engullidos por las olas de la vanidad y machacados contra los acantilados de la vergüenza. En vez de huesos rotos, tenemos matrimonios rotos. Como los marinos de Odiseo aguardando la profecía de las sirenas, las oportunidades pasan como barcos vacíos cuando no encajan en la narrativa de nuestra mente. Cuando uno está demasiado ocupado en

ser quien su mente le dice que es, le resulta imposible salirse de los hábitos normales incluso cuando, claramente, le resultaría muy útil hacerlo.

La fusión cognitiva y la evitación vivencial también afectan a la propia capacidad de atender de forma flexible y voluntaria a cuanto ocurre tanto interna como externamente. El atender deliberadamente a las vivencias internas que uno desea evitar –o, incluso a sus desencadenantes externos– haría fracasar el propósito de la evitación vivencial. Detectar los acontecimientos que podrían contradecir una historia bien "fusionada" podría significar salirse de la historia por un momento (¡horror!). Para evitar unos resultados tan inconvenientes, la atención debe permanecer estrechamente centrada y ser inflexible. Con el tiempo, se establece una especie de embotamiento vital. La gente pasa por su vida diaria sin demasiado contacto con la propia vida en cada momento. La vida está en modo piloto automático.

El daño producido por la fusión cognitiva y la evitación vivencial resulta destructivo tanto para el sentido de nuestra propia dirección vital como para nuestra conducta orientada a metas. Nuestra conducta está, cada vez más, bajo "control aversivo" en lugar de "control apetitivo" –más dominada por la evitación y la huida que por la atracción natural–. Nuestras decisiones vitales más importantes se basan en cómo evitar evocar los contenidos personales angustiosos en lugar de dirigirnos a aquello que valoramos más profundamente. La gente pierde completamente el rumbo porque está demasiado ocupada supervisando el nivel de riesgo de cada acontecimiento, interacción o situación.

ACT: aceptar, comprometerse, tomar iniciativas

En el enfoque ACT, un objetivo de vida saludable no es tanto sentirse *bien* como *sentir* bien. Resulta *psicológicamente saludable* tener pensamientos y sentimientos desagradables lo mismo que agradables y eso nos permite un acceso pleno a la riqueza única de nuestra

historia personal. Irónicamente, cuando pensamientos y sentimientos se convierten en lo más importante, virtualmente nos dictan lo que hemos de hacer –es decir, cuando "significan solo lo que *dicen* significar"– entonces, por lo general, no nos sentimos inclinados a sentir nuestros sentimientos ni a pensar nuestros pensamientos abiertamente ni, por lo tanto, a aprender lo que unos y otros podrían enseñarnos. A la inversa, cuando los sentimientos no son más que sentimientos y los pensamientos son solo pensamientos, pueden significar lo que significan, especialmente que tales fragmentos de nuestra historia personal única están siendo traídos al presente por el contexto actual. Pensamientos y sentimientos tienen interés y son importantes pero no tienen que dictar, necesariamente, lo que va a ocurrir a continuación. Su papel específico en cada caso depende del contexto psicológico en el que tienen lugar y es más variable de lo que puede suponer cualquier modalidad mental de solución de problemas.

La alternativa constructiva a la fusión es la "*defusión*" y la alternativa preferente a la evitación vivencial es la *aceptación*. Estos son los procesos que se refuerzan en el enfoque ACT. Defusión y aceptación, en su nivel más básico, están implícitas en cualquier forma de psicoterapia porque, como mínimo, cliente y terapeuta aprenden pronto a advertir los pensamientos y sentimientos que se originan para dar sentido al problema de que se trata. En su forma más elaborada, en ACT, defusión implica aprender a ser consciente de los propios pensamientos en cuanto tienen lugar y aceptación implica el proceso activo de implicarse con –y, a veces, a pesar de– el incremento en la rica complejidad de las propias reacciones emocionales como medio de favorecer la apertura psicológica, el aprendizaje y la compasión hacia uno mismo y los demás. Estas habilidades implican la vivencia consciente de los sentimientos *como* sentimientos, de los pensamientos *como*pensamientos, de los recuerdos *como* recuerdos y así sucesivamente. Nos permiten observar desapasionadamente nuestra propia mente en funcionamiento al tiempo que, simultáneamente, "abrazamos el momento" y, de ese modo,

permanecemos atentos a las claves o señales contextuales potencialmente importantes que, de otro modo, podrían pasársenos por alto.

A medida que se adquieren esas destrezas, el propio sentido de atención se vuelve más flexible, centrado y voluntario, favoreciendo el que uno se vea mejor a sí mismo y a los demás como parte de un mundo interconectado. Desde esa perspectiva más consciente y flexible, los clientes pueden conseguir pasar más fácilmente de la evitación y el enredo a una mayor implicación y expansión conductual.

La evitación raramente se articula como un fin en sí misma. Una evitación eficaz no es ningún objetivo; es un proceso. Si se le pregunta a un cliente, por ejemplo, *por qué* debería evitar la ansiedad, la respuesta normalmente hará referencia a una esperanza de impacto positivo en algún aspecto de su vida. El cliente puede creer, por ejemplo, que una ansiedad excesiva puede perjudicar un posible ascenso, dañar una relación o que le impedirá viajar. Las estrategias de evitación vivencial mantienen la promesa de alcanzar un resultado vital importante y deseable una vez se consiga la liberación de los sentimientos negativos. En ACT, sin embargo, esos resultados vitales son más relevantes y alcanzables más pronto desde el momento en que los terapeutas pueden centrarse directamente en la cuestión más profunda de los valores personales y en la manera de construir una vida centrada en ellos.

Luchar eficazmente por una vida valiosa resulta complicado con la evitación porque donde podemos resultar más dañados es, precisamente en aquellos ámbitos que para nosotros tienen mayor importancia. Puede ser muy cómodo pretender desarrollar una actitud de "no me importa". No es posible elegir direcciones vitales valiosas pero que entrañen un riesgo cuando nuestras cogniciones están fusionadas porque nuestra mente lógica busca resultados garantizados. En el contexto de una mayor flexibilidad psicológica, sin embargo, el sufrimiento psíquico, que es inherente a las

situaciones difíciles de la vida, puede ser aceptado por lo que es y es posible aprender de él; se puede cambiar el centro de atención hacia aquellos comportamientos que realcen la vida.

En estas pocas páginas hemos esbozado todo el modelo ACT sin pararnos a explicar en profundidad por qué existen esos procesos o cómo funcionan. En parte, esta breve introducción está pensada para proporcionar al lector una idea de lo que puede ser un enfoque transdiagnóstico, centrado en el proceso, como alternativa al que se centra en los síndromes. El resto del libro está dedicado a poner carne sobre esos huesos. Será un viaje que implique, primero, una aclaración de los supuestos teóricos, examinando los datos de la ciencia básica así como los clínicos y, luego, una articulación de sus implicaciones y aplicaciones clínicas concretas.

Hemos organizado este libro de manera que, primero, puedas entender los fundamentos del trabajo (capítulo 2). Creemos que, lejos de suponer un ejercicio árido, el contacto con los supuestos subyacentes a la ACT establece el escenario para utilizar el modelo de una manera vital. Luego, exploramos la flexibilidad psicológica como un modelo transdiagnóstico unificado del funcionamiento humano y de la adaptabilidad (capítulo 3). A continuación, se aplica el modelo al estudio de casos específicos de manera que tú, terapeuta, puedas empezar a identificar las diferentes fortalezas y debilidades de tu cliente y las tuyas propias desde un punto de vista contextual (capitulo 4). El capítulo 5 se dirige a la herramienta más potente que posees como terapeuta: la relación contigo mismo y con tus clientes. Se muestra de qué manera puedes promover, ejemplificar y apoyar la aceptación, la atención consciente y las acciones basadas en valores como aproximación a la relación terapéutica en sí misma.

En los capítulos 6-12 se examina, a través de estudios de caso detallados, cómo comprometer a los clientes y conducirlos por los procesos fundamentales de la ACT. Cada capítulo describe la relevancia clínica de un proceso esencial, proporciona ejemplos de métodos de intervención y ofrece consejo sobre la mejor manera de

integrar ese proceso concreto con los restantes procesos de ACT. En la práctica clínica, hemos comprobado consistentemente que trabajar sobre uno de los aspectos tiende a activar uno o más de los restantes procesos cuando sea relevante; de manera que es importante aprender a percibir las señales de lo que está pasando. Cada capítulo proporciona una lista de lo que se debe y no se debe hacer para ayudarte a evitar algunos de los errores más frecuentes de los que somos responsables en nuestro trabajo clínico.

En el capítulo 13 miramos al pasado y al futuro de la ACT y te presentamos el enfoque de la ciencia conductual contextual (CBS) de tratamiento, desarrollo y evaluación. Examinamos con cierto detalle los principios clave del desarrollo del tratamiento mediante el cual intentamos cerrar la brecha entre ciencia y práctica clínica. Si estás intrigado con el enfoque ACT, probablemente te interesará también la estrategia científica que lo hizo surgir y cuyas investigaciones se siguen prolongando a lo largo del tiempo.

Una advertencia

El maestro Zen Seng-Ts'an solía decir: "Si trabajas sobre tu mente con tu mente, ¿cómo puedes evitar una enorme confusión?". Muchas instituciones humanas (incluyendo el Budismo Zen, de manera especial) han intentado cortarle las uñas al león del lenguaje humano. Resulta intrínsecamente difícil utilizar el lenguaje analítico para cortarle las uñas al lenguaje analítico y lo que necesitamos es aprender a combatir el fuego con fuego, sin resultar quemados.

Estamos escribiendo un libro, no danzando ni meditando. Los lectores de este libro están interactuando con material verbal. Si el lenguaje humano está en el centro de la mayor parte del sufrimiento humano, tal circunstancia supone un desafío extremo dado que todos nuestros intentos tanto de explicar como de entender la ACT van a estar firmemente asentados en el sistema lingüístico y, por lo tanto, sujetos a sistemas de reglas inculcadas culturalmente. Por comenzar con un ejemplo trivial, este libro, normalmente, va a ser leído de

delante atrás. Esta estructura lingüística puede llevar al lector a suponer que lo que aparece primero, cuando describimos el modelo de tratamiento ACT, es el primer paso del tratamiento y que el último componente aparecerá al final del tratamiento; pero no tiene porqué ser así. Dependiendo de la valoración realizada por el terapeuta, cualquier proceso esencial de ACT (independientemente de su orden de presentación en este libro) podría ser el primero en ser abordado en una situación de tratamiento real.

En un nivel más profundo, los objetivos últimos de la ACT consisten en reducir la hegemonía del lenguaje humano y volver a llevar a nuestros clientes, y a nosotros mismos, a un contacto más amplio con la sabiduría –incluyendo la intuición, la inspiración y la simple consciencia del mundo–. Estos procesos no son distintos para el terapeuta que lee este libro intentando comprender la ACT y para el cliente que se debate en busca de sentido, propósito y vitalidad para su vida. Las trampas del lenguaje, que a todos nos atrapan, necesitan ser identificadas. Esta condición requiere que el lector se mantenga abierto a las contradicciones y aprenda a aceptar sin rechinamientos los lados contrapuestos de las aparentes contradicciones en lugar de considerar uno de los aspectos como la verdad absoluta y al otro como el error.

En este libro utilizamos, a veces, un lenguaje que resulta paradójico y metafórico, principalmente para evitar quedar atrapados en un significado demasiado literal. Todo este galimatías puede dar lugar a alguna confusión ocasional en el lector, por lo que pedimos su comprensión. Si se cumplen nuestros objetivos, la confusión habrá sido necesaria y útil.

En las antiguas sociedades, los templos solían diseñarse con una escalinata aparentemente interminable que conducía a una panorámica mejor –simbolizando, imagino, el gran esfuerzo necesario para llegar a ver las cosas con mayor claridad–. En su base, la escalinata solía estar flanqueada por estatuas y figuras de criaturas tales como leones feroces –tal vez, simbolizando los temibles

obstáculos que, a veces, tenemos que superar antes de renunciar a una perspectiva familiar en favor de una nueva más extraña–. Podemos decir que esos leones son los procesos que vaticinamos que tendrá que afrontar el lector en este volumen –el de la izquierda es la Paradoja y el de la derecha, la Confusión–. No pusimos los leones en la portada, pero podrían haber estado perfectamente.

ACT no es simplemente un método o una técnica. Es un enfoque multidimensional vinculado a un modelo básico y aplicado y un enfoque del desarrollo científico. Se aplica a los terapeutas así como a los clientes. En un nivel, nuestro objetivo es presentar una versión trans-diagnóstica unificada y centrada en el proceso de la patología y del potencial humano. En otro nivel, te invitamos a explorar una concepción diferente de tu propia vida y de la de tus clientes.

1 . En el campo de la psicoterapia se suelen utilizar acrónimos para denominar formas de tratamiento. Al no utilizar las iniciales de ese modo se tiene la ventaja de que muchos que hablan de las fortalezas y debilidades de la "Aaa-Cee-Tee" quedan inmediatamente en evidencia por no haber seguido un entrenamiento o una lectura seria de la "ACT". Así, los lectores sabrán coger con pinzas lo que dichos observadores tengan que decir. (Nota de los autores).

2 Los fundamentos de la ACT

Adoptando un enfoque contextual funcional

La terapia de aceptación y compromiso se ha venido desarrollando a lo largo de las tres últimas décadas utilizando una estrategia de desarrollo del conocimiento que se basa en –y que prolonga– el análisis conductual tradicional. Consideramos el modelo y la metodología como un enfoque de la *ciencia conductual contextual* (CBS) que propugna ciertos supuestos filosóficos, determinados tipos de teorías útiles para los terapeutas y formas preferenciales de comprobar los nuevos desarrollos clínicos. CBS se considera como algo central en el trabajo de ACT y la organización profesional conocida como Association for Contextual Behavioral Science (Asociación para la Ciencia Conductual Contextual: ACBS) es la sociedad internacional que más promueve el desarrollo de la ACT.

La mayor parte de estos temas tienen un gran interés para los investigadores comprometidos con la investigación básica o con el desarrollo y evaluación de tratamientos. Describimos el enfoque CBS con mayor detalle al final del libro (en el capítulo 13). En este capítulo

solo abordaremos aquellos aspectos filosóficos y teóricos más relevantes para el terapeuta clínico que se esté formando en ACT.

Entendemos muy bien que los terapeutas prácticos, a veces, se muestren impacientes con la filosofía y la teoría. Normalmente, uno quiere pasar directamente a los detalles prácticos de cómo ayudar a los demás. Tú querrás descubrir nuevas técnicas concretas que aplicar y nosotros entendemos tus prioridades como funcionalmente prácticas, dado tu escaso tiempo para lecturas técnicas. Pero existe una razón clínica importante para explorar los fundamentos básicos de la ACT y es que la *ACT pide a los clientes que adopten una nueva perspectiva en sus hábitos personales de pensamiento.*

Los clínicos no pueden ser muy expertos a la hora de establecer esta nueva perspectiva en los demás si no se conocen bien a sí mismos. Los supuestos habituales basados en el lenguaje humano son, en cierta medida, contrarios a esta nueva perspectiva como vamos a demostrar en seguida. Resulta mucho más fácil ser un buen terapeuta ACT si se la entiende plenamente y uno se puede adaptar a los supuestos inusualmente pragmáticos en los que se basa. También es más fácil experimentar los procesos de ACT de primera mano cuando se comprenden los principios subyacentes. Para cualquier terapeuta práctico de ACT, la exploración de los supuestos filosóficos no supone un árido ejercicio académico sino, más bien, la promoción activa de una práctica eficaz de la ACT.

Conceptualmente, los enfoques y metodología de la ACT derivan de una sólida tradición científica y una filosofía de la ciencia bien desarrollada –algo que, por lo general, no es compartido por otras psicoterapias contemporáneas–. Cuando hayas comprendido plenamente los fundamentos básicos de la ACT, podrás apreciar que su potencial aplicación se extiende legítimamente más allá de la consulta del terapeuta. Es esta amplitud de perspectivas lo que le brinda a la ACT una oportunidad especial de servir como modelo tanto del sufrimiento como de la resiliencia humana. Comenzamos nuestra exposición con los supuestos básicos de la ACT,

contrastándolos –como vamos a hacer– con las perspectivas de las principales corrientes.

Filosofía de la ciencia: corrientes principales

Como demostró Kurt Gödel (1962) en el campo de las matemáticas, es imposible tener un sistema simbólico –en matemáticas o en cualquier otro ámbito– que no se base en supuestos y postulados que vayan más allá del propio sistema. Por ejemplo, para saber lo que es verdad, tienes que especificar lo que quieres decir con "verdad". Una vez hecho esto –a partir de la nada, por así decir– puedes construir un sistema de pensamiento que persiga esta clase de verdad. Los criterios de verdad *posibilitan* el análisis científico –no son el *resultado* del análisis científico–. Las mismas consideraciones se aplican a cuestiones clave como: "¿Qué es aceptable como datos?" o "¿Qué unidades organizan mejor el mundo?" o "¿Qué es lo que existe?".

La filosofía de la ciencia es, en gran parte, una cuestión de describir y elegir los supuestos que posibilitan el trabajo intelectual y científico. El objetivo de examinar los supuestos no es tanto *justificarlos* como tenerlos y despojarlos de contradicciones accidentales. Dicho de otro modo, los objetivos del filosofar no son nada más (ni menos) que la claridad y la responsabilidad. El objetivo principal es decir: "Esto –precisamente, esto– es lo que yo asumo".

La mayoría de psicólogos y profesionales de la salud conductual son poco claros sobre sus supuestos filosóficos. No es que no los tengan; podría ser que no supieran la mejor manera de articularlos o cómo encajan unos con otros. Normalmente, sus supuestos se adquieren implícitamente a partir del sentido común del lenguaje. Hay otros tipos de supuestos subyacentes a la ciencia conductual pero esos es menos probable que puedan ser adquiridos de manera implícita, lo que es nuestro objetivo presente.

En términos de sentido común, el mundo consta de elementos o partes (p. e., montañas, árboles, gente) que se pueden describir mediante el lenguaje. Esta sencilla idea contiene supuestos clave sobre la realidad y la verdad. El mundo real está pre-organizado en partes y la realidad es cuestión de cartografiar adecuadamente esas partes en forma de palabras. Considera el acto de sentido común de nombrar cosas. A un niño se le enseña: "Esto es una pelota". En esta frase hay supuestos; a saber: que la pelota es real y que le corresponde ese nombre. También está el supuesto de que la pelota tiene unas características cognoscibles (p. e., es redonda, puede botar). Estos supuestos son fundamentales para, al menos, dos tipos de filosofía de la ciencia los cuales tratan las partes o elementos como primarios y ven la verdad como una cuestión de correspondencia entre palabras y realidad.

El acto de sentido común de nombrar subyace a una filosofía de la ciencia llamada *formismo* (p. e., algunos de los primeros pensadores griegos, como Platón y Aristóteles adoptaron este punto de vista). Según este enfoque, la verdad es la simple correspondencia entre las palabras y las cosas reales a las que se refieren. El objetivo del análisis es conocer las categorías y clases de cosas. La pregunta clave que cabe hacerse es: "¿Qué es esto?" y se contesta mediante la precisión y aplicabilidad de definiciones categoriales. En las ciencias conductuales, algunas formas de teoría de la personalidad o nosología están organizadas en base a un conjunto semejante de supuestos.

El acto de sentido común de desmontar una máquina es lo que subyace a una filosofía de la ciencia que nosotros preferimos llamar *realismo elemental*. Los asociacionistas británicos constituirían el ejemplo clásico en filosofía (*mecanismo* es un término más común pero puede llevar a equívocos debido a su uso peyorativo en el lenguaje no especializado). Por ejemplo, cuando se desmonta un reloj de cuerda, observamos que está formado por muchas partes constituyentes. Esas partes tienen que ser reunidas de acuerdo con un

diseño y, luego, es necesario montar el reloj para que funcione. En esta concepción, la verdad es la correspondencia establecida entre nuestro modelo del mundo y las partes, relaciones y fuerzas que contiene el mundo real. El objetivo general del análisis es modelar el mundo adecuadamente. La pregunta clave aquí es: "¿qué elementos y fuerzas hacen que funcione el sistema?" y se responde por medio de la capacidad predictiva del modelo. La mayor parte del trabajo intelectual en psicología, en los últimos tiempos, se basa en el realismo elemental. En las ciencias de la conducta, del procesamiento de la información y en la mayoría de las formas de neurociencia cognitiva existen buenos ejemplos.

La ontología es el estudio filosófico del ser, la existencia o la realidad como tal. Tanto el formismo como el realismo elemental enfocan la verdad en términos ontológicos. La verdad se basa ya sea en una correspondencia simple (formismo) o una elaborada (realismo elemental) entre nuestras ideas sobre el mundo y lo que existe. Se asume que el mundo real es cognoscible y que ya está organizado en partes.

Considera el papel que tal idea juega en terapia. Una persona viene a terapia diciendo: "Soy una persona horrible. Nadie va a quererme jamás". Los clientes, generalmente, intentan justificar esos pensamientos disfuncionales argumentando que son reales: "No es que yo lo piense", dicen, "es cierto". Por "cierto" no quieren decir, en general, que ese pensamiento concreto les sirva como guía. Generalmente el pensamiento al que se aferran tiene, justamente, el efecto opuesto, funcionalmente hablando. En vez de eso, lo que quieren decir es que sus palabras son ciertas porque se corresponden con la realidad: "En un sentido material esencial, soy una persona horrible y, por eso, tengo que evitar establecer relaciones con los demás aunque hacer eso no me conduzca a una vida plena". Los clientes, generalmente parecen estar enredados en sus propias redes ontológicas. Implícitamente, desafían a los terapeutas a que les

deshagan esas redes y les demuestren que están equivocados o a que admitan que el cambio es imposible.

Muchas formas de terapia intentan abordar este problema probando o desafiando cuidadosamente el estatus de realidad o la sensatez lógica de tales pensamientos como si el problema consistiera en hacer valer la reclamación ontológica. Esta táctica, a veces, puede resultar útil pero es difícil de poner en práctica, generalmente resulta infructuosa y es un componente ampliamente indemostrado de los enfoques actuales (p. e., Dimidjian et al., 2006; Longmore y Worrell, 2007). Resulta difícil renunciar a desafiar el estatus de la realidad o la sensatez de los pensamientos si uno es un formista o un realista elemental, con independencia del estatus empírico de esos métodos, porque la verdad es una cuestión de correspondencia entre las palabras y lo que es real. En estos sistemas necesitamos conocer qué es real y enseñarles a los clientes a hacer lo mismo.

Filosofía de la ciencia: El fundamento contextual funcional de la ACT

ACT es esencialmente distinta de los enfoques anteriores. Se basa en una filosofía pragmática de la ciencia denominada *contextualismo funcional* (Biglan y Hayes, 1996; Hayes, 1993; Hayes, Hayes y Reese, 1988). *Contextualismo* es el término de Stephen Pepper (1942) para*pragmatismo* en la tradición de William James. La unidad analítica nuclear del contextualismo es el acto-en-contexto en curso; es decir, la acción del organismo establecida sensatamente (Pepper, 1942). Es hacer como se hace, tanto en un contexto histórico como en uno situacional, tal como el cazar, ir de compras o hacer el amor.

El contextualismo es un enfoque holístico; a diferencia del formismo o del realismo elemental, lo primario es la *totalidad del acontecimiento* y las partes se derivan o abstraen cuando resulta útil hacerlo. La totalidad se entiende en referencia al contexto más que configurada por elementos. Piensa en una persona que va a una tienda o a unos

almacenes. Tal acción tiene una historia próxima (p. e., se está quedando sin comida; van a tener una comida familiar) y el contexto situacional es donde tiene lugar (p. e., ahora, giro a la izquierda en la Avenida 12 para ir a la tienda de ultramarinos). Hay una generalidad y un propósito amplio que integra todo eso. "Ir a comprar a la tienda" es el acontecimiento global que implica un lugar del que uno viene y adonde va, una razón para ir y un propósito que cumplir. Si se bloquea un camino, se toma otro alternativo. La naturaleza del acto se define por sus pretendidas consecuencias no por su forma (uno podría ir caminando o en bicicleta y, de todos modos, se está "yendo a comprar a la tienda"). Sabrás que lo habrás hecho cuando llegues allí.

En el contextualismo, *todo* se piensa de ese modo, incluyendo los análisis utilizados por clínicos e investigadores. Ir a la tienda a comprar comida tiene "éxito" cuando uno llega a la tienda y puede comprar lo que necesita. De la misma forma, analizar un acontecimiento tiene "éxito" cuando uno hace lo que pretendía hacer con ese análisis. La verdad es, de este modo, pragmática: se define por el hecho de que una actividad concreta (o un conjunto de actividades) ayude –o no– a conseguir un objetivo determinado. En este enfoque, un caso "verdadero" de conceptualización, por ejemplo, será aquel que sea útil. Sabrás si lo has logrado cuando llegues allí.

La claridad de los objetivos de análisis resulta crítica en el contextualismo porque los objetivos especifican cómo se puede aplicar un criterio pragmático de verdad. Sin un objetivo formulado verbalmente, ningún comportamiento modelado por sus consecuencias sería "verdadero" (véase Hayes, 1993 para un análisis detallado de este punto). Un resultado semejante no tendría sentido filosóficamente: significaría que cualquier comportamiento instrumental es "verdadero" mediante la adición de un fetiche. Una vez que hay un objetivo formulado verbalmente, sin embargo, podemos valorar en qué grado la práctica analítica nos ayuda a

conseguirlo. Esta opción permite que trabajar con eficacia por un objetivo sirva como una guía útil para la ciencia.

Trabajar con eficacia es la razón por la que el contextualismo evalúa acontecimientos; los objetivos permiten aplicar este criterio. Sin embargo, los objetivos analíticos por sí mismos no pueden, finalmente, ser evaluados ni justificados –solo pueden ser formulados–. Evaluar un objetivo por un trabajo eficaz requiere, aún, otro objetivo pero, así, ese segundo objetivo no podría ser evaluado y, de ese modo, *ad infinitum*. Por supuesto, establecemos jerarquías de objetivos. Este tipo de consideraciones provoca molestias con los clientes continuamente, como cuando los objetivos de proceso se vinculan a objetivos de resultado. Por ejemplo: a veces, un cliente puede decir que su objetivo es librarse de la ansiedad; pero si se le pregunta qué ocurriría entonces, él dirá: "Si yo fuera menos ansioso, podría hacer amigos". En otras palabras, librarse de la ansiedad no era un objetivo final en sí mismo sino, más bien, el supuesto medio para un fin. La relación entre medios y fines se puede evaluar pero los objetivos últimos no pueden ser evaluados –solo formulados–. Los objetivos de resultado pueden ser formulados y poseídos simplemente –desnudos y al viento, por así decir–. Si tener amigos es importante para el cliente, entonces tener amigos es importante para el cliente.

Las formas más conocidas de contextualismo son, probablemente, distintos tipos de contextualismo descriptivo que se denominan de esa manera –"contextualismo descriptivo"– porque tienen como objetivo una apreciación personal de los elementos que participan en la totalidad. El posmodernismo, el constructivismo social, la dramaturgia, la hermenéutica, la psicología narrativa, el marxismo, la psicología feminista y otros por el estilo son ejemplos posibles. Los rasgos distintivos del *contextualismo funcional* en contraposición con estas tradiciones (Hayes, 1993) son sus únicos objetivos: *la predicción-e-influencia de los acontecimientos psicológicos con precisión, alcance y profundidad.* En el contextualismo funcional los acontecimientos

psicológicos son considerados como interacciones de organismos completos en y con un contexto histórico y situacional. El funcionalismo contextual persigue, en primer lugar, "predecir-e-influenciar" dichas interacciones –las palabras se unen mediante un guión porque los dos aspectos de ese objetivo se persiguen al mismo tiempo–. Desde un punto de vista clínico, de poco sirve limitarse a predecir y explicar las cosas; además de eso, tenemos que saber cómo *cambiarlas* y el funcionalismo contextual adopta esa misma perspectiva. Precisión, alcance y profundidad son exigencias conceptuales utilizadas para valorar una explicación aceptable que cumpla nuestros objetivos primarios de predicción e influencia. Precisión se refiere a lo específicamente que se identifican las variables relevantes; alcance se refiere a la economía intelectual de una teoría –en qué grado se puede conseguir más con menos conceptos– y profundidad se refiere al grado de coherencia alcanzable con conceptos útiles desarrollados en otros niveles de análisis (sociológico o biológico, por ejemplo).

Dicho de manera más sencilla, en psicología queremos que una ciencia de análisis aplicado e intervención sea clara, simple, de aplicación general y que esté integrada en el tejido más amplio de las ciencias prácticas. Puedes añadir a este objetivo las palabras *y nada más* como recordatorio de que el logro de tal capacidad de aplicación no es un medio para un fin sino, más bien, un fin en sí mismo.

El acontecimiento global: ACT-en-contexto

La preocupación filosófica por el acontecimiento global, entendido como acción-en-un-contexto se refleja directamente en el curso de la terapia. ¿Qué es lo que define a un suceso conductual como un acontecimiento global? Por una parte, se determina por el propósito de las personas que hacen el análisis y, por otra, por el propósito del organismo que actúa. No es infrecuente que un terapeuta ACT responda a la formulación de un cliente que describe su comportamiento diciendo: "¿Y eso está al servicio de…?". El terapeuta podría buscar y, tal vez, señalar las consecuencias

conductuales en múltiples niveles (p. e., la relación terapéutica; una muestra del comportamiento social general de la persona; un ejemplo de la dinámica de la psicología personal). Al centrar al cliente en las consecuencias de su acción, el terapeuta está intentando valorar y resaltar la globalidad que supone. Los terapeutas ACT están continuamente tratando de entender e influir en los propósitos que los clientes dan a su vida y cómo esos propósitos están representados tanto en su mundo externo como en el mundo existente "entre sus orejas".

Debería advertirse que, en un sentido técnico, *conducta* es nuestro término preferido para referirnos a la acción-en-un-contexto, tanto si se trata de conducta observable como de conducta emocional o cognitiva. Utilizado de esta manera, el término *conducta* no es meramente una palabra clave referida al movimiento, la secreción glandular o los actos observables públicamente. La acción de la que estamos hablando es*cualquier actividad y todas ellas* que cualquier persona (y, a veces una sola persona) puede observar, predecir e influenciar. ¿Qué es lo queda excluido? Quedan excluidas las acciones hipotéticas que *nadie* (ni siquiera el propio cliente) puede detectar directamente. De ese modo, pensar, sentir, percibir y recordar son todas ellas acciones psíquicas mientras que el viaje del alma no lo es. A veces, en este libro hablaremos de una manera coloquial cuando nos refiramos a emociones, pensamientos y comportamiento; pero cuando lo hagamos de un modo más técnico, consideraremos todos los tipos de acción humana como "acciones-en-un-contexto", es decir, como conducta en un sentido psicológico.

Contexto es un término utilizado para una corriente variable de acontecimientos que pueden ejercer una influencia organizativa sobre la conducta. *Contexto* no es una palabra clave para objetos o cosas; es un término funcional. El contexto incluye tanto la historia como las situaciones que tienen relación con la conducta. Como la unidad organizativa en la ciencia conductual contextual es la acción-en-un-contexto, tiene sentido que *conducta* y *contexto* se definan

mutuamente, cada uno en función del otro. Utilizando el viejo pero más preciso lenguaje comportamental, no es posible tener una respuesta sin estimulación ni un estímulo sin respuesta. Si sonó la campana pero no se la oyó, entonces la campana no es un estímulo en términos psicológicos –independientemente de la lectura en decibelios que podamos hacer de su sonido–.

Verdad pragmática: Viabilidad práctica

En todas las formas de contextualismo y en ACT, lo que es cierto es lo que funciona. Una verdad de este tipo siempre es local y pragmática.*Tu* verdad puede que no sea *mi* verdad si tenemos objetivos diferentes. Desde este punto de vista pragmático, la importancia de una única forma sistemática de considerar una situación empieza a irse a la deriva. Si lo importante no es la "verdad" concebida en abstracto como la estrecha correspondencia entre enunciados y realidad –sino, más bien, conseguir que las cosas se realicen– y si diferentes formas de pensar o de hablar tienen consecuencias diferentes, entonces lo que sea mejor variará dependiendo del contexto. La flexibilidad cognitiva, guiada por la viabilidad y no solo por la demanda social de consistencia, adquiere mayor importancia que el conseguir la verdadera respuesta, cualquiera que*esta* sea.

Considerar el conocimiento como algo profundamente práctico y no como una cuestión de "verdad" puede parecer extraño hasta que se asocie tal idea con situaciones más prácticas. Consideremos, por ejemplo, dos formas diferentes de interpretar un edificio: una es una representación artística, en perspectiva, del edificio y la otra es un plano. ¿Cuál es la "auténtica representación" del edificio? Ambas son "representaciones" y el enfoque contextual mantiene que no existe una "representación verdadera" en un sentido objetivo. La representación más auténtica solo podría ser determinada en el contexto de los objetivos o propósitos concretos que se aplicaran. Si se necesitara una ilustración para identificar el edificio mientras se va caminando por la calle, la representación en perspectiva sería más útil

y, por lo tanto, más "verdadera" –en el sentido de que sería válida para este propósito–. Por otra parte, si quisiéramos saber cómo remodelar el edificio con plena seguridad, el plano sería, probablemente, una representación más "verdadera". El lenguaje cotidiano incluye este sentido de "verdad" –no le es completamente ajeno–. Por ejemplo, cuando decimos que una flecha fue lanzada "derecha y con certeza" queremos decir que fue disparada de tal manera que la lleva a dar en el blanco.

Cuando el criterio del éxito clínico es la viabilidad en relación al objetivo de "predicción e influencia de los acontecimientos psíquicos con precisión, alcance y profundidad", entonces debemos tener análisis que comiencen con el contexto variable de conducta. Aquí es donde están los terapeutas; es decir, son parte del contexto de la conducta que quieren cambiar. Para influir de manera significativa sobre los actos del cliente, los terapeutas deben ser capaces de manipular el contexto ya que nunca es posible manipular directamente las acciones de los demás (Hayes y Brownstein, 1986). B. F. Skinner lo expresaba de esta manera: "En la práctica, todas las formas de cambiar la mente de una persona se reducen a manipular su entorno, verbal o de otro tipo" (1969, p. 39). Si los principios psicológicos parten de esta coyuntura, pueden tener una importancia directa porque ayudan a informar a los agentes de cambio sobre qué hacer. Los principios de conducta contextual tienen todos esta cualidad: son relaciones funcionales entre configuraciones contextuales variables y el comportamiento con el que se integran.

La visión pragmática de la verdad se refleja en cada nivel de ACT. La ACT pone un gran énfasis en la especificación de los valores en el nivel individual. Cuando la verdad se define como aquello que funciona, los valores y objetivos más amplios del cliente adquieren una importancia primordial. Todas las interacciones terapéuticas se evalúan y se relacionan con los objetivos y valores decididos por el cliente y el tema es siempre la viabilidad –es decir, si dan resultado en la práctica– y no una verdad objetiva. Sin objetivos y valores

claramente especificados, no hay forma de determinar lo que es funcionalmente verdadero o falso.

Quienes han desarrollado la ACT reconocen esta necesidad de los valores en su propio trabajo; por ese motivo, los objetivos del contextualismo funcional se han especificado con tanta claridad. La misma tendencia se da respecto al cliente y al trabajo del terapeuta al servicio del cliente. La predicción-e-influencia de los acontecimientos psíquicos debe permanecer estrechamente unida a los valores y objetivos del cliente para que tenga sentido. Este enfoque, en esencia, sitúa decididamente al contextualismo funcional y su idea de verdad en el ámbito de las ciencias evolutivas de múltiples niveles (Wilson, 2007). El pensamiento evolutivo se aplica no solo a los genes biológicos sino también a los procesos epigenéticos, conductuales y simbólicos que tienen lugar en, y a lo largo de la vida de un individuo (Jablonka y Lamb, 2005; Wilson, Hayes, Biglann y Embry, 2011). Los seres humanos son sistemas conductuales evolutivos. En el nivel de las contingencias de refuerzo y significado verbal, el criterio de selección debería ser, de manera muy especial, lo que al cliente le importa.

Como hemos mostrado, las cuatro principales características del contextualismo funcional descritos hasta ahora (acontecimiento global, contexto, verdad y objetivos) no son abstracciones vacías cuando se aplican a la terapia real: más bien *estos supuestos están en el centro de la ACT*. Hay otra característica clave del contextualismo funcional que queremos destacar; aparentemente, es la más extraña pero puede resultar transformadora tanto para el terapeuta como para el cliente. En un sentido profundo, esa es la razón de poner tanto énfasis en un enfoque de la filosofía de la ciencia subyacente a la ACT tanto por parte de los terapeutas como de los investigadores de ACT.

Dejémonos de Ontología. Vayamos al día a día

El criterio de verdad pragmática implica ciertas consecuencias epistemológicas; es decir, determina cómo justificamos nuestras

creencias. En el contextualismo funcional las creencias se justifican en la propia utilidad de mantenerlas –la utilidad puede ser construida ampliamente, llegando incluso a reflejar toda la propia vida o la de la especie–. Al contrario que las teorías de la correspondencia de verdad, el criterio de verdad pragmática no contiene ningún elemento de ontología. No plantea ni tiene pretensiones acerca de la naturaleza de la existencia o de la realidad como tal. Pragmáticamente hablando, cuando decimos que una afirmación es "cierta" queremos decir que facilita las consecuencias deseadas (i. e.: se satisface el requisito epistemológico). De modo que no añade *nada* a esas consecuencias el decir: "y la razón de que esto funcione es porque nuestro punto de vista coincide con lo que existe o es real". Para un pragmático, tal reivindicación ontológica estaría vacía –una especie de postura intelectual– y para un pragmático, si algo no añada nada, no *es* nada. Así, el contextualismo funcional simplemente, no tiene nada que decir sobre ontología ni en un sentido ni el otro.

Si hubiera un único cambio de perspectiva que apoyara el aprendizaje y la aplicación de la ACT sería este: dejar los supuestos ontológicos engranados en la noción de sentido común del lenguaje y la cognición. Esta orfandad ontológica tiene que ver con el porqué la ACT es un desafío pero también tiene que ver con el porqué es transformativa.

La experiencia de sentido común libera de la dificultad ontológica. La mente humana replica diciendo: "Las partes son reales y se unen para crear lo complejo. Al fin y al cabo, existe una luna, un sol y una tierra. Son reales". Los contextualistas solo asumen un único mundo –el mundo en el que viven–. Está bien llamarle real si se quiere (los contextualistas no son idealistas) pero compartimentarlo en categorías es una acción diferenciada. Ese proceso de dividir el mundo lo convierte en asteroides una vez que interviene el lenguaje humano, como comentaremos con mayor detalle en este capítulo. Algunas maneras de dividir el mundo dan mejor resultado que otras

–las consecuencias que se derivan de hacerlo *no* son necesariamente arbitrarias– pero hay muchas maneras prácticas de llevar a cabo la tarea.

Consideremos la afirmación "hay una luna, un sol y la tierra. Son reales, existen". En la mayoría de contextos ordinarios, tiene sentido llamarle sol al sol y tratarlo como una *cosa*, un objeto con dimensiones espaciales y temporales. Pero, a veces, resulta conveniente mantener este punto de vista con menos rigidez. Después de todo, ¿dónde empieza y termina "realmente" el sol? ¿El calor del sol en tu cara es una porción de sol? Su empuje gravitatorio sobre nosotros ¿es también parte del sol? ¿En qué parte del universo se convierte el sol en algo *no*existente? ¿No constituiría una ilusión el tomar unas tijeras cósmicas para recortar la órbita amarilla que vemos, darle nombre a "eso" que hemos entresacado del todo y, luego, olvidarnos de las tijeras que hemos empuñado? Si no pudiéramos sentir más que su calor, ¿podríamos compartimentar el mundo de la misma manera? ¿Qué pasaría si no pudiéramos sentir más que su carga eléctrica o su gravedad?

Reflexiones filosóficas de este estilo resuenan a lo largo del libro y aprender a desprenderse de conclusiones ontológicas es un poderoso aliado para conectar con la ACT. ACT se centra en el proceso de pensar en sí mismo de modo que tanto terapeutas como clientes son animados a rexaminar su pensamiento a medida que se desarrolla y a examinar su viabilidad práctica en una situación dada. Considerar el pensamiento desde el punto de vista de la viabilidad, en lugar de hacerlo desde la verdad literal, coloca al pensamiento en un contexto socio-verbal alternativo –uno en el que la salud, vitalidad y propósito pueden desempeñar más fácilmente un papel central–.

Abandonar demandas ontológicas (y más especialmente cualquier sentido de esencialismo) permite al terapeuta ACT una gran flexibilidad para trabajar con sus clientes en sus propios términos sin tener que asumir desafíos sin sentido para probar que sus pensamientos inútiles son incorrectos o falsos. Las demandas

ontológicas que un cliente hace a su terapeuta, sencillamente, no tienen interés. Como resultado, tenemos menos necesidad de esforzarnos acerca de quién tiene "razón" y, en vez de eso, podemos pasar directamente a lo que la experiencia del cliente dice con respecto a lo que da resultado. ACT es a-ontológica, no anti-ontológica. *No* estamos diciendo que el mundo no sea real ni que las cosas no existan. Simplemente, estamos tratando *todo* el lenguaje (incluso el que se refiere a la ACT y a sus supuestos) como actos en un contexto de modo que podamos hacernos responsables de nuestros propios actos cognitivos y ampliar la flexibilidad conductual de manera que se puedan seleccionar prácticas viables basadas en las relaciones que experimentamos entre acciones y resultados.

Estas razones pueden parecer extrañas hasta que el lector entienda mejor los principios de ACT. No esperamos que esta sección sola pueda hacer todo el trabajo necesario pero sí que resalte el hecho de que este libro no pretende, simplemente, enseñar otra técnica sino que, más bien, trata de mostrar un nuevo tipo de mentalidad basada en supuestos pragmáticos radicales. Esta nueva mentalidad no es fácil de encajar en un saco de triquiñuelas clínicas en el que podamos confiar tranquilamente porque tiende a alterar muchas ideas básicas sobre el vivir.

El ajuste entre contextualismo funcional y agenda clínica

La mayoría de terapeutas busca un análisis que cumpla los siguientes requisitos:

1. Que explique por qué sufre la gente.
2. Que nos permita predecir lo que va a hacer la gente que tiene un problema psicológico concreto.
3. Que nos diga cómo cambiar el curso de los acontecimientos de modo que esta persona en concreto, con este problema psicológico en particular, pueda conseguir un mejor resultado.

Esos tres objetivos (interpretación, predicción e influencia) son la *agenda analítica natural* del terapeuta. Los clientes también esperan

eso mismo de los profesionales a los que consultan. El cliente particular que acude a psicoterapia normalmente quiere saber: "¿Por qué estoy así y qué puedo hacer al respecto?". De ese modo, los terapeutas sienten una necesidad natural de interpretar, predecir e influir sobre los problemas psicológicos. Las circunstancias prácticas los fuerzan a adoptar determinados valores analíticos.

Esos valores son los mismos que adoptan los contextualistas funcionales. Para un contextualista funcional, la influencia no es una ocurrencia tardía ni, simplemente, una extensión aplicada del conocimiento básico; más bien es un sistema de medida tanto para la psicología básica como para la aplicada. De este modo, las preocupaciones prácticas del terapeuta ya no están completamente divorciadas de las preocupaciones analíticas y de los supuestos del investigador, incluso del investigador básico. Esta mezcla de preocupaciones es una de las razones por las que los promotores de la ACT se mueven ahora sin tropiezos desde un tipo de investigación básica sobre asuntos tan misteriosos como "¿Qué es una palabra?" a consideraciones de carácter muy práctico, tales como la mejor forma de secuenciar técnicas específicas en ACT. Los acontecimientos variables implicados en cada investigación se aplican, potencialmente, al panorama completo de métodos y técnicas de ACT.

Pasar de la filosofía a la teoría de la terapia

La actitud a-ontológica y el intenso énfasis contextual del contextualismo funcional arrojan una nueva luz sobre viejos temas. Por ejemplo, imagina que un cliente dice: "¡Si salgo de casa, voy a tener un ataque de pánico!". Un realista elemental podría preguntarse por qué la persona tiene pánico o cómo se puede aliviar el pánico de una persona o si la afirmación de esa persona es creíble o solo una exageración. El contextualismo funcional sugiere otras muchas opciones. Por ejemplo, el terapeuta podría:

1. Pensar en esa frase como en un hecho –una acción en sí misma– y examinar el contexto en el que el cliente dice una cosa así (p. e., "¿Esperas que ocurra algo por comunicarme ese pensamiento?").
2. Notar la demarcación de las palabras en unidades (dejar la casa = pánico) sin atribuir un estatus de realidad a los acontecimientos descritos ni a su supuesto vínculo causal (p. e., "Es un pensamiento interesante").
3. Buscar contextos ambientales en los que "pánico" esté funcionalmente relacionado con incapacidad, con vistas a alterar esos contextos en vez de intentar alterar, necesariamente, el pánico en sí mismo (p. e., "Hmm. Hagamos esto a ver qué pasa. Di en voz alta: "No puedo levantarme o tendré un ataque de pánico" y, luego, mientras lo repites, levántate lentamente).
4. Buscar contextos ambientales en los que "pánico" no esté relacionado funcionalmente con incapacidad, con vistas a fortalecer dichos contextos (p. e., "¿Y alguna vez has tenido ese pensamiento y, sin embargo, has salido de casa? Háblame de esas veces").

   O,
5. Considerar esta afirmación como una entre múltiples vías de acción y, así, buscar aquellas vías en las que esa misma afirmación se pueda integrar en un proceso positivo (p. e., "Si un niño al que quieres mucho te dijera que no puede salir de casa, ¿tú qué harías?").

En otras palabras, en vez de entrar inmediatamente en el contenido de los pensamientos, afirmaciones e ideas del cliente, un contextualista funcional observa el acto y su contexto y, luego, dispone un análisis funcional de los objetivos pragmáticos de terapeuta y cliente.

El compromiso contextual de la ACT se extiende al examen del impacto de pensamientos o emociones sobre otras acciones. Esta

piedra angular de la ACT la distingue de otros muchos enfoques terapéuticos. Más que hacer énfasis solo en cambiar la *forma* de una vivencia interna, por suponer que esas formas son causales, el terapeuta ACT pone el énfasis en cambiar la *función* de esas vivencias internas. Altera las funciones cambiando los contextos en los que determinados tipos de actividad (p. e., pensamientos y sentimientos) se relacionan, normalmente, con otras formas (p. e., acciones observables).

ACT trata de implementar métodos de tratamiento que sean extensiones claras de principios conductuales bien establecidos; es decir, principios sobre las acciones normales de organismos integrales. La confianza exclusiva en los principios conductuales (en el más amplio sentido de "conducta") no es, de ningún modo, una idea nueva. Todo el campo del análisis conductual aplicado se basa en ella, lo mismo que la terapia conductual, que originalmente se definió como terapia basada en "la teoría del aprendizaje definido operacionalmente y en la conformidad con paradigmas experimentales bien establecidos" (Frank y Wilson, 1974, p. 7). Este conjunto de principios conductuales, simplemente, se aumentó en la ACT para incluir una visión conductual contemporánea de la cognición; concretamente, la teoría del marco relacional. A este tema nos referimos ahora.

El punto de vista de la ACT sobre la cognición: Teoría del marco relacional

El énfasis en la importancia del lenguaje humano y la cognición no es exclusivo de la ACT. El siglo pasado ha sido testigo del surgimiento de numerosas escuelas de filosofía y psicología que se centraron en el lenguaje como la clave para la comprensión de la actividad humana y del mundo que nos rodea (p. e., la filosofía del lenguaje, el positivismo lógico, la filosofía analítica, la psicología narrativa, la psicolingüística y otras muchas). Aunque muchos de esos enfoques

son muy interesantes, sus análisis, generalmente, no parecen de gran relevancia. La ACT está conectada con una corriente científica denominada teoría del marco relacional (RFT; Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). La RFT es una teoría contextual funcional del lenguaje y la cognición humanos que, al menos durante la última década, ha resultado ser una de las áreas más activas de investigación analítica sobre el comportamiento humano. Como se centra en contextos variables, la RFT se puede asociar fácilmente a preocupaciones de carácter práctico.

La RFT aspira a proporcionar una base psicológica comprensible del lenguaje y de la cognición superior abordando la explicación del éxito evolutivo de algunas especies y tratando de entender las raíces tanto de los logros como del sufrimiento humano. La RFT es un programa de investigación amplio que cuenta con varios libros publicados sobre sus aspectos esenciales (Hayes et al., 2001) y cómo aplicarlos en el contexto clínico –no solo en ACT, sino en la psicoterapia en general (Törneke, 2010)– o en ámbitos aplicados fuera de la psicología clínica, como en educación especial (Rehfeldt y Barnes-Holmes, 2009). El programa de investigación RFT es tan amplio que vamos a describir solo aquellos procesos básicos de la RFT necesarios para entender la ACT. Antes de dirigir nuestra atención a la RFT, sin embargo, vamos a considerar algunos aspectos de fondo.

Contrariamente a muchos grupos que llevan a cabo una investigación científica básica sobre el lenguaje, el interés de los promotores de la ACT en el análisis básico de la conducta verbal, surge directamente de un interés relacionado tanto con el bienestar psíquico como con el trabajo aplicado. Comenzamos preguntándonos cómo era posible que una conversación entre terapeuta y cliente pudiera llevar a cambios duraderos en la vida del cliente y empezamos a sentirnos cada vez más interesados en el análisis experimental de las cuestiones sobre el lenguaje humano. De ese modo, iniciamos nuestro programa de investigación básica con el intento de comprender un aspecto del lenguaje pragmático: de qué manera las reglas verbales guían la

conducta humana. Y terminamos con un análisis de la naturaleza del propio lenguaje humano.

En una época, todos los terapeutas de conducta eran formados sistemáticamente en principios conductuales tales como control discriminativo, respuesta condicionada y refuerzo. Más tarde, este programa fue decayendo en la mayor parte de las instituciones que entrenaban a los profesionales prácticos. Decayó, en parte, porque a finales de los años 1970, la tradición conductual cognitiva renunció a la necesidad de basar los tratamientos en principios del aprendizaje demostrados en el laboratorio. En lugar de eso, se empezó a preguntar a los clientes sobre lo que pensaban de modo que pensamientos y estilos cognitivos se organizaron en diferentes teorías clínicas de la cognición. En cierta manera, esa era la decisión correcta en aquella época. Los principios del comportamiento, en torno a 1975, no contaban con ninguna forma adecuada de enfrentarse al problema de la cognición. Lamentablemente, la ciencia cognitiva básica fue más allá de las preocupaciones clínicas al mismo tiempo que el interés principal se fue desplazando a las relaciones entre acontecimientos mentales y, finalmente, hacia las relaciones cerebro-conducta, en vez de hacerlo hacia los efectos de factores históricos y contextuales variables de cognición y acción y a sus diversas interrelaciones. De esa forma, la ciencia neurocognitiva básica, sencillamente, no podía estar autorizada para decir a los clínicos qué hacer (el surgimiento posterior de la "modularidad masiva" de la psicología evolucionista compartió la misma debilidad en la práctica). Las teorías clínicas sobre la cognición eran, al parecer, la mejor alternativa posible.

Estábamos de acuerdo en la necesidad de cambiar el rumbo pero teníamos dudas sobre la viabilidad, a largo plazo, de un modelo clínico de la cognición como teoría de base. Llevamos a cabo casi una docena de estudios durante los últimos años 1970 y comienzos de 1980 probando los modelos cognitivos tradicionales, sin que ninguno de ellos resultara refrendado (como un buen ejemplo, véase Rosenfarb y Hayes, 1984). Como resultado, empezamos a centrarnos

cada vez más en la búsqueda de una nueva manera de llevar a cabo un análisis conductual del lenguaje y de la cognición (p. e., véase Hayes, 1989b para un resumen, de la extensión de un libro, sobre ese trabajo inicial). Estos procesos se convirtieron en la base de las primeras versiones de la ACT. Cuando encontrábamos, en pequeños estudios, que la ACT daba buen resultado (p. e., Zettle y Hayes, 1986), llevábamos el programa de investigación en una dirección poco usual. Como nuestro objetivo no era, simplemente, elaborar un manual de tratamiento más sino, más bien, un modelo general orientado al proceso, nos centramos en el desarrollo más amplio de una versión conductual de la cognición y el lenguaje humanos –y en la manera en la que podían relacionarse con comportamientos clínicos relevantes– y, básicamente, dejamos por completo de hacer estudios de resultado. Este desvío nos llevó casi 15 años pero nos condujo a la RFT a la que, ahora, consideramos el enfoque apropiado.

A continuación, empezamos con una explicación sobre lo que diferencia a los acontecimientos verbales y cognitivos de otros actos psíquicos, ampliando esta perspectiva a lo que son las reglas verbales y regresando, luego, al sujeto de la terapia. Utilizaremos referencias mínimas ya que existen tratamientos detallados de la extensión de un libro completo y nuestro propósito aquí es fundamentalmente práctico. En general, tratamos de transmitir la importancia clínica de estos procesos y, en la conclusión del capítulo, resumimos lo que consideramos las implicaciones nucleares de la RFT tanto para la práctica clínica como en los distintos ámbitos de aplicación.

Aproximación inicial a los acontecimientos verbales y cognitivos

Prácticamente cualquier definición del lenguaje y cognición conduce rápidamente a la idea de que estos ámbitos implican sistemas de símbolos pero lo que son los símbolos y cómo llegan a serlo, normalmente permanece en la bruma (p. e., véase Jablonka y Lamb, 2005). Si se busca una explicación detallada, orientada a los procesos del funcionamiento psíquico, ese camino trillado tiene pocas probabilidades de añadir nada nuevo a la mayoría de las teorías

clínicas existentes sobre la cognición. Este dilema es, precisamente, el asunto sobre el que se articuló la teoría del proceso general de aprendizaje. Skinner, por ejemplo, definía el estímulo verbal, meramente, como el producto de un comportamiento verbal y el comportamiento verbal era definido de manera que no se podía distinguir de ninguna conducta operante animal. Ninguna idea parecía aportar un avance y, como resultado, los psicólogos miraban a otra parte (véase Hayes et al., 2001, p. 11-15 para un análisis más extenso de este punto).

La RFT empieza con un hallazgo extraordinario en psicología conductual y propone un proceso explicativo que amplía ese hallazgo a todo el lenguaje y la cognición. Piensa en un triángulo con un vértice hacia arriba (véase la figura 2.1). Mentalmente, coloca un objeto diferente en cada uno de los tres vértices –por ejemplo, un balón en el vértice superior, un martillo en el inferior izquierdo y una hoja en el inferior derecho–. Imagina que tienes que aprender que, cuando se muestra el balón, debes señalar el martillo entre un conjunto de objetos; más adelante, cuando se muestre el balón, se te enseña a señalar la hoja y no a otros elementos. Tú has aprendido dos "relaciones" (arriba → inferior izquierda; arriba → inferior derecha). En términos más abstractos, has aprendido dos lados del triángulo, cada uno en un sentido. solo con este entrenamiento, si te mostraran el martillo o la hoja y tuvieras que elegir entre un balón o un donuts, probablemente, señalarías el balón. Si, luego, te mostraran una hoja y tuvieras que escoger entre un martillo o un coche de juguete, escogerías el martillo y viceversa. *Deducirías* cuatro relaciones que no te han enseñado (inferior derecha → arriba; inferior izquierda → arriba; inferior izquierda → inferior derecha; inferior derecha → inferior izquierda). Ahora conocerías todos los lados del triángulo en cualquier sentido.

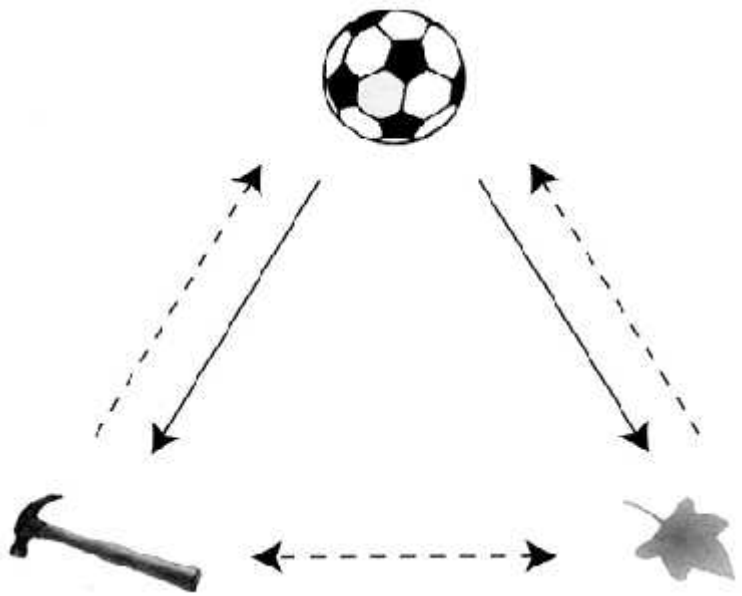

Figura 2.1. Si una persona normal aprende a elegir un martillo de una selección de objetos, cuando se presenta un balón como muestra; y luego aprende a elegir una hoja al mostrarle el balón, entonces las relaciones derivadas que se muestran con las líneas de puntos probablemente serán deducidas por el sujeto.

Los analistas de conducta denominan a este resultado, que fue identificado hace 40 años y cuyas raíces van mucho más allá, como una "clase de equivalencia estimular" (Sidman, 1971). Este ejemplo gráfico se puede aplicar a una situación lingüística sencilla: un niño normal aprende primero a relacionar una determinada palabra escrita con un nombre oral y, luego, la misma palabra escrita con un determinado objeto. Dadas esas dos relaciones aprendidas, todas las demás relaciones entre este triángulo específico de objetos surgirán sin posterior entrenamiento. Las relaciones que no han sido enseñadas son lo que se conoce como *relaciones derivadas de estímulo*. Por ejemplo, sin entrenamiento específico, en este caso concreto, el niño será capaz de decir el nombre del objeto. Esto forma parte de lo que queremos decir cuando afirmamos que un niño "entiende" lo que significa una palabra concreta. Ahora podemos ser un poco más precisos sobre la naturaleza del estímulo verbal: produce su efecto a causa de las relaciones derivadas entre él y otras cosas.

Lo que hace que la equivalencia estimular resulte *clínicamente* relevante es que las funciones correspondientes a un miembro de una clase de equivalencia tienden a transferirse a los demás miembros. Veamos un ejemplo sencillo que muestra este resultado referido a una situación común de lenguaje y que podría tener consecuencias clínicas (como se describe en al figura 2.2). Supongamos que un niño que nunca ha visto ni jugado con un gato aprende que las letras G-A-T-O se aplican a esos mamíferos peludos y no a otros y que las letras G-A-T-O se pronuncian "gato" (en lugar de "perro" o de cualquier otro sonido). Supongamos luego que el niño, jugando, resulta arañado por un gato. El niño llora y huye. Más tarde, el niño oye a su madre decir: "¡Oh, mira, un gato". El niño, de nuevo, llora y escapa. Este suceso podría resultar sorprendente porque al niño nunca se le enseñó a tener miedo al sonido "gato". La misma historia de aprendizaje aplicada a un organismo no humano, probablemente no arrojaría el mismo resultado. El miedo al gato, ahora, es provocado por un nombre emitido verbalmente; pero la función de ese nombre pronunciado, en este caso, es *derivada*. Estudios bien controlados muestran que la transferencia del miedo a los gatos, directamente condicionado al nombre "gato", verbalizado, solo tiene lugar si el niño deduce relaciones que no fueron entrenadas directamente. En otras palabras, no basta con que el niño aprenda objeto → palabra escrita y palabra escrita → nombre pronunciado. Después de todo, muchos animales no humanos podrían aprender lo mismo sin manifestar ese efecto. El niño también tiene que *deducir* las relaciones palabra escrita → objeto, nombre pronunciado → palabra escrita, objeto → nombre pronunciado y nombre pronunciado → objeto. El triángulo tiene que completarse. solo entonces, las funciones correspondientes a "ser arañado" (p. e., miedo y evitación) serán transferidas desde el gato (animal) al nombre pronunciado ("g-a-t-o").

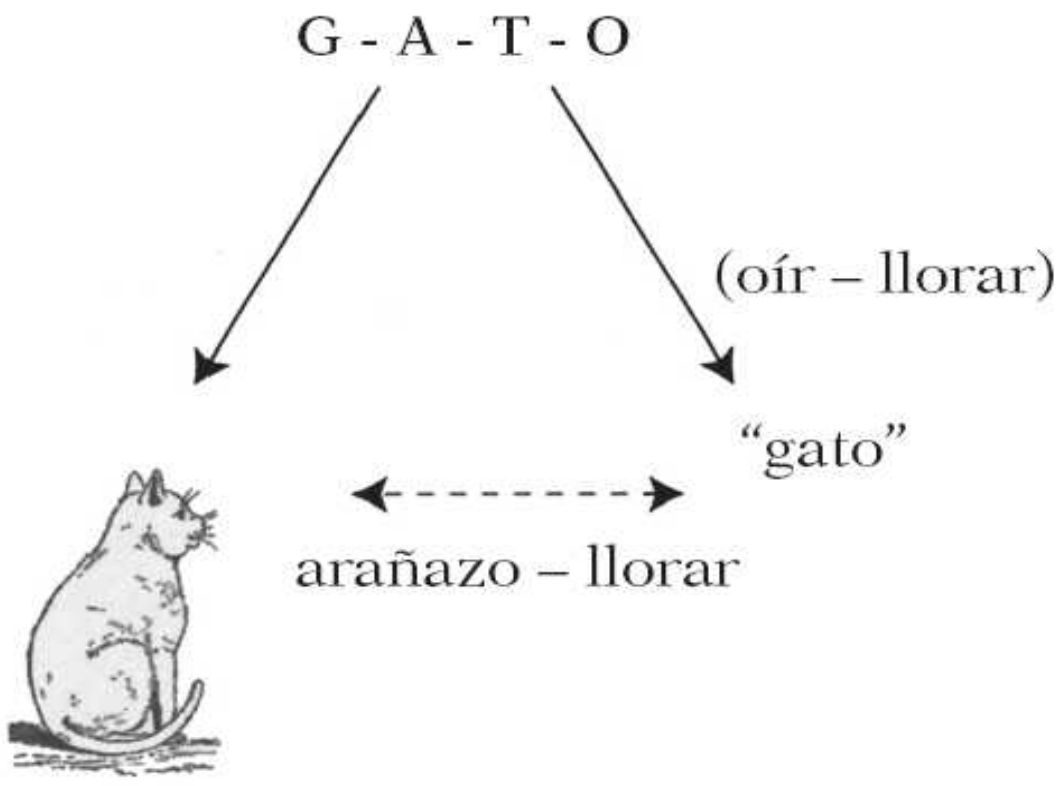

Figura 2.2. El niño ha aprendido la relación G-A-T-O → mamífero peludo y G-A-T-O → nombre pronunciado directamente. Más tarde, el niño resulta arañado por un gato y llora. Como el niño ha deducido una relación entre el mamífero peludo y "gato", la nueva función se transfiere a otros acontecimientos en una red de relaciones y, por consiguiente, el niño llora al oír el nombre aunque no haya una historia de acontecimientos aversivos que tuvieran lugar directamente mientras miraba el nombre.

Este tipo de resultados no se puede explicar de manera adecuada por los simples y familiares procesos de generalización que están integrados en las contingencias de aprendizaje. Si un bebé aprende a alcanzar una lámina naranja porque detrás hay comida y evita otra azul porque al tocarla se produce un fuerte sonido, es probable que el bebé también esté dispuesto a acercarse a una amarilla, con cierta precaución. De manera semejante, el bebé tenderá a evitar no solo la lámina azul sino también una verde aunque puede que con menos intensidad. Las respuestas del bebé a las láminas naranja y azul se establecieron por transferencia directa mediante entrenamiento directo; las respuestas observables a la amarilla y verde suceden porque los humanos y otros animales con sistemas visuales bien

desarrollados evolucionaron en entornos en los que la coloración naranja está más próxima al amarillo que al verde. Esos *gradientes de generalización estimular* se basan en la semejanza de forma.

No es éste el caso de la equivalencia estimular. Un niño que llora al escuchar: "¡Oh, mira, un gato!" no está manifestando una generalización de estímulos en un sentido formal porque no hay nada en esos sonidos que se parezca a los animales reales. De manera semejante, los simples principios del condicionamiento asociativo de orden superior no pueden explicar fácilmente la solidez de la equivalencia estimular porque es necesario apelar al condicionamiento retroactivo y a otros procesos cuyos efectos son mucho más débiles para modelar esos resultados. Por eso, precisamente, el aprendizaje verbal asociativo nunca da una explicación totalmente satisfactoria del lenguaje y la cognición humanos.

Incluso sin explicar por qué tiene lugar la equivalencia estimular o sin extender los hallazgos a otras muchas relaciones (cosa que sí intenta hacer la RFT), esta notable ejecución verbal abre nuevas maneras de pensar sobre el comportamiento. Por ejemplo, imaginemos a una persona que padece agorafobia con un ataque de pánico inicial mientras está "atrapado" en un área comercial. Hablar del centro comercial, ahora, le produce miedo –lo mismo que al niño arañado– pero también se lo producirán otros elementos relacionados con el "estar atrapado". La amplitud de cosas que pueden "atraparlo" a uno es tan extensa que desafía cualquier descripción simple basada en propiedades formales: se puede suponer que incluye un campo abierto, un puente, una relación marital, hablar por teléfono, ver una película, tener un empleo o, incluso, estar dentro de la propia piel. Ahora, todas esas situaciones pueden ser una fuente de pánico (si uno está inclinado a ello).

Existe una amplia literatura sobre equivalencia estimular pero no basta con construir una teoría completa del lenguaje a su alrededor, como hasta sus propios iniciadores han advertido (p. e., Sidman,

2008, p. 331). Además, la equivalencia estimular es meramente un resultado, no un proceso. La RFT describe este tipo de relaciones y el proceso que da cuenta de ellas de una manera general. Los procesos que propone la RFT como origen de la equivalencia de estímulos se podrían aplicar fácilmente a *cualquier* tipo de relación entre acontecimientos. Cuando se añade una variedad de clases de relación entre estímulos –diferente, opuesto, jerárquico, secuencial, causal y demás– un simple proceso básico puede dar lugar a un amplio despliegue de habilidades cognitivas lo que hace posible una explicación del proceso general de aprendizaje de la cognición. Desde la perspectiva de RFT, lo que tienen en común las diversas situaciones en las que una persona puede sufrir un ataque de pánico no son, simplemente, sus propiedades formales sino, más bien, los aspectos verbales o cognitivos de tales situaciones.

Marcos de relaciones

De acuerdo con la RFT, el núcleo esencial del lenguaje y de la cognición de alto nivel es la capacidad de aprender y aplicar "marcos de relaciones". Un marco relacional es un comportamiento aprendido que presenta tres grandes propiedades bajo un control contextual arbitrario: implicación mutua, implicación combinatoria y transformación de la función estimular.

Implicación mutua significa que el aprendizaje de una relación en una dirección, también implica otro aprendizaje en la dirección opuesta: Si una persona aprende en un determinado contexto que A se relaciona de una forma determinada con B, entonces esto implica una determinada relación entre *B* y *A* en ese contexto. Por ejemplo, si una persona aprende que húmedo es lo mismo que mojado, esa persona deducirá que mojado es lo mismo que húmedo. Si una persona aprende que Samuel es más alto que Alfredo, también entenderá que Alfredo es más bajo que Samuel.

Implicación combinatoria significa que las relaciones mutuas se pueden combinar. Si una persona aprende que, en un contexto

determinado,*A* se relaciona con *B* de una forma determinada y *B* se relaciona, de determinada manera, con *C*, esta disposición implica también una relación entre *A* y *C* en ese contexto. Por ejemplo, si una persona aprende, en un contexto determinado, que Miguel es más fuerte que Esteban y que Carlos es más fuerte que Miguel, la persona deducirá que Carlos es más fuerte que Esteban.

En definitiva, las funciones de los acontecimientos en una red de relaciones de este tipo se pueden transformar en términos de las relaciones subyacentes. Si necesitas ayuda para mover un electrodoméstico pesado y sabes que Miguel es bueno para esto, deducirás (dada la información anterior) que Esteban te será menos útil y que Carlos, en cambio, te será más útil, sin necesidad de aprender ninguna otra cosa nueva sobre Esteban o Carlos.

La RFT afirma que cualidades de este tipo son las características de un marco abstracto de respuestas que inicialmente se adquiere y se mantiene bajo control de características contextuales arbitrarias mediante refuerzo de aproximación, a través de múltiples ejemplos de entrenamiento. Estamos expuestos a muchos ejemplos que relacionan acontecimientos de una manera particular (p. e., "___ > ___"), por lo general, inicialmente basados en sus propiedades formales (p. e., un elefante es más grande que una mosca; papá es más grande que mamá, un níquel es más grande que una moneda de 10 centavos). Como la clase concreta de relación (p. e., la comparación de tamaño) se abstrae a partir de múltiples ejemplos, queda bajo el control de claves relacionales arbitrarias tales como "___ es más grande que ___". Cuando ocurre eso, es posible poner cualquier cosa en los espacios vacíos y, con solo las claves relacionales, las relaciones mutuas y combinatorias correspondientes se podrán deducir fácilmente.

La mayoría de los padres son testigos de primera mano de este proceso. En muchos países, algunas monedas de menos valor tienen un tamaño mayor. Un níquel es bastante más grande que una moneda de 10 centavos; medio euro es más grande que un euro. Cualquier

padre sabe que cuando los niños más pequeños empiezan a comprender que las monedas tienen un valor, normalmente prefieren un níquel a 10 centavos. Esto tiene sentido porque los niños han aprendido una relación comparativa no arbitraria; es decir, el níquel es físicamente más grande. La mayoría de organismos complejos son capaces de aprender relaciones no arbitrarias (p. e., las que están definidas por las propiedades formales de acontecimientos que están relacionados); pero no es el caso de la gente. Alrededor de los 4 ó 5 años, los niños demuestran un nuevo conjunto de habilidades. Empiezan a preferir una moneda de 10 centavos a un níquel porque aprenden una versión*aplicable arbitrariamente* de "mayor que" que ya no está vinculada a las propiedades físicas de los dos elementos. Una moneda de 10 centavos puede, en realidad, tener más valor que un níquel. Una vez aprendido de forma general, se le puede decir a un niño "esto es mayor que aquello" y las demás respuestas relacionales pueden derivarse a partir de ahí, sin importar de qué entidades concretas se trate. Una vez que se le dice que el sol es mayor que la tierra, incluso un niño va a deducir la información adicional de que la tierra es más pequeña que el sol, independientemente de las apariencias.

El hecho de dar un nombre es, seguramente, el ejemplo más sencillo de establecimiento de un marco de relaciones –es la acción que corresponde directamente a la equivalencia de estímulos y se produce en el entrenamiento verbal temprano–. La RFT llama a esto un "marco de coordinación". Un niño está expuesto a miles de ejemplos de denominación. Si la madre es "mamá", entonces el hecho de señalarla cuando escucha "¿Dónde está mamá?" es probable que tenga como consecuencia la aprobación de los adultos del entorno. De manera semejante, si "perro" es "P-E-RR-O", entonces también es probable que se produzca aprobación cuando lea "P-E-RR-O" como "perro". En otras palabras, aprender una relación verbal en un sentido predice el refuerzo por responder en el otro sentido. La RFT supone que, en realidad, es mediante una secuencia de este tipo como se desarrolla

un marco relacional; es decir, como un conjunto amplio de múltiples ejemplos en el aprendizaje natural del lenguaje (Véase Moerk, 1990).

Una vez que se consolida la implicación mutua, la implicación combinatoria puede tener lugar con toda facilidad con formas sencillas de marco. Por ejemplo, si la sustancia leche es "leite" en portugués y "leche" en castellano, entonces "leche" y "leite" pueden ser relacionados fácilmente como sinónimos. Inicialmente, esta correspondencia puede requerir un entrenamiento directo pero, dado que alguna de las propiedades reales de la leche (p. e., su sabor, aspecto físico) pueden ser fácilmente observables por implicación mutua tanto para "leche" como para "leite", la implicación combinatoria se puede producir con relativa facilidad.

La transformación de estímulo está implícita en todas las relaciones derivadas (el niño puede ser capaz de ver o probar la "leche" al oír la palabra) pero un mayor entrenamiento puede conseguir un mayor control contextual (un área clave de implicaciones teóricas, como veremos enseguida). Por ejemplo, podemos centrarnos en el color de la leche y no en su sabor o en su sabor y no en el color, dadas las claves pertinentes. Las claves que controlan la transformación de la función estimular (p. e., sabor de la leche) son distintas de las que controlan la clase de relación (p. e., leite *es* leche). Este descubrimiento es clave en ACT como explicaremos en breve.

Desde la perspectiva de la RFT, el marco de relaciones es la característica definitoria esencial del lenguaje y de la cognición superior. *Un acontecimiento que tiene efectos porque participa en un marco de relaciones es un estímulo verbal* (un símbolo). Los lectores deben tener presente, en adelante, que cuando usamos el término *verbal* no nos referimos necesariamente a los pensamientos que tienen lugar en forma de palabras. Cuando decimos "verbal" o "cognitivo" queremos decir "que, vía entrenamiento, dan como resultado relaciones derivadas". Gestos, dibujos, imágenes, danza, música –en algunos contextos–, todos ellos son denominados "verbales" o "cognitivos"

en este sentido relacional, aun cuando las palabras no jueguen un papel directo.

Los investigadores de la RFT han demostrado que es necesario un entrenamiento en el marco relacional de habilidades para que se den las relaciones derivadas (p. e., Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Smeets, Strand y Friman, 2004), incluyendo el entrenamiento en la infancia (p. e., Luciano, Gómez-Becerra y Rodríguez Valverde, 2007). En un estudio reciente (Berens y Hayes, 2007), tomamos niños jóvenes y les dimos muchos ejemplos de relaciones comparativas arbitrarias: "Este es mayor que aquel", les decíamos señalando monedas de papel de diferentes medidas. "Cuál utilizarías para comprar dulces?". A medida que los niños recibían retroalimentación, iban aprendiendo gradualmente. Aprendieron a deducir relaciones de comparación mutua: si este era mayor que aquel, entonces ese era más pequeño que este. También fueron capaces de aplicar ese conocimiento a cualquier conjunto de "monedas" con una relación definida sin entrenamiento adicional. A medida que aprendían a combinar esas relaciones comparativas, preferían las "mayores" sobre las "menores" para comprar dulces. Cada niño del estudio mostró que este entrenamiento se generalizaba no solo a nuevas "monedas" sino también a nuevas redes. Por ejemplo, un niño podía aprender a combinar: "esta es mayor que aquella, pero es más pequeña que aquella otra" sin un entrenamiento explícito de esa clase de redes sino solo mediante entrenamiento en el marco de relaciones comparativas con otros tipos de redes específicas.

Este hallazgo puede ser, obviamente, más relevante clínicamente si se lo asocia a las investigaciones que muestran que los marcos de relaciones comparativas pueden alterar otros procesos de conducta. Dougher, Hamilton, Fink y Harrington (2007) les enseñaron a determinados adultos, y no a otros, que la relación entre tres símbolos arbitrarios en la pantalla de un ordenador era: A < B < C. A continuación, todos los participantes aprendieron a apretar una barra a una determinada velocidad cuando se presentaba B. Quienes no

habían aprendido la relación de símbolos iban más despacio cuando aparecían A y C. Los que habían aprendido la relación arbitraria también iban más despacio cuando aparecía A pero lo hacían más rápido cuando se mostraba C. Su comportamiento reflejaba la relación derivada de que C es mayor que B. En otro momento del estudio, se aplicaba a los participantes una descarga repetidas veces cuando se mostraba B, hasta que se sentían bastante activados y temerosos (según su respuesta galvánica) cada vez que se mostraba B. Los que no habían aprendido la relación mostraban poca activación tanto cuando aparecía A como C. Los que habían aprendido A < B < C también manifestaban una activación mínima frente a A. Pero cuando se mostraba C, manifestaban *más* temor que cuando aparecía el propio B. Algunos participantes, incluso gritaron y desprendieron los cables del brazo –no porque hubieran recibido una descarga, sino porque había aparecido ese temido estímulo C–. Esos participantes *nunca*habían recibido una descarga en presencia del estímulo C; sin embargo, se comportaban como si fuera mucho peor que un estímulo que hubiera sido asociado realmente, una y otra vez, con descargas eléctricas moderadamente dolorosas solo porque, de manera arbitraria, se había considerado a C "mayor que B".

A partir de ejemplos tan sencillos, se puede empezar a percibir la relación del marco relacional con temas clínicos. Si un níquel puede ser "más pequeño" que una moneda de 10 centavos –lo que no ocurre, salvo en un sentido arbitrario– ¿cómo se va a poder evitar que un "gran éxito" sea pequeño en comparación con un ideal? Hace muchos años, mientras luchaba con un trastorno de pánico, uno de nosotros (SCH) sufrió un fuerte ataque de pánico mientras hablaba con tres enfermeras, a pesar de que una semana antes había dado una charla a cientos de personas con muchas menos dificultades. Podría parecer menos sorprendente al saber que el pánico en pequeños grupos se considera como "mucho más perturbador" –y, por lo tanto, mucho más temible– que la ansiedad en medio de una gran multitud; lo mismo que con los participantes en el estudio anterior que, ante una situación que previamente había resultado inocua

mostraban *mayor* temor que hacia otra que se había asociado directamente con una descarga, simplemente porque se les había dicho que era "mayor que" aquella. El marco de relaciones es*aplicable arbitrariamente*, de modo que no existe nada en el mundo de las propiedades formales (p. e., el tamaño real de la multitud) que impida la ocurrencia de esa clase de resultados, a pesar de todo el sufrimiento que puedan ocasionar.

Para mostrar lo que queremos decir con "arbitrariamente aplicable", piensa en dos objetos concretos, Mentalmente, llámalos A y B. Ahora, elige un número entre 1 y 4. Si ya lo has hecho, entonces vamos a decir que el número indica una frase relacional: 1 significa "mejor que", 2 significa "es el padre de", 3 significa "distinto" y 4 significa "parecido a". Ahora, responde a esta pregunta: "¿De qué manera es *A # B*?". Es decir, "¿De qué manera es (añade el nombre del objeto A, seguido de la frase relacional correspondiente al número que elegiste, seguido del nombre del objeto B)?

Puede parecer una pregunta extraña y es posible que no hayas escuchado antes nada parecido. Sin embargo, dentro de unos segundos, se te va a ocurrir una respuesta. Generalmente, si uno es inteligente, la respuesta le parecerá pertinente –a veces, en la medida en que la relación parece estar presente "en los objetos", aguardando solo a ser descubierta–. Esto, naturalmente, tiene que ser una ilusión ya que no importa cuáles sean los objetos elegidos o la relación aplicada para que se produzca el efecto y no puede ser que todo se relacione con todo, de cualquier manera imaginable, en un sentido formal. Hay una explicación más plausible: que ese tipo de relaciones se aplican arbitrariamente. Debido a esta propiedad del lenguaje y la cognición humanos, podemos relacionarlo todo con todo, de todas las maneras posibles.

La RFT puede ofrecer un sólido modelo para cualquier estrategia de intervención cognitiva (Törneke, 2010) pero, hasta ahora, en esta disertación sobre la RFT poco se ha dicho de la propia ACT. Para que

la conexión aparezca con mayor claridad, tenemos que volver a un rasgo típico de la RFT: el control contextual.

El papel de la configuración contextual

Los investigadores en RFT han descubierto que los marcos de relaciones están regulados por dos configuraciones contextuales identificables: el contexto relacional y el contexto funcional. El contexto relacional determina cómo y cuándo se relacionan los acontecimientos; el contexto funcional determina qué funciones van a ser transformadas en términos de una red de relaciones. Por ejemplo, en la frase: "Sara es más lista que Sam", las palabras *es más lista que* es probable que, para la mayoría de los lectores, cumplan la función de establecer un contexto relacional de comparación entre Sara y Sam. En la frase: "Imagínate el sabor de la leche agria", las palabras *imagina el sabor de* es probable que actúen como un contexto funcional que activa la experiencia perceptiva de la leche agria, basada en un marco de coordinación entre la leche agria y los nombres escritos o pronunciados.

La existencia de dos formas identificables de control contextual tiene algunas implicaciones clínicas importantes y la ACT saca buen partido de ellas. La mayoría de las intervenciones terapéuticas orientadas verbalmente suponen una manipulación del contexto relacional. Este tipo de manipulación está bien cuando el cliente necesita información o cuando esas manipulaciones se asocian a la intención de generar una mayor flexibilidad de respuesta cognitiva, como en algunas formas de revaluación cognitiva. Sin embargo, la manipulación del contexto relacional tiene serias limitaciones en la mayoría de las situaciones corrientes. Como los marcos de relaciones se aprenden y aplican arbitrariamente, es imposible controlar el contexto relacional de manera tan perfecta que se pueda evitar el que se deriven relaciones inadecuadas. Por ejemplo, multitud de claves pueden llevar a algunos niños a deducir que no son todo lo atractivos, dignos de cariño, inteligentes o valiosos que deberían. Hablando en general, no es posible salvar a los niños del temor a la deficiencia

asegurándose de que jamás piensan que son deficientes. Alabarlos en exceso, por bien intencionado que eso sea, puede provocar más daño que beneficios. Además, como en todo aprendizaje, una vez que se produce una relación, ésta puede ser inhibida pero nunca puede ser totalmente desaprendida. No existe ningún proceso que se pueda llamar de "desaprendizaje". Una vez que un niño deduce: "No merezco que me quieran", esa impresión va a estar incrustada para *siempre* en el sujeto, al menos hasta cierto punto. Incluso si la impresión disminuye hasta una intensidad próxima a cero, siempre estará lista para ser reaprendida, incluso décadas más tarde.

La persistencia de la memoria es lo que hace que resulte tan difícil restructurar las redes cognitivas eficientemente. Es fácil aumentar las redes –y la ACT, ciertamente, lo hace en muchos ámbitos– pero es difícil evitar que se deriven relaciones perjudiciales y no es posible destruir del todo ese pensamiento de nuestra historia mental.

El contexto funcional determina el *impacto* de la respuesta relacional; sin embargo, por fortuna, resulta más fácil de controlar en la mayoría de los casos. Es una idea de la que se hace buen uso en ACT. En imaginación, es posible degustar una naranja… pero también se puede degustar una nnnnnnnnn aaaaaaaaa rrrrrrrrr aaaaaaaa nnnnnnnnn jjjjjjjj aaaaaaaa, o degustar una naranaja, naranaja, naranaja, naranaja, naranaja, naranaja, naranaja, naranaja, naranaja, naranaja… o degustar una "naranja" –*dicho con la voz del Pato Donald*– o… degustar una naranja mientras se canta la canción de "Naranjito". El impacto de todas esas extrañas variaciones es muy diferente del de "degustar una naranja" y todos esos, por cierto, son ejemplos de intervenciones de defusión que se pueden utilizar en ACT.

No se trata solo de que el hecho de ser consciente de la distinción entre un contexto relacional y funcional pueda dar ideas para nuevas intervenciones clínicas. La RFT también nos ayuda a ver que si no tenemos cuidado con el tema central de un contexto relacional, podemos modificar inadvertidamente el contexto funcional de

manera negativa. Pensemos, por ejemplo, en una persona enfrentándose a un proceso psicótico, a la que se le pide que considere la racionalidad de un pensamiento para comprobar si es o no real. Esa petición equivale a una intervención de contexto relacional. Lo que se espera es que esta intervención pueda cambiar la configuración de las redes verbal-cognitivas de la persona (p. e., "No, no me persigue la mafia; solo soy un sin techo de Filadelfia"). Esta intervención podría resultar eficaz pero también podría hacer que el pensamiento se volviera más importante y central llegando, tal vez, a hacer que tuviera un impacto aún mayor –no menor– en el comportamiento. Además, como los marcos relacionales son bidireccionales, si se encuadra el pensamiento racional como opuesto al irracional, podría evocar la relación en la dirección opuesta ("solo soy un sin techo de Filadelfia; entonces, ¿por qué me persigue la mafia?"). La RFT sugiere que cualquier intento de cambiar el pensamiento es un arma de doble filo y puede ser peligroso cuando lo que se pretende es no pensar en algo, pensar menos en algo o solo pensar de una determinada manera. Lo que parece eficaz en el plano lógico no es, necesariamente, lo mismo que en el plano psicológico.

Sabemos por experiencia que algunos lectores se van a oponer a estas ideas basándose en que, si fueran correctas, algunas de las terapias conductual-cognitivas (CBT) resultarían perjudiciales en vez de útiles debido al empleo que hacen del debate cognitivo. No es el caso, pero la CBT incluye un amplio paquete que, en buena parte, es conductual y, en buena parte, sigue el sentido común empírico. Además, incluso algunos de los elementos cognitivos de la CBT (p. e., el intento de favorecer la flexibilidad cognitiva que, a veces, se lleva a cabo en intervenciones de valoración cognitiva) tienen sentido desde una perspectiva de la RFT. Cuando el elemento clave del debate cognitivo se centra en el estudio de los componentes, sin embargo, *no suele* resultar eficaz (p. e., Jacobson et al., 1996; véase Longmore y Worrel, 2007 para un meta-análisis) y, además, parece ser perjudicial para algún tipo de clientes (p. e., Haeffel, 2010).

Desde un punto de vista conductual contextual, la mayoría de las terapias que utilizan la palabra son intervenciones de contexto relacional. Las intervenciones de contexto relacional pueden elaborar, ampliar o interconectar redes relacionales pero no pueden eliminar relaciones cognitivas aprendidas previamente. La elaboración resulta especialmente útil cuando una red de relaciones ya existente no contiene relaciones clave, como sucede cuando se precisa una intervención psico-educativa o cuando la persona necesita aprender a generar respuestas alternativas para ser más flexible cognitivamente. Las intervenciones ACT suelen implicar información psico-educativa sobre conceptos esenciales de la ACT con el objetivo de ampliar una red de relaciones deficiente o limitada y las intervenciones de flexibilidad cognitiva son un ingrediente habitual. Por ejemplo, hablar en la sesión inicial de terapia a los clientes que pretenden evitar sus vivencias sobre sus pautas de evitación (o incluso de abandonarlas) una vez que las cosas se vuelven difíciles emocionalmente, puede ayudarlos a mantener su implicación o señalarles cómo los ejercicios de supresión del pensamiento pueden ayudarles a reducir su apego malsano a los intentos de solución mediante la evitación. La advertencia es que incluso las intervenciones flexibles y correctas psico-educativamente pueden tener funciones inadvertidas de eliminación y evitación (p. e., "Si consigo entender mejor eso, entonces el problema desaparecerá") por lo que se debe tener un especial cuidado.

La constatación de que no es probable que la terapia ayude al cliente a desaprender cogniciones concretas no debería convertirse en la idea de que tú, el terapeuta, no deberías intentar nunca cambiar las cogniciones del cliente. Los terapeutas pueden relaborar una cognición, hacerla más adaptable y, así, conseguir que tenga menos probabilidades de ocurrencia (irónicamente, una de las mejores maneras de hacerlo es, simplemente, encontrando la forma de tratar determinados pensamientos como menos importantes, lo que es una técnica común en ACT). Muchos programas de investigación de RFT aplicada están completamente dedicados a tratar de mejorar la

cognición de los clientes. La RFT ya se utiliza para entrenar habilidades lingüísticas, fortalecer la capacidad de solución de problemas y establecer un sentido más fuerte del yo, por ejemplo (para una descripción detallada de tales programas, véase Rehfeld y Barnes-Holmes, 2009). La ACT también incluye elementos de contexto relacional aun cuando pone su énfasis en las intervenciones centradas en un contexto funcional más que puramente relacional. Por ejemplo, si el pensamiento "soy malo" genera confusión y produce un efecto negativo, no hay nada malo, en principio, en añadir formas verbales a ese pensamiento habitual tales como: "estoy teniendo pensamientos de que soy malo", o: "¿soy malo?", o bien: "soy malo… menos cuando no lo soy". Ninguno de esos añadidos suprime el "soy malo" pero puede alterar su impacto funcional al extender el conjunto de respuestas relacionales que tienen lugar y que son relevantes para ese pensamiento.

La naturaleza auto-perpetuadora del marco relacional

Aunque establecer marcos es una conducta aprendida por refuerzo operante, las contingencias que la controlan resultan tan amplias que se vuelve muy difícil regularlo. En la temprana infancia, el lenguaje se aprende, casi por completo, mediante condicionamiento social. Al mismo tiempo que se desarrollan lenguaje y pensamiento, los niños van aprendiendo reglas sociales, costumbres y creencias que reflejan las prácticas culturales de su entorno. Esta "programación social" está tan arraigada en el sistema lingüístico que llega ser funcionalmente invisible. Los pensamientos y prácticas promovidos socialmente –incluso los que resultan perjudiciales– son muy difíciles de detectar. Además, a medida que se va madurando a lo largo de la infancia, las consecuencias sociales directas se vuelven menos importantes a medida que se utiliza el lenguaje para buscar sentido, resolver problemas y contar historias. La congruencia y la utilidad son suficientes para mantener las relaciones verbales una vez que se han establecido. Detectar que uno está formando redes relacionales coherentes y explicables (p. e., aprender que uno tiene "razón" o que

"tiene sentido") o que relacionar sucesos conduce a resultados eficaces (p. e., aprender que uno "ha resuelto el problema") y otros procesos semejantes, proporciona un reforzamiento continuo para el proceso del marco de relaciones. Como resultado, resulta muy difícil atenuar el lenguaje y la cognición una vez que se han establecido. Una vez que se ha aprendido el lenguaje, es imposible regresar al universo no verbal, al menos, en nuestro sentido del término *verbal*. Además, una vez que consideramos las cosas de una manera determinada, esa forma de pensar permanece irremediablemente en nuestro repertorio relacional, aunque solo rara vez reaparezca. Cuanto más se piensa sobre determinada área, más relaciones derivadas están disponibles para mantener y restablecer una determinada red si es activada por nuevas prácticas. Esta tendencia ayuda a explicar por qué las redes cognitivas son tan extraordinariamente difíciles de romper aún con un entrenamiento contradictorio directo. Las investigaciones en RFT han demostrado que cuando se extinguen antiguos pensamientos, reaparecen rápidamente si la nueva forma de pensar tropieza con dificultades (Wilson y Hayes, 1996). Los laboratorios de RFT han desarrollado nuevas maneras altamente sofisticadas de medir implícitamente las cogniciones, mostrando que se dan efectos perdurables y, a veces, nocivos, en algunas formas de condicionamiento relacional (p. e., el "Implicit Relational Assessment Procedure, o IRAP; Barnes-Holmes, Murphy, Barnes-Holmes y Stewart, 2010).

Estas ideas fundamentales, subyacentes a la RFT han recibido apoyo empírico en la literatura reciente que comprende los resultados de varios estudios. Sabemos que los marcos de relaciones se desarrollan en la infancia (p. e., Lipkens, Hayes y Hayes, 1993) y que esto ocurre por entrenamiento directo (p. e., Luciano et al, 2007). La pobreza de marcos relacionales se asocia con déficits cognitivos tales como escasas habilidades de solución de problemas o bajos niveles de comportamiento inteligente (O'Hora, Peláez, Barnes-Holmes y Amesty, 2005). Inversamente, el entrenamiento en la creación de marcos de relaciones aumenta las capacidades cognitivas de alto

nivel (p. e., Barnes-Holmes, Barnes-Holmes y McHugh, 2004; Berens y Hayes, 2007) incluyendo el CI (Cassidy, Roche y Hayes, 2011). El lector interesado en profundizar en la literatura sobre estas investigaciones puede encontrar fácilmente amplias reseñas sobre los desarrollos más recientes de RFT (p. e., véase Rehfeldt y Barnes-Holmes, 2009; Törneke, 2010).

Comportamiento dirigido por reglas

El marco de relaciones supone una ventaja evolutiva clave de la especia humana, surgida del contexto de la cooperación social. Los estímulos verbales pueden ser combinados en reglas verbales elaboradas que tienen la capacidad de regular el comportamiento. La conducta gobernada por reglas no necesita basarse en un contacto que refleje las consecuencias directas en la realidad; más bien se basa, sobre todo, en formulaciones verbales de los acontecimientos y en las relaciones entre ellos. De acuerdo con Skinner (1969), el comportamiento dirigido por reglas es un comportamiento gobernado por la especificación de contingencias más que por el contacto directo con ellas. El comportamiento dirigido por reglas permite a los seres humanos responder de manera muy precisa y efectiva en los casos en que el aprendizaje por experiencia directa podría ser ineficaz o letal. Por ejemplo, uno no necesita implicarse en un proceso de aprendizaje progresivo para aprender a evitar un cable eléctrico de alto voltaje. De la misma manera, sabemos, a partir del trabajo experimental básico, que las consecuencias que se aplazan por mucho tiempo, por lo general, resultan ineficaces con sujetos no humanos. El comportamiento gobernado por reglas nos permite a los humanos responder de manera eficaz a consecuencias muy diferidas en el tiempo como, por ejemplo: "Se amable con tu tío y, dentro de 20 años, te recordará en su testamento".

Estas reglas, sin embargo, tienen un coste. Cuando el comportamiento está controlado por reglas verbales, tiende a ser relativamente insensible a los cambios en el ambiente que no están descritos en la propia regla (véase Catania, Shimoff y Matthews, 1989;

Hayes, Brownstein, Haas y Greenway, 1986ª; Hayes, Zettle y Rosenfarb, 1989 para reseñas sobre esta literatura y Hayes, 1989, para un amplio tratamiento del tema). Cuando la conducta está guiada por reglas verbales, los sujetos humanos suelen establecer cambios en el entorno con menos precisión que los no humanos. Por ejemplo, si a una persona se le dice: "aprieta rápidamente este botón para ganar puntos", será menos probable que deje de presionar cuando ya no los gane. (p. e., Hayes, Brownstein, Zettle, Rosenfarb y Korn, 1986b).

El, así llamado, efecto de insensibilidad es importante porque muchas formas de conducta clínicamente significativa ejemplifican esta pauta: los comportamientos (tanto observables como privados) persisten aunque se experimenten directamente consecuencias negativas o su posibilidad. Esta observación se puede entender mejor al examinar porqué se siguen las reglas. La RFT distingue tres formas de seguimiento de reglas: *plegamiento, rastreo* e *incrementación.*

Plegamiento implica seguir una regla verbal basada en el historial de consecuencias habidas para la correspondencia, controlada socialmente, entre la regla y la conducta previa. Por ejemplo, un padre le dice a su hijo: "ponte el abrigo; hace frío fuera". Si el niño responde en función de una historia de seguimiento de reglas para agradar o contrariar al padre (en este caso, para no abrigarse), sería plegamiento –o contra-plegamiento, en el caso de buscar un enfrentamiento–. En un nivel clínico, el plegamiento puede tener lugar cuando el cliente hace algo para complacer al terapeuta, parecer bueno o tener razón frente a los demás –pero, realmente, no es el "dueño" del comportamiento ni éste está ligado a sus valores personales–. El plegamiento tiende a ser relativamente rígido y predomina, sobre todo, en gente con pautas de comportamiento inflexible. Se trata de una forma importante de conducta gobernada por reglas en el desarrollo de los niños porque las consecuencias, asociadas de una manera rígida, pueden conseguir que se produzca el seguimiento de la regla; y al añadir consecuencias sociales al seguimiento de la regla, las contingencias se pueden vincular

estrechamente con el comportamiento. Pero entre los adultos, el plegamiento se sobrevalora como una forma útil de regulación verbal y es algo a lo que, con frecuencia, hay que enfrentarse directamente en la terapia.

El rastreo consiste en seguir una regla verbal basada en la relación que se establece entre esa regla y sus contingencias naturales (p. e., las que tienen lugar en función de ese mismo tipo de comportamiento en una situación determinada). Por ejemplo, si el niño de antes se pone el abrigo para protegerse porque, en el pasado, esas reglas ("ponte el abrigo; hace frío fuera") han sido una buena descripción de la temperatura así como una buena predicción de las consecuencias de no ponerse el abrigo, tal comportamiento estaría basado en un *rastreo*. El rastreo pone al cliente en contacto directo con el impacto de su conducta. En consecuencia, el rastreo genera formas más flexibles de comportamiento que el plegamiento, permitiendo que la gente se adapte al entorno en lugar de plegarse, simplemente, a las consecuencias sociales del seguimiento de reglas, lo que podría dar como resultado tanto repercusiones arbitrarias como consecuencias relacionadas. Sin embargo, debido a que es muy útil en muchos contextos, el rastreo podría sobregeneralizarse a situaciones que no están gobernadas por reglas. Por ejemplo, si se intenta seguir una directiva para ser "más espontáneo" lo más probable es que eso genere confusión ya que es imposible conseguir mayor espontaneidad meramente mediante instrucciones verbales, como tampoco se puede ser un artista de verdad "rellenando de color las casillas".

Incrementación es un comportamiento gobernado por reglas que varían el alcance de las consecuencias de un acontecimiento. En términos clínicos, la incrementación proporciona incentivos formulados verbalmente para que el cliente se comporte de una manera determinada. Hay dos subtipos: Los *incrementadores de transformación* establecen nuevas consecuencias (p. e., Hayes, Kohlenger y Hayes, 1991). Por ejemplo, si se refuerza al escuchar la

palabra *bueno*, entonces, aprender que las palabras *bon* y *good* significan asimismo *bueno*, las puede convertir también en reforzadores. Los *incrementadores de motivación* alteran la fuerza de una consecuencia funcional ya existente (p. e., Ju y Hayes, 2008). Los publicistas utilizan este tipo de comportamiento gobernado por reglas cuando quieren inducir verbalmente una sensación de lo que podrían producir sus artículos (p. e., "¿No te apetecería una Burger King ahora?"; véase Ju y Hayes, 2008 para una demostración experimental del resultado de este anuncio). La incrementación es el principal recurso de motivación en los adultos y es importante hacer un buen uso de ella en terapia.

Comportamiento gobernado por reglas y rigidez psicológica

Esta distinción de reglas resultó muy útil en los últimos 20 años de investigaciones de laboratorio. La traducción de esos principios a la práctica clínica es, normalmente, muy directa y en los apartados siguientes examinamos algunas de sus principales implicaciones.

La repercusión clínica del plegamiento

La insensibilidad inducida por reglas correlaciona, en gran medida, con ciertas formas de rigidez psicológica como las pautas de comportamiento reiterativo (Wulfert, Greenway, Farkas, Hayes y Dougher, 1994). El plegamiento es una fuente importante de este tipo de rigidez (Barrett, Deitz, Gaydos y Quinn, 1987; Hayes, Brownstein et al., 1986ª). Los primeros estadios de regulación verbal se caracterizan típicamente por las demandas sociales de quienes imponen las reglas. "¡No!" es, normalmente, una de las primeras palabras que aprenden los niños. El plegamiento *intenta* reducir la sensibilidad a otras contingencias del entorno: si un padre le está enseñando a su hijo a que no salga a la calle basándose exclusivamente en la exigencia paterna, ese padre no va a querer que la regla sea puesta a prueba (p. e., mediante una escapada del niño a la calle, a ver qué pasa).

En la edad adulta, sin embargo, la mayor parte del comportamiento efectivo que, de otro modo podría basarse en la conformidad, suele producirse, por lo general –y con mejores resultados–, a partir del rastreo y la incrementación (véase Sheldon, Ryan, Deci y Kasser, 2004). La mayoría de nosotros conocemos a personas de 40 y 50 años que todavía se están rebelando frente a sus padres –aunque éstos ya hayan fallecido mucho tiempo atrás–. En tales casos, el plegamiento constriñe el comportamiento de forma innecesaria y lo hace menos flexible en relación a sus consecuencias naturales. De la misma manera, puede que los niños tengan que aprender a mostrar compasión a través del elogio de los padres, pero un adulto no tiene que estancarse en este nivel; el adulto puede mostrar compasión como una manifestación de sus propios valores personales (incrementación) y hacer lo que mejor encaje con esos valores (rastreo). El origen de esa compasión, en parte, puede ser social pero el plegamiento dirige la propia compasión hacia lo que puedan pensar los demás.

El impacto clínico del rastreo

El rastreo también puede ocasionar problemas cuando la gente sigue reglas verbales que no se pueden comprobar, no son predictivas, son profecías de autocumplimiento o se aplican a situaciones que solo pueden estar afectadas por contingencias. La ACT es escéptica sobre la aplicación general de estrategias cognitivas de cambio y se muestra prudente respecto a lo fácilmente que se pueden venir abajo las estrategias cognitivas de cambio muy saludables; pero, a veces, hay muy buenas razones para que los clientes pongan a prueba las reglas verbales y tracen vías que desempeñen un mejor el papel a la hora de predecir las consecuencias. Lamentablemente muchas de las reglas más perniciosas son difíciles de poner a prueba.

Pensemos en las reglas de auto-cumplimiento. En estos casos, el bucle de retroalimentación natural entre el cumplimiento de la regla y las

consecuencias resultantes o bien no existe o bien es engañoso. Tal circunstancia puede producir fácilmente un bucle extraño. Por ejemplo, el seguimiento de la regla "no valgo nada" lleva, generalmente, a comportamientos que confirman la regla en un sentido funcional. Si intento resultar ingenioso porque, en realidad, no valgo nada, los elogios de los demás me van a parecer vacíos. Después de todo, los estoy engañando –y ¿quién va a creer a un farsante o a quién le va a importar lo que diga?–. El resultado final, probablemente, será la *continuación* de los sentimientos de inutilidad a pesar de las señales de éxito objetivas.

En áreas donde el comportamiento tiene que ser establecido a través de la experiencia directa, no bastan las pruebas de utilidad de las reglas verbales para detectar las consecuencias; tienen que ser contrastadas con acciones que no estén tan dominadas por reglas. Más adelante explicamos cómo tiene lugar esto, en el capítulo sobre defusión (capítulo 9).

El impacto clínico de la incrementación

La ACT procura *fortalecer* determinados tipos de regulación verbal incluyendo, sobre todo, la incrementación, que puede favorecer el que la conducta pase a depender del control de las consecuencias probables o aplazadas. Por ejemplo, la ACT se centra sobre todo en los valores finales del cliente. Los valores son elegidos, formulados y clarificados por sus funciones "incrementadoras", ya sean formativas o motivantes. Un cliente puede estar más dispuesto a emprender acciones nuevas y más eficaces, abandonando las antiguas e ineficaces, cuando el propósito general de lograrlo se basa en valores del propio cliente tales como ser más cariñoso, participativo o estar más dispuesto a compartir y cooperar con los demás. En contraste, los "incrementos" centrados en la huida y evitación, tales como: "No pienses en tu diabetes y te sentirás mejor", conducen, por lo general a peores resultados. En ACT, se deben fortalecer los incrementos relacionados con resultados basados en valores; los relacionados con procesos para alcanzar un objetivo (p. e., eliminar la ansiedad,

aumentar la auto-confianza) deberán ser fortalecidos o debilitados en función de su incidencia sobre los objetivos finales (p. e., los basados en la viabilidad).

Sobre-extensión de los procesos verbales

La RFT es una teoría contextual y los contextos son el objetivo de las intervenciones clínicas en ACT. Determinados contextos, por lo general, se ven afectados cuando los procesos verbales o cognitivos están sobredimensionados. La comunidad socio-verbal utiliza símbolos verbales –eventos que cumplen su función debido a que participan en marcos de relaciones– en diferentes contextos de literalidad. Por "contexto de literalidad" nos referimos a las circunstancias socio-verbales en las que la gente es inducida a interactuar con estímulos verbales que se basan en su significado convencional o en la supuesta correspondencia con lo que es "real". Este contexto es central en muchos de los usos del lenguaje –dar razones, contar historias, dar sentido o resolver problemas– y, a veces, resulta útil. Cuando un padre grita: "¡Cuidado, un coche!" lo que quiere es que el niño dé un salto como si el coche estuviera justo encima –lo que se basa en la correspondencia entre un sonido arbitrario ("¡coche!") y la inminente aparición de la máquina con ruedas–. Como las operaciones de resolución de problemas constituyen, quizás, la forma más provechosa de utilización del lenguaje, nos referimos al modo mental correspondiente a tales contextos de literalidad como "modo mental de resolución de problemas" (véase Segal, Williams y Teasdale, 2002 para un punto de vista similar).

Bastan unos pocos marcos relacionales básicos para facilitar el proceso verbal de solución de problemas. Piensa en un ejemplo de solución de problemas verbal: "Dada la situación X, si hago P, obtengo Q, que es mejor que Y". solo se necesitan tres clases de marcos relacionales: marcos de coordinación de palabras con acontecimientos, marcos temporales –de antes y después–, y marcos comparativos. El modo mental de solución de problemas procede

evaluando de manera continua el momento actual en relación a un objetivo y toma nota de la discrepancia que pueda existir aún para activar otra secuencia de resolución de problemas.

Un ejemplo del proceso: imagina que estás intentando localizar un museo en una gran ciudad. Desde el punto en el que te encuentras, si giras a la derecha, habrás llegado, pero si giras a la izquierda, tendrás que recordar de dónde vienes y deberás volver a repetir el ciclo siguiendo el mismo proceso relacional hasta que la discrepancia ("quiero ir al museo, pero aún no estoy allí") desaparezca ("aquí está").

La solución de problemas es una habilidad sorprendente pero está tan generalizada y tiene tanta utilidad que a los seres humanos les resulta difícil diferenciar cuándo resulta útil y cuándo no. Un modo mental de resolución de problemas es restrictivo, orientado al futuro y/o al pasado, a veces rígido, enjuiciador y altamente literal. Es restrictivo porque solo se consideran legítimas las respuestas relacionales que sean relevantes para el problema; se orienta al futuro o al pasado porque esas respuestas relacionales constituyen aspectos del análisis del problema y de la evaluación de las posibles soluciones; a veces es rígido porque puede dirigir fácilmente todo tipo de problemas humanos con la única excepción de los límites verbales de la propia resolución de problemas; es enjuiciador porque es necesario llevar a cabo comparaciones respecto a un objetivo y es altamente literal porque los símbolos son tratados como si estuvieran directamente vinculados con sus referentes.

Lo malo de la resolución de problemas es que se trata de un modo mental que no sabe cuándo tiene que parar y, fácilmente, se desborda. Puede desplazar a la intuición, a la inspiración, a la descripción imparcial y la observación, al compromiso, la apreciación, el maravillarse, a la inteligencia emocional o cualquier otra forma de conocimiento y vivencia que no sea temporal o comparativa. Las contingencias evolutivas (p. e., aprender a hacer lo que da resultado) no pueden operar en ausencia de una variación funcional y la vida

humana, en ausencia de variaciones, se bloquea fácilmente y es incapaz de avanzar.

Pensemos en el ejemplo del auto-conocimiento. Debido al proceso de implicación mutua, cuando un ser humano interactúa verbalmente con su propio comportamiento, el significado psicológico, tanto del símbolo verbal como de la propia conducta, puede cambiar. Esta propiedad bidireccional hace que la auto-consciencia humana sea útil pero también la vuelve dolorosa. Una persona que relata traumas y dolores del pasado, generalmente llorará –incluso (o, tal vez, *especialmente*) si nunca antes lo había relatado–. El llanto se produce porque el relato y lo acontecido se relacionan mutuamente, no porque el relato haya estado asociado directamente en el pasado con acontecimientos aversivos.

De modo natural, tendemos a aplicar un modo mental de resolución de problemas a los acontecimientos aversivos. Resulta aversivo ser verbalmente consciente de ese tipo de acontecimientos y también la mente humana se muestra demasiado dispuesta a solucionar ese problema mediante la evitación, la negación o la supresión de los pensamientos, sentimientos, recuerdos o sensaciones corporales aversivos. De esa forma, un modo mental de resolución de problemas indiscriminado e inflexible estará alimentando los que podrían considerarse los dos principales procesos de estrechamiento de repertorio: el excesivo control por reglas y la evitación vivencial.

Afortunadamente, podemos generar contextos en los que el lenguaje y la cognición funcionen de manera distinta. Podemos establecer un modo mental diferente –de implicación consciente– que sea más flexible y abierto a las consecuencias de las acciones que se consideran significativas, ya sea directa o verbalmente. En este modo, el lenguaje y la cognición se ponen al servicio de percibir y apreciar el flujo y reflujo de los acontecimientos externos e internos y de centrar la atención, de manera flexible, en las acciones intrínsecamente valiosas. Para que este enfoque sea posible, es necesario detectar y sustituir los contextos que favorecen la literalidad y el modo mental de resolución

de problemas. Cómo conseguirlo es uno de los temas de este libro. La RFT nos proporciona una buena guía, como vamos a ver a continuación.

Importancia clínica de los hallazgos de la RFT

Podemos resumir algunas de las conclusiones básicas, de importancia para la puesta en práctica, que se derivan del programa de investigación RFT tal como se lleva a cabo para los fines que nos proponemos. Algunas de estas conclusiones se derivan del material que acabamos de examinar. A continuación se enuncian unas pocas que serán tratadas con detalle más adelante.

- Sin marcos de relaciones, los humanos no pueden actuar con normalidad. Los terapeutas tienen que enfrentarse al sistema verbal-cognitivo, generalmente, utilizando un intercambio verbal y, por eso, necesitamos teorías precisas y de amplia perspectiva que muestren a los terapeutas cómo llevar a cabo esa tarea.
- Algunos de los problemas clínicos de los clientes se pueden atribuir a repertorios relacionales escasamente desarrollados (p. e., débil capacidad de resolución de problemas, escasas habilidades intelectuales, falta de empatía, incapacidad de ver la perspectiva de los demás) y se pueden solucionar fortaleciendo las habilidades verbales. La RFT puede ayudar a determinar las habilidades precisas (p. e., véase Cassidy et al., 2011).
- Las redes relacionales actúan por adición, no por sustracción y, por eso, es imposible eliminar, simplemente, un elemento cognitivo que sea clínicamente relevante. No existe un proceso de aprendizaje denominado "desaprender". La extinción de comportamientos o hábitos previos es cuestión de un nuevo aprendizaje, de inhibición o flexibilización de la respuesta, no de "desaprendizaje".
- A medida que se desarrolla un marco de relaciones, adquiere preponderancia sobre otras fuentes de regulación conductual

debido a su utilidad en el mundo real, su presencia generalizada y al amplio contexto de literalidad y resolución de problemas que se mantienen, en parte, por la comunidad social-verbal.

- Las mismas propiedades de los marcos de relaciones que permiten la resolución de problemas humanos, contribuyen también a que se dé un seguimiento rígido de reglas y a la evitación vivencial que son procesos importantes de reducción de repertorios.
- Un contexto de resolución de problemas literal no es el único contexto disponible en el que puedan tener lugar procesos verbal-cognitivos. También se puede crear un contexto de implicación consciente. Las funciones verbales van a ser diferentes en este contexto.
- Una tarea central en ACT es aprender a poner bajo control distintos modos de lenguaje y cognición así como mantener la salud psíquica de un modo más genérico.

Observaciones finales

En este capítulo hemos presentado algunos de los fundamentos filosóficos, teóricos y científicos de la ACT. Nuestro propósito principal era proporcionar al lector una mejor comprensión de los principios fundamentales del contextualismo funcional y de la teoría del marco de relaciones que se relacionan de manera directa con los temas clínicas relevantes a los que nos referimos a lo largo de este libro. En el próximo capítulo vamos a presentar un modelo unificado de funcionamiento adaptativo humano basado en conceptos esenciales de la RFT, presentando luego conceptos clínicos estrechamente asociados que han pasado a ser el fundamento de la ACT tal como se practica en la actualidad.

3 La flexibilidad psicológica como modelo unificado del funcionamiento humano

En este capítulo presentamos un modelo unificado de funcionamiento humano y de adaptabilidad y mostramos su importancia clínica. Creemos que las seis características del modelo son responsables, en buena medida, de la adaptabilidad humana –o, dicho a la inversa, del sufrimiento humano–. También ofrecemos algunas conexiones con la ciencia pertinente que relacionan el trabajo llevado a cabo en laboratorios de ACT y RFT con el realizado en otros ámbitos de la ciencia psicológica que afectan a nuestra materia. En el próximo capítulo mostraremos cómo se pueden utilizar los mismos procesos para formular estudios de caso y planes de intervención.

Según nuestra definición, un modelo unificado es un *conjunto de procesos congruentes que se aplica con precisión, visión y profundidad a una amplia gama de problemas clínicamente relevantes así como a cuestiones de funcionamiento y adaptabilidad humana*. Imagina una fuente que hayas visto en algún parque de la ciudad, una que cambie continuamente la configuración de los chorros. Algunas veces, los chorros subirán muy arriba mientras que, otras, lanzarán el agua según secuencias cuidadosamente estudiadas. Cada forma que ves está pensada para que sea única; eso es lo que hace que la fuente sea llamativa

estéticamente. En otro nivel de análisis, la fuente está asentada en un conjunto común de tuberías, un pequeño número de bombas y motores y un circuito principal único. Todo ese equipamiento oculto de fontanería y electricidad es el fundamento para todo cuanto es capaz de hacer la fuente: Un pequeño número de procesos es capaz de producir un número casi infinito de configuraciones distintas.

De modo semejante, en ACT, nuestro centro de atención no está enfocado en la inagotable variedad de muestras de sufrimiento (síntomas y síndromes o colecciones de síntomas) sino, más bien, en los procesos que controlan todo ese despliegue. El modelo de flexibilidad psicológica que subyace a la ACT se centra en un conjunto limitado de procesos relacionados congruentemente que contribuyen a la adaptabilidad humana y a su opuesto, la psicopatología y el sufrimiento humano.

Objetivos de un modelo unificado

Como comentábamos en los capítulos 1 y 2, la prueba de fuego de cualquier modelo de tratamiento es su *capacidad de conducir a intervenciones clínicamente significativas*. Es posible generar protocolos aplicables ampliamente –y la evidencia sugiere que la ACT lo ha hecho– pero eso solo no cumple con la definición de un modelo unificado; además, también es necesario demostrar lo siguiente: 1) que el proceso que supuestamente explica el efecto del tratamiento, en realidad, tiene ese efecto; 2) que los procesos humanos clave que el modelo afirma ser pertinentes para el resultado son, en realidad, pertinentes y 3) que los componentes de la intervención que se afirma que son importantes *son*, de hecho, importantes. En otras palabras, los modelos clínicos psicológicos tienen éxito o fracasan no solo basándose en los resultados sino también en *la identificación de los procesos de mediación, los moderadores de resultado y los componentes clave ligados todos ellos a la investigación básica y clínica en curso.*

Un modelo unificado también debe mostrar que esos mismos procesos diferencian a los miembros funcionales de la población de los disfuncionales. No basta con mostrar que la población *clínica* tiene un determinado estilo de respuesta; también es necesario mostrar que los segmentos más sanos de la población se diferencian, de manera observable, en el mismo estilo de respuesta. Otra forma de expresar este requisito es decir que *el modelo de tratamiento y el modelo de psicopatología deben estar integrados y vinculados a los procesos comunes esenciales*.

La ACT se basa en un enfoque dimensional de valoración clínica que destaca la naturaleza continua de la conducta humana. Sin embargo, un enfoque dimensional puede provocar confusión en el caso de que existan demasiadas dimensiones sin una importancia real y que no estén organizadas en un conjunto coherente. De ese modo, un modelo unificado *debe llevar a cabo una selección entre los múltiples procesos disponibles con el fin de articular un conjunto más pequeño en un una perspectiva coherente.* Es fácil observar este fenómeno. Imagina que empezamos a organizar la psicología humana mediante características dimensionales a diestro y siniestro incluyendo, a la vez, factores como la edad, grado de implicación religiosa, grado de autoestima, grado de orientación interna o externa y cosas por el estilo. Cuando la lista alcance una longitud de dos cifras, va a ser demasiado complicada para que resulte clínicamente útil. Sin una *teoría subyacente* adecuada, no habría nada que impidiera que semejante enfoque llegara a valorar decenas de dimensiones. Una clasificación funcional de dimensiones requiere que uno se centre en factores de probable importancia clínica derivados de la ciencia básica. El enfoque contextual funcional persigue la utilidad limitando el número de dimensiones, vinculando las dimensiones a los procesos básicos y organizándolas en un modelo congruente. En este momento, creemos que el modelo ACT se ha desarrollado suficientemente bien para satisfacer estos criterios.

Una visión de conjunto del modelo de flexibilidad psicológica

El modelo de flexibilidad psicológica es de naturaleza inductiva y está vinculado a los procesos humanos básicos que se derivan, en buena medida, de la ciencia experimental. Por su diseño es, al mismo tiempo, un modelo de psicopatología, un modelo de salud psíquica y un modelo de intervención psicológica. En el modelo hexagonal de la figura 3.1 representamos los seis procesos que contribuyen a la rigidez psicológica: atención inflexible, quiebra de los propios valores, inactividad o impulsividad, identificación con un yo conceptual, fusión cognitiva y evitación vivencial. La figura 3.2 muestra los correspondientes seis procesos centrales que generan flexibilidad psicológica: atención flexible al momento presente, valores personales, compromiso con la acción, yo-como-contexto, "defusión" y aceptación. La forma del modelo y su enfoque en la flexibilidad han dado lugar a la etiqueta humorística de "hexaflex". Para bien o para mal, la denominación parece haberse asentado. Si el término te hace sonreír, no te preocupes; a nosotros también nos hace sonreír un poco a pesar de su finalidad totalmente seria.

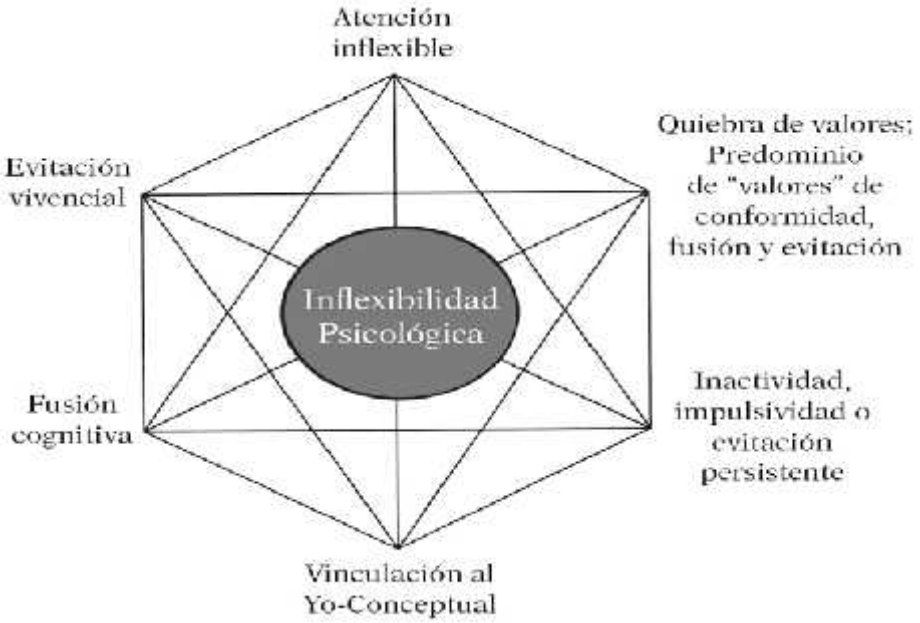

Figura 3.1. Rigidez psicológica como modelo de psicopatología Copyright Steven C. Hayes. Reproducido con permiso.

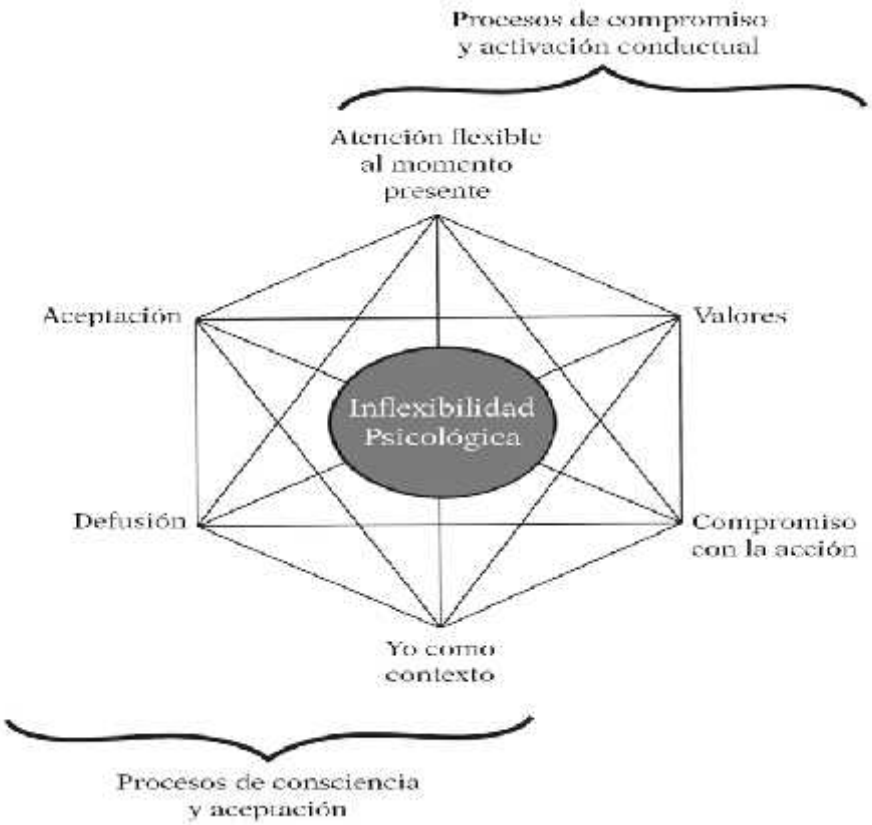

Figura 3.2. Flexibilidad psicológica como modelo del funcionamiento humano y del cambio de conducta. Los cuatro procesos de la izquierda corresponden a los procesos de consciencia y aceptación; los cuatro de la derecha son procesos de compromiso y cambio de conducta o de activación conductual. Los seis juntos constituyen la "flexibilidad psicológica". Copyright Steven C. Hayes. Reproducido con permiso.

Nuestro punto de partida es que esos seis procesos centrales son los responsables de la organización de la flexibilidad psicológica y que, en ausencia de uno o más de ellos, se corre riesgo de rigidez psicológica. Además, afirmamos que la rigidez psicológica es la raíz causal del sufrimiento humano y del funcionamiento desadaptado. ¿Cuántos clientes vas a ver en psicoterapia que sean capaces de desprenderse de reglas inviables, de aceptar lo que no se puede cambiar dentro y fuera de la piel, de vivir en el presente y de prestar atención a lo que es importante, de entrar en contacto con un sentido más profundo del yo como el referente desde el que tomar perspectiva para elegir y clarificar sus valores vitales y organizar los actos de su vida en torno a esos valores? Muy pocos, si es que alguno, cumplirá nuestras expectativas.

El modelo de flexibilidad psicológica mantiene que el dolor es una consecuencia natural del vivir pero que la gente sufre sin necesidad cuando su nivel global de rigidez psíquica le impide adaptarse al contexto interno o externo (véase Figura 3.1). El sufrimiento innecesario se produce cuando los procesos verbal-cognitivos tienden a estrechar el repertorio humano en áreas clave mediante el enredo cognitivo y la evitación vivencial. Cuando la gente se sobre-identifica o se "fusiona" con reglas verbales inviables, su repertorio conductual se vuelve más estrecho y pierde el contacto real con los resultados directos de la acción. Esta forma de respuesta pierde su capacidad de cambiar de curso cuando las estrategias que se aplican no dan resultado. También provoca que la gente siga persistiendo en tratar de analizar y entender sus dificultades. Tener "razón" sobre lo que va mal puede llegar a tener mayor importancia que vivir de una manera vital y efectiva. Cuando la gente se enreda en la evitación vivencial, su comportamiento queda bajo control aversivo; es decir: va a estar intentando evitar, suprimir o escapar de pensamientos, sentimientos, recuerdos o sensaciones físicas. La evitación da lugar a otras constricciones comportamentales y a una pérdida de contacto progresiva con las consecuencias positivas que tendría el hecho de responder en lugar de evitar. El ciclo de la evitación se vuelve dominante por lo que se incrementa esa necesidad de mantener la evitación como un "daño colateral" (p. e., rechazando relaciones, frustrando esperanzas y sueños, etc.).

Estas pautas tienden a sobrepasar los procesos de atención flexible. Por ejemplo, cuando uno no puede entrar en su presente de una manera flexible, fluida y voluntaria y, en vez de eso, se preocupa del pasado o del futuro, se convierte en presa fácil de las cavilaciones, la ansiedad, depresión y cosas por el estilo. Si uno se sobre-identifica con la historia de su propio yo o se aferra rígidamente a una visión del yo inviable, por lo general, desembocará en profecías auto-cumplidas. Como resultado, se dará una amplificación injustificada del impacto de los aspectos más penosos de la historia personal previa. Estos procesos, al volverse dominantes en exceso, tienden a

interferir con las funciones positivas de la cognición humana: la construcción de un significado positivo y la vinculación de la acción a sus consecuencias. La interferencia con ese empleo positivo reduce la motivación e inhibe las acciones basadas en valores. Cuando la gente pierde el contacto con sus valores personales más sólidos, su conducta pasa a ser controlada por la conformidad social, los intentos de agradar o aplacar a los demás o por la evitación. Cuando este comportamiento persiste a lo largo del tiempo, las principales áreas vitales, las que producen el sentimiento de salud, vitalidad y propósito, se estancan y, en lugar de todo eso, la gente se enreda en el retraimiento, el aislamiento o bien, por el contrario, incurre en excesos conductuales como beber, drogarse, autolesionarse, comer compulsivamente, fumar en cadena y demás. En conjunto, esos procesos del "hexaflex negativo" pueden conducir a un estilo de vida que se llega a percibir como emocionalmente muerto por dentro, como si la persona viviera con el piloto automático puesto o con un estilo lleno de confusión, angustia y egocentrismo. En todo caso, la vida se vive pero no hay sensación de vitalidad, propósito ni sentido.

El modelo de flexibilidad psicológica, a primera vista, parece muy convencional: la mayor parte del sufrimiento es atribuible a la mente, la mayor parte de la psicopatología es también un trastorno "mental" y la salud requiere aprender a adoptar otro modo mental distinto. Lo que no resulta tan convencional es que los teóricos de la ACT enfoquen la mente desde una perspectiva técnica respecto a la naturaleza de la actividad verbal y cognitiva y con un enfoque conductual contextual del lenguaje. El elemento clave para la generación de sufrimiento es el *contexto* de la actividad verbal; es incluso más importante que el propio *contenido* de las vivencias privadas per se. No se trata tanto de que la gente esté pensando en lo negativo; el problema, más bien, es el propio pensamiento y la manera en que la comunidad, en general, favorece un uso excesivamente literal de palabras y símbolos como una forma de regulación conductual.

El objetivo final de la ACT es someter los procesos verbales y cognitivos a un control contextual más eficaz y hacer que el cliente, de manera inmediata, esté más tiempo en contacto con las consecuencias positivas de sus acciones en el presente como parte de una senda vital valiosa. Los seis procesos "hexaflex" positivos enumerados en la figura 3.2 contribuyen en su conjunto a la flexibilidad psicológica y al funcionamiento humano adaptativo. Esos son los procesos que procuramos favorecer mediante las intervenciones de ACT.

Cada uno de esos procesos centrales actúa como una barrera o un neutralizador frente a cada uno de aquellos que generan rigidez y sufrimiento:

- Para corregir el problema del apego excesivo a los contenidos de la actividad mental (fusión), la ACT enseña al cliente a dar un paso atrás para ver sus vivencias internas (pensamientos, emociones, recuerdos, sensaciones) como lo que son (una corriente de vivencias que se tienen) y no como lo que dicen ser (verdades literales que organizan el mundo). Este proceso es lo que se conoce como defusión: "desliteralizamos" o debilitamos el dominio funcional de las respuestas basadas en reglas literales y evaluativas. De este modo, la defusión se centra, fundamentalmente, en los aspectos verbales de la experiencia humana.
- Para corregir el problema de la evitación vivencial, la ACT enseña al cliente a "hacer espacio" a los contenidos mentales no deseados sin enredarse en esfuerzos inútiles por eliminarlos, controlarlos o huir de ellos y, además, a explorar el vaivén de esas vivencias amargas con una actitud de curiosidad auténtica y de autocompasión[1] (aceptación). De ese modo, la aceptación se centra especialmente en los aspectos emocionales de la experiencia humana.
- Para corregir el apego excesivo y la identificación con la propia historia (apego al "yo-concepto"), la ACT ayuda al cliente a

desarrollar una conexión más fuerte con el self como un aspecto de la vivencia del "yo-aquí-ahora". Esta perspectiva de observador o "yo-como-contexto" proporciona una base consciente para la exploración de pensamientos y sentimientos de una manera defusionada y aceptante.

- En lugar de un proceso de atención rígida que tienda a llevar a la gente hacia un pasado recordado o a un futuro imaginado, la ACT intenta establecer un proceso de atención flexible que le permita al cliente situarse en el momento presente.
- Si el problema es la desconexión de los valores personales o el obrar de manera poco consistente con los propios valores, la ACT ayuda al cliente a que opte, de forma consciente, por sus valores y a que conecte con las cualidades positivas del presente que están intrínsecamente relacionadas con la situación (valoración).
- Si el cliente está luchando con una incapacidad para actuar de manera eficaz o se enreda en actos impulsivos o en una evitación persistente, la ACT le ayuda a relacionar las acciones concretas con sus propios valores personales (compromiso de acción) y también a organizar pautas cada vez más amplias de acción efectiva basada en valores, lo mismo que se hace en la terapia conductual tradicional.

En la práctica clínica real, los clientes rara vez se presentan con déficits claros en cada uno de los seis procesos centrales, por eso es por lo que resulta tan importante valorar específicamente cada proceso tanto antes como durante la terapia. En la práctica real, al tratar uno de los procesos esenciales de la ACT, invariablemente se "activa" otro –o varios– de los demás procesos. Desde nuestra perspectiva, este fenómeno le brinda al terapeuta una oportunidad de oro al permitirle utilizar cualquiera de los puntos fuertes del "hexaflex" positivo para ayudar al cliente a que corrija sus debilidades reconocidas. Así, como veremos con más detalle en el

capítulo 4, el "hexaflex" puede servir, al mismo tiempo, como conceptualización del caso y como instrumento de planificación o seguimiento.

Procesos esenciales del modelo de flexibilidad psicológica

Los seis procesos esenciales de la flexibilidad psicológica – aceptación, defusión, el "yo-como-contexto", atención flexible al momento presente, valores personales y compromiso de acción– han surgido a lo largo de casi 30 años de investigación básica y clínica. Cada uno desempeña un papel fundamental a la hora de determinar hasta qué punto los humanos son capaces de adaptarse a las circunstancias variables y, muchas veces, desafiantes de la vida. Aunque cada proceso se relaciona con todos los demás, cada uno está también vinculado más profundamente con algún otro en concreto más que con el resto. Puede resultar conveniente pensar en estos tres pares de procesos como estilos de respuesta: Aceptación – defusión, consciencia del presente – "yo-como-contexto" y valores – compromiso de acción (véase la figura 3.3). Utilizamos los términos *abierto, centrado* y *comprometido* para describir esas diadas de procesos esenciales. Como si fueran tres columnas sosteniendo un tejado o las tres patas de un taburete (Strosahl y Robinson, 2008), los tres estilos de respuesta tienen una fuerza considerable cuando se alinean y funcionan conjuntamente. Pero si una de las patas es débil o está mal alineada, toda la estructura se tambalea y puede venirse abajo incluso ante la más leve sobrecarga. Russ Harris (2008) adopta una idea parecida en su modelo "triflex" de flexibilidad psicológica. El reto de mantener la flexibilidad psicológica estriba en crear un equilibrio continuo entre los tres estilos de respuesta y sus componentes.

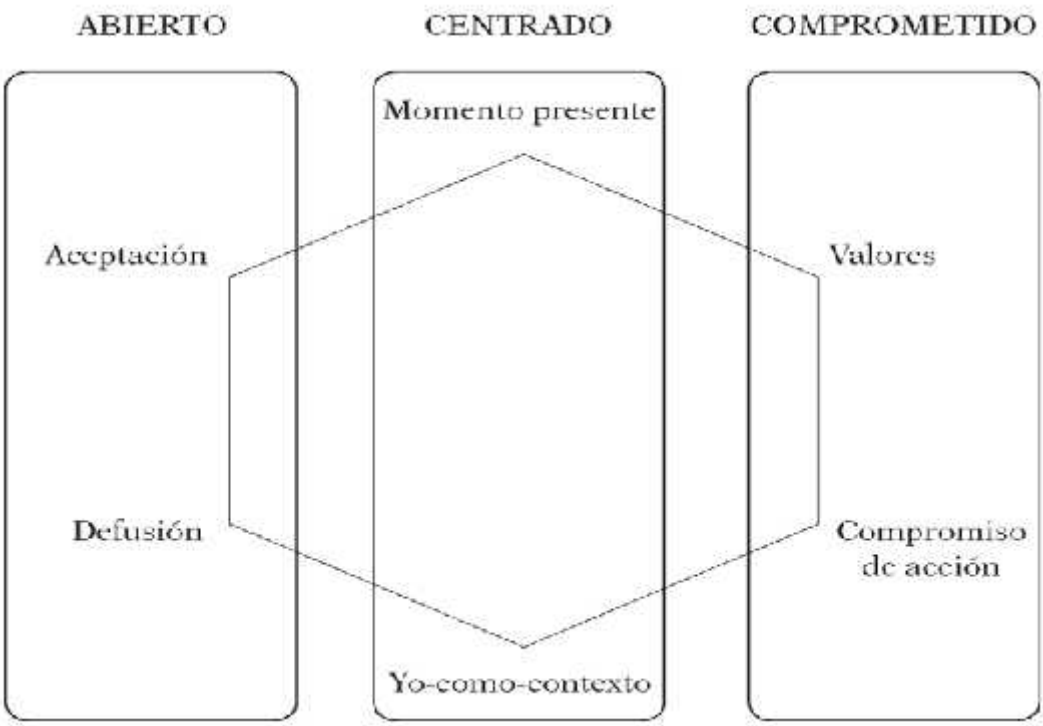

Figura 3.3. Los tres estilos de respuesta que configuran la flexibilidad psicológica. Copyright Steven C. Hayes. Reproducido con permiso

En las siguientes secciones, nos referimos a cada uno de los seis componentes de la ACT organizados en función de los tres estilos básicos de respuesta –abierto, centrado y comprometido– en ese orden. Más adelante examinaremos las evidencias de mediación, moderación y resultados de estos procesos y procedimientos.

Estilo abierto de respuesta: Defusión y aceptación

La aceptación y la defusión son las cualidades clave que apoyan la apertura personal a la experiencia directa. La defusión permite al individuo librarse del enredo innecesario con las vivencias y acontecimientos internos angustiosos e indeseados para pasar a considerarlos, sin juzgarlos, como una mera actividad del propio funcionamiento mental. La aceptación facilita que el sujeto se implique en sus experiencias de una manera más plena, con una actitud de curiosidad para aprender de ellas y abrir un espacio para que tengan lugar. En el capítulo anterior, comentábamos la base verbal de dos procesos que pueden dar como resultado un

estrechamiento de repertorio: la evitación vivencial y la fusión cognitiva. Ambos procesos se sitúan en la parte izquierda del modelo hexaflex negativo (véase figura 3.1). Si la adopción de una actitud de rechazo y de fusión hacia las propias vivencias es la pieza clave de la psicopatología en el modelo de flexibilidad psicológica, el permanecer abierto psicológicamente es el remedio y el objetivo de intervención.

Aunque los planteamientos de la ACT suelen empezar con el tema de la aceptación, nosotros presentamos primero la defusión debido a la función central del lenguaje y de la cognición en el modelo de flexibilidad psicológica y al papel clave de la fusión en la evitación vivencial.

Fusión y defusión

Los seres humanos vivimos en un mundo profundamente verbal. Este énfasis en lo verbal está bien reconocido pero los procesos concretos implicados, por lo general, no suelen estar adecuadamente descritos. Estos procesos, generalmente designados como "mentales", se dice que residen en la "mente". Desde un punto de vista técnico, cuando hablamos de "mente" nos estamos refiriendo al repertorio de actividades relacionales (p. e., verbales o cognitivas) que lleva a cabo la persona, tales como evaluar, categorizar, planificar, razonar, comparar, referenciar y otros semejantes. Aunque utilizamos la palabra como un sustantivo, la *mente* no es un objeto físico concreto. El "cerebro" sí que lo es –repleto de sustancia gris y blanca, estructuras subcorticales y cosas por el estilo– pero la mente es un repertorio conductual más que un órgano específico. *"Mentear"* sería un término más adecuado, aunque resultaría un poco engorroso.

La conducta verbal es una herramienta maravillosa para relacionarse de forma eficaz con el mundo, pero puede aplastar a todas las demás formas de actividad. Una vez que se han establecido, las relaciones verbales se producen sin necesidad de contar con el apoyo específico

del entorno ya que muchas de las consecuencias que las mantienen –construcción de sentido, resolución de problemas, narración de argumentos, etc.– se apoyan, virtualmente, en el propio lenguaje y cognición una vez que tales habilidades se han establecido. No existe nada en el universo de la experiencia humana que "la mente" no pueda alcanzar. Incluso el suceso más claramente "no verbal" puede volverse fácilmente verbal –al menos en parte– para los humanos: sencillamente, *pensándolo.*

En un sentido técnico, la fusión cognitiva es un proceso por el cual los acontecimientos verbales ejercen un fuerte control estimular sobre las respuestas con exclusión de otras variables contextuales. Dicho de otra manera, la fusión es una forma de dominancia verbal en la regulación de la conducta. Debido a que los contextos que apoyan la conducta verbal están generalizados, tendemos a comportarnos de manera verbal desde la mañana hasta la noche, describiendo, categorizando, relacionando y evaluando continuamente. En el modo normal de funcionamiento de nuestra mente, la función de las palabras está fusionada (etimológicamente, "vertida juntamente con") con la que se deriva de los pensamientos y descripciones. Como el comportamiento resulta, cada vez más, dirigido por relaciones derivadas de estímulo, la experiencia directa va desempeñando un papel cada vez menor. La fusión hace difícil que se pueda diferenciar entre ambas de manera que empezamos a responder a nuestras construcciones mentales como si lo estuviéramos haciendo directamente a una situación física.

Eso no es necesariamente malo. Si le gritamos ¡cuidado! a una persona que está a punto de tropezar con algo, no hay demasiados motivos para pretender que nuestro estímulo verbal se contraste debidamente con otras fuentes de regulación conductual en ese momento. Del mismo modo, si uno está preparando la declaración de la renta, dejar que el foco mental se centre por completo en el ajuste entre las cifras correspondientes y las normas impositivas no le va a causar ningún problema. Pero cuando la fusión *no es* útil, es importante disponer de

alternativas. La vida cotidiana normal puede que no brinde nunca esas alternativas porque hay pocas garantías de que las habilidades de defusión se aprendan sin más. *Situar la fusión cognitiva bajo control del cliente es uno de los propósitos principales del enfoque ACT.*

Cuando tenemos un pensamiento concreto, lo que se nos muestra son algunas de la funciones estimulares de los acontecimientos relacionados con el pensamiento. Imaginemos que un cliente con trastorno de pánico, que tiene programado dar una charla dentro de unas pocas semanas, se va sintiendo cada vez más aterrorizado. Supongamos que se imagina a sí mismo perdiendo el control sobre el escenario, delante de cientos de personas. En un estado de fusión, ese terrible final estará presente de modo inmediato y le parecerá altamente probable. Puede que esa persona tenga imágenes fugaces de perder el control o que imagine el impacto, horror y risa burlona que su comportamiento va a despertar en el público. La ansiedad es una respuesta natural a los acontecimientos aversivos presentes de modo inmediato pero cuando se producen pensamientos fusionados, el propio pensamiento puede originar los síntomas de pánico. Esta reacción, a su vez, prolonga aún más el bochorno imaginado. La persona temerosa que construye un entorno de temor y luego se fusiona con ese pensamiento, actúa como si estuviera descubriendo –no construyendo– los terrores del universo. El acontecimiento imaginado no ha tenido lugar en la realidad; sin embargo, la fusión de los símbolos verbales con el acontecimiento permite que algunas de las propiedades funcionales del acontecimiento estén realmente presentes en un sentido psicológico. Sin tener que revivir siquiera la situación de riesgo (p. e., puede que la persona nunca haya dado una charla antes), la fusión hace que el cliente tenga ya un ataque de pánico "mientras está dando la charla". Desde una perspectiva de la ACT, el problema no es el pensamiento en sí mismo; más bien, la fusión involuntaria con el pensamiento y la evitación resultante son las causantes del daño.

Hasta cierto punto, la fusión se basa en el lenguaje humano y en sus funciones evolutivas correspondientes. El lenguaje, seguramente, tuvo su desarrollo inicial como una forma de control social, cooperación y señalización de peligros para extenderse, más adelante, como una herramienta general de solución de problemas. Como dice el proverbio, "es mejor perder la comida que ser comido": El lenguaje aumenta en gran medida nuestra capacidad de detectar y evitar el peligro y de conseguir apoyo social. No parece muy probable que el lenguaje haya evolucionado para favorecer el auto-desarrollo, la felicidad personal ni la apreciación estética. No se iba a obtener ningún beneficio evolutivo por el hecho de recordar a los organismos lo seguros y satisfechos que se encuentran ni por ayudarlos a disfrutar de un hermoso atardecer. Una mente en actitud de solución de problemas es una herramienta muy potente. Al menos, explica en parte porqué los seres humanos se adueñaron del planeta.

Desgraciadamente, este modo mental es difícil de detener. Piensa lo que ocurre cuando una persona está perdida. En tal situación, la persona trata de ver dónde se encuentra para determinar la distancia entre su situación actual y el lugar al que quiere llegar. Mark Williams (2006), uno de los creadores de la terapia cognitiva basada en "mindfulness", llama a este enfoque "modo mental basado en la discrepancia". La mayoría de las funciones del lenguaje implicadas en este proceso tienen poco que ver con el "aquí y ahora"; más bien, se basan en la predicción y la comparación. Algunos de los pensamientos que generamos como parte de ese proceso de solución de problemas pueden resultar improductivos pero, en dicho modo mental, el contenido de los pensamientos se relaciona más estrechamente con las emociones y acciones, mientras que la aplicabilidad práctica de los pensamientos es un punto menos focal que su supuesta verdad. Como resultado, la gente se enreda más y vive más en sus cabezas. Además, los modernos medios de comunicación parecen favorecer los estados mentales fusionados en la medida en que el público está cada vez más expuesto a una charla cargada emocionalmente. Tal vez, como resultado, el acceso cada vez

mayor a los medios electrónicos esté anunciando mayores sesgos y problemas (Graves, 1999).

Importancia clínica de la fusión – defusión

Los fenómenos anteriores, relacionados con la defusión, constituyen el objetivo de muchas formas de terapia. Además son, precisamente, el motivo de la revolución que tuvo lugar en terapia de conducta. Los principales teóricos de la época llegaron a la conclusión de que la relación "pensamiento indeseable → acción" debería ser modificada cambiando la forma, frecuencia o susceptibilidad situacional de los pensamientos negativos. Aunque reconociendo la gravedad del problema, la ACT recomienda una solución alternativa: establecer una mayor flexibilidad cognitiva y hacer más débiles los contextos que mantienen de manera automática las relaciones pensamiento → acción. La flexibilidad cognitiva es difícil de alcanzar porque para conseguirlo es necesario traspasar la ilusión del lenguaje. Esta ilusión, incrustada en los procesos normales del lenguaje, sugiere que los pensamientos son aquello que dicen ser –que los pensamientos modelan la realidad de manera que solo hay una respuesta auténtica y verdadera para cualquier pregunta dada–.

Como alternativa clínica al enfoque conductual cognitivo tradicional de identificación y remodelación del contenido de los pensamientos distorsionados, los métodos de defusión pretenden alterar el contexto funcional de la mente de manera que sea posible percibir los procesos de pensar y sentir y no solo el contenido de esas actividades. En términos de RFT, la fusión implica contextos que favorecen la transformación de las funciones estimulares del lenguaje y la cognición. Considera las intervenciones de defusión como aplicaciones clínicas del proceso opuesto: los métodos de defusión reducen la transformación de la función estimular alterando las claves y contextos que mantienen la fusión. Para alterar la función del pensamiento, más que su forma, los métodos de defusión, por lo general, ayudan a los clientes a que se den cuenta del hecho de su organización verbal del mundo en tiempo real. Se pueden percibir

muchos pensamientos, incluso contradictorios (o hasta se pueden favorecer deliberadamente) sin necesidad de tener que elegir inmediatamente el correcto o polemizar con los incorrectos. La defusión, poco a poco, influye sobre el contenido y sobre la forma de pensar aunque no mediante una reprogramación lógica, sino a través de la exposición a nuevas experiencias de aprendizaje favorecidas por la flexibilidad cognitiva y la apertura.

Se han desarrollado numerosas técnicas de defusión cognitiva y, en el capítulo 9, comentaremos con detalle la mayoría de ellas. Una técnica clásica de defusión en ACT, que recomendamos, es el ejercicio *Jamón, Jamón, Jamón* utilizado por primera vez por Titchener[2] (1916, p. 425). Consiste, en primer lugar, en explorar todas las propiedades físicas de la palabra concreta de referencia. Por ejemplo, "jamón" es rojo, untuoso, salado, gustoso, etc. A continuación, terapeuta y cliente repiten la palabra en voz alta y a toda velocidad, durante unos 30 segundos. En nuestro ejemplo, la palabra *jamón* pierde rápidamente su sentido y lo que queda es un curioso sonido gutural y nasal. Compruébalo por ti mismo para ver lo que ocurre con tu reacción a la palabra *jamón*. En la práctica clínica, solemos utilizar un ejercicio parecido pero, esta vez, utilizando una sola palabra que represente una preocupación o un pensamiento perturbador que el sujeto esté decidido a abandonar (p. e., "estúpido", "ruin", "blandengue", "perdedor", etc.) Si se elige un pensamiento clínicamente importante, la investigación muestra que la credibilidad de tal pensamiento disminuye junto con el malestar que produce (Masuda, Hayes, Sackett y Twohig, 2004; Masuda, Hayes et al., 2009).

¿Por qué da resultado este extraño procedimiento? Es porque las cadenas de palabras normales son el contexto en el que las palabras cobran su significado. Prueba lo siguiente: Si no sabes lo que significa "juzzwuzz", por favor, da una palmada; te aguardamos. Si notas el impulso de dar la palmada (o, incluso, si la diste), es que estás sintiendo el impulso de la fusión cognitiva: "Da una palmada" y "te

aguardamos" no son nada más que tinta sobre un papel o electrones en la pantalla de un ordenador. En algunos contextos, "por favor, da una palmada" sirve para producir una acción concreta con las manos y aunque puede que este no sea el contexto normal para una acción semejante (ya que leer un libro para entenderlo no requiere, normalmente, ninguna conducta motora), puede que aún sientas el impulso. Existen varias formas de reducir ese impulso. Por ejemplo, si escribes o tecleas "palmada" 100 veces, rápidamente, puede que esa función se debilite. También se podría reducir si te dieras cuenta de que PALMADA, al revés, es ADAMLAP, o si la pronunciaras tan despacio que te llevara 10 segundos; o cualquier otro procedimiento de entre más de una docena que podrían socavar la ilusión de literalidad mantenida por la comunidad lingüística y su práctica. Nuestra experiencia nos dice que los clientes pueden generar fácilmente nuevos métodos en terapia una vez que van más allá de la ilusión del lenguaje y entienden mejor la naturaleza y el propósito de la defusión. Un estudio reciente mostró un fuerte efecto de defusión en la tolerancia al dolor haciendo que los participantes leyeran una frase en voz alta mientras caminaban alrededor de la habitación. ¿Cuál era la frase?: "No puedo caminar alrededor de esta habitación" (McMullen et al., 2008).

Un contexto que apoye las razones verbales para una conducta, tiende a incrementar la fusión, lo que explica, probablemente, por qué quienes tienden a "dar razones" resultan más difíciles de tratar (p. e., Addis y Jacobson, 199. Pero, en la terapia, podemos reducir los incentivos para dar razones. Incluso el impacto psicológico positivo de la revaluación cognitiva depende de procesos de flexibilidad psicológica (Kashdan, Barrios, Forsyth y Steger, 2006); por eso, incluso cuando necesitemos tratar directamente con contenidos cognitivos, podemos hacerlo de una manera que sea sensible a la función y al contexto. Hay alternativas contextuales para los problemas a los que tenemos que enfrentarnos los seres humanos.

Evitación vivencial versus aceptación

Los marcos de relaciones son mutuos o bidireccionales. Esta característica rápidamente tiende a convertir el auto-conocimiento en una lucha con uno mismo porque describir y evaluar la propia historia, las sensaciones físicas, los pensamientos, sentimientos y tendencias conductuales resulta algo automático y natural. Los acontecimientos lingüísticos relacionados con sucesos aversivos suelen experimentarse como aversivos. Recordar un rechazo no es, en sí mismo, un rechazo pero, generalmente, reaccionamos frente a esa vivencia interna convirtiéndola en un enemigo. Si se pide a los clientes que echen un vistazo alrededor de la sala de terapia, normalmente, no van a tardar en encontrar muchas cosas que puedan evaluar negativamente. Esta corriente de evaluación continua se aplica con la misma facilidad tanto a nosotros mismos como a nuestro entorno. Pero el hecho de ver una puerta o una alfombra feas no nos afecta de la misma manera que percibir un pensamiento o una emoción desagradables porque, en el primer ejemplo, uno puede abandonar la habitación, pero no se puede abandonar el propio cuerpo ni la propia historia personal. El lenguaje establece una lucha con el mundo interior.

La *evitación vivencial* tiene lugar cuando una persona no está dispuesta a permanecer en contacto con sus vivencias internas personales (p. e., sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, impulsos de conducta) y hace lo posible por variar la forma, frecuencia o susceptibilidad situacional de esas vivencias aunque el hacerlo así no sea algo inmediatamente necesario. Presentamos el término hace algún tiempo (Hayes y Wilson 1994; Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996) para destacar los riesgos de un enfoque psicológico cerrado, rígido y defensivo frente al mundo interior. Desde entonces, se ha convertido en un tópico de la literatura psicológica con cientos de estudios realizados. A veces se utilizan términos tales como *evitación emocional* o *evitación cognitiva* en lugar del término más genérico cuando se trata de vivencias privadas que la persona intenta rehuir, evitar o modificar.

Hay un volumen creciente de evidencias que demuestran que la evitación vivencial está asociada con una variedad sorprendentemente amplia de psicopatologías y problemas conductuales (para reseñas, véase Chawla y Ostafin, 2007; o para el tema de flexibilidad psicológica, más ampliamente, véase Kashdan y Rottenberg, 2010). Un meta-análisis (Hayes et al., 2006) mostró que los niveles de evitación vivencial tal como los mide el Acceptance and Action Quiestionnaire, dan cuenta de entre el 16 y el 28 por ciento de la varianza en problemas de salud conductual. La evitación vivencial comparte algunos atributos comunes con otros varios conceptos de la literatura contemporánea tales como desregulación emocional (Gratz y Roemer, 2004), intolerancia a la tensión emocional (Brown, Lejuez, Kahler y Strong, 2002), intolerancia a la incertidumbre (Dugas, Freeston y Ladouceur, 1997), supresión cognitiva y emocional (p. e., Wenzlaff y Wegner, 2000) y atención consciente –mindfulness– (Bear et al., 2008), entre otros. A los investigadores les cuesta mucho trabajo distinguir entre esos conceptos para poder comparar su importancia relativa (p. e., Kashdan et al., 2006; Karekla y Panayiotu, 2011) pero, hasta la fecha, las reseñas generales parecen estar de acuerdo en que la evitación vivencial integra aspectos clave del comportamiento que trascienden todos esos conceptos (p. e., Chawla y Ostafin, 2007).

Los costes y peligros de la evitación vivencial han sido reconocidos, implícita o explícitamente, en la mayor parte de los sistemas de terapia. Los terapeutas de conducta reconocen que "el fenómeno general de la evitación vivencial es un tema frecuente; los acontecimientos desagradables se ignoran, se distorsionan o se olvidan" (Foa, Steketee y Young, 1984, p. 34). La terapia centrada en el cliente destaca la importancia de trabajar con los clientes para que sean "más abiertamente conscientes de sus propios sentimientos y actitudes tal como son" (Rogers, 1961, p. 115). La terapia Gestalt mantiene que "la disfunción tiene lugar cuando las emociones se interrumpen antes de que puedan acceder a la consciencia" (Greenberg y Safran, 1989, p. 20). Los psicólogos existenciales se centran en la evitación del miedo a la muerte: "para enfrentarnos a

esos miedos, levantamos defensas… que, si resultan inadaptadas, se convierten en síndromes clínicos" (Yalom, 1980, p. 47).

No estamos diciendo que la evitación vivencial sea siempre tóxica. En algunos contextos particulares (p. e., trabajar como enfermera en urgencias), la evitación de las vivencias internas puede ser, incluso, adaptativa (Mitmansgruber, Beck y Schüssler, 2008). Más que las estrategias de evitación en sí mismas, es su aplicación indiscriminada lo que tiene un fuerte impacto sobre la adaptabilidad humana (Bonnano, Papa, LaLande, Westphao y Coifman, 2004). El problema es que las estrategias de evitación son muy resistentes a la extinción (Luciano et al., 2008) porque se mantienen mediante la reducción de estados internos aversivos como la ansiedad, el miedo, la tristeza o la ira. Lamentablemente, esas vivencias evitadas suelen reaparecer rápidamente y se experimentan como más angustiosas y dominantes que antes. Debido a que las conductas de evitación se aprenden bajo tales condiciones de control aversivo, es más probable que se apliquen de manera rígida, con independencia del contexto actual (Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis, 1986). De este modo, mientras que la evitación vivencial podría dar resultado en algunas situaciones concretas, la estrategia como tal, probablemente, llegue a ser sobre-aprendida de modo que se aplique en contextos en los que la evitación vivencial es inútil o, incluso, perjudicial. Por ejemplo, la adquisición de riquezas no es, en sí misma, dañina pero sí que lo es cuando se vincula a la renuncia a las vivencias personales (Kashdan y Breen, 2007).

La naturaleza mutua o bidireccional de los marcos de relación convierte la evitación vivencial en algo básico para la existencia humana. Imaginemos que se le pide a la víctima de un trauma sexual que describa el trauma. Al hacerlo, se producirá una transformación de la función estimular entre el informe y el trauma. Cuando la víctima describe lo ocurrido, algún elemento de la función inicial hará su aparición. De ese modo, el hecho de contar la historia se

experimentará como algo aversivo en sí mismo: duele hablar de las vivencias dolorosas.

Las emociones humanas que son evaluadas como negativas o que surgen de sucesos aversivos tienden a ser evitadas. La ansiedad, por ejemplo, es una respuesta natural a acontecimientos aversivos. En los organismos no verbales, la ansiedad no resulta mala en sí misma porque la respuesta y el acontecimiento que la produce no están relacionados mutuamente. No existe ninguna cosa en la literatura sobre experimentación animal que sugiera que los organismos no verbales eviten de manera natural sus *respuestas* a los acontecimientos aversivos; más bien lo que evitan son los propios acontecimientos aversivos (o las situaciones que, con toda seguridad, los anticipen). Sus respuestas emocionales tienen lugar después de los acontecimientos aversivos o de sus correlatos; ellos no predicen la llegada de tales acontecimientos. Pero el lenguaje humano es bidireccional y eso basta para situar el objetivo en el reverso de cualquier emoción negativa: la ansiedad es mala; librarse de ella, bueno.

La tendencia natural a la evitación, además, se magnifica a causa de la comunidad lingüística. Observar una emoción negativa en otras personas resulta aversivo para todos nosotros. Los padres, entre otros, han utilizado desde hace mucho tiempo el plegamiento para reducir la expresión de las emociones negativas en los niños (porque es aversivo), pero, por lo general, dicen que lo que le están pidiendo al niño es que cambie la propia emoción, no solo su manifestación. Por ejemplo, se dice a los niños miedosos: "¡Ve a dormir; no hay nada a lo que tenerle miedo!" y los niños, probablemente, sacarán la conclusión de que pueden y deben eliminar voluntariamente su miedo. Las emociones negativas per se van a ser consideradas el malo de la película. A los niños se les dice, de manera sistemática y reiteradamente, que ellos pueden y deben controlar sus estados afectivos negativos. Incluso se valora a los bebés en función de lo poco que manifiestan estados negativos (p. e., "es un bebé muy bueno;

nunca llora"). El castigo y el refuerzo, con frecuencia, se reparten según la capacidad de controlar y suprimir, al menos, los signos exteriores de estados emocionales aversivos ("¡Deja de llorar o te daré un motivo para que llores por algo!"). Los hermanos y compañeros de colegio apoyan los esfuerzos intencionales de controlar pensamientos, recuerdos o emociones. Frases como "No seas lloricas" u "Olvídate de X" están sustentadas en una amplia variedad de consecuencias mediadas socialmente (p. e., ridiculizar, ser avergonzado, admiración por "tragárselo").

Los modernos medios de comunicación han multiplicado nuestra exposición al horror y al trauma mientras que, al mismo tiempo, apoyan las estrategias de evitación vivencial, ya sea en forma de píldoras, cerveza, un coche deslumbrante o el simple escapismo. Lo que se produce es una extensión social de un proceso psicológico. El proceso no es nuevo; solo que está promocionado de una manera más efectiva en la era de Internet.

Importancia clínica de la evitación vivencial – aceptación

La importancia clínica del proceso de evitación se hace evidente cuando se considera que la mayoría de los clientes acuden a terapia quejándose de sus emociones y preocupados, implícita o explícitamente, de no poder controlarlas. Las quejas más frecuentes suelen ser: "No puedo controlar mi depresión" o "estoy demasiado ansioso". Pero la realidad es que las vivencias internas se controlan mal y los esfuerzos por controlarlas o cambiarlas pueden resultar claramente perjudiciales porque pueden suprimir o limitar el repertorio conductual.

La evitación consciente y deliberada de las vivencias internas, con toda probabilidad, va a fallar en muchas de las situaciones que, a menudo, se dan en el trabajo clínico, como, por ejemplo, en los casos siguientes:

1. *El proceso de control intencionado contradice el resultado deseado*. Existen diversos ejemplos de esta situación en la que la evitación

produce lo contrario del objetivo manifestado. Cuando se les pide a los sujetos que supriman un pensamiento o emoción, posteriormente manifiestan un incremento de ese pensamiento o sentimiento en comparación con aquellos a quienes no se les han dado instrucciones de supresión (véase Wenzlaff y Wegner 2000). El efecto rebote es mayor en contextos en los que se produjo la supresión o, alternativamente, en el mismo estado psicológico que predominaba cuando la supresión tuvo lugar originalmente.

No hay acuerdo sobre la causa de este fenómeno pero se sabe bien que la supresión incrementa el predominio de las claves relacionadas con el elemento suprimido. Además, las reglas de supresión, invariablemente, hacen referencia al elemento suprimido: "No pienses en un coche rojo" contienen las palabras *coche* y *rojo* y el simple hecho de mencionarlos lleva a pensar en ellos. Por lo general, las reglas de supresión contienen, de manera explícita o implícita, consecuencias que, por sí mismas, sitúan al elemento a suprimir en un primer plano. La advertencia o amenaza "no seas ansioso o arruinarás tu vida", probablemente va a provocar ansiedad, lo mismo que si se acercara alguien con una pistola y dijera: "Ha llegado tu final".

2. *El suceso a controlar no está gobernado por reglas*. Las vivencias internas que están condicionadas directamente no se pueden eliminar mediante reglas verbales. De esta manera, los intentos de control propositivo basado en reglas pueden resultar inútiles porque el proceso subyacente no está regulado de forma verbal. La vivencia podría cambiar, pero no de la manera deseada. Por ejemplo, imaginemos que alguien está muy angustiado por el recuerdo de un ataque de pánico e intenta hacer todo lo posible por eliminarlo. Los recuerdos, generalmente, son vivencias espontáneas desencadenadas por una amplia variedad de estímulos y no es fácil que desaparezcan, al menos de una manera sana. Las estrategias necesarias para suprimir esos elementos casi siempre son auto-destructivas (p. e.,

embotamiento basado en alcohol y drogas) y, al final, ellas mismas terminan por causar problemas.

3. *La evitación es posible pero conseguirla implica costes importantes*. Imagina que se evita un recuerdo a base de evitar cualquier situación que pudiera dar lugar a que surgiera. Una postura semejante podría reducir la frecuencia del recuerdo pero también limitaría dolorosamente la vida de la persona. Por ejemplo, la víctima de un abuso sexual o de violencia doméstica podría llegar a evitar *todo tipo* de relaciones.

4. *El acontecimiento no se puede cambiar de ninguna manera.* A veces, el control vivencial se pone al servicio de elementos que no se pueden variar. Por ejemplo, una persona puede adoptar el punto de vista de: "No puedo aceptar que mi padre haya sido asesinado" y consumir drogas para mitigar su dolor. La pena es una reacción natural ante una pérdida semejante pero, por más drogas que se tomen, la situación de pérdida no se va a ver alterada. Aquí no va a ser útil ningún esfuerzo por reducir o alterar las vivencias internas. Cuando tiene lugar una pérdida irremediable, lo más sano es sentir plenamente lo que se siente. Ese proceso incluye la pérdida y el dolor pero también puede incluir otras muchas cosas tales como la sonrisa por las cosas divertidas que hizo esa persona o el aprecio por lo que llevó a cabo en la vida. Es una cuestión de flexibilidad.

5. *El esfuerzo de cambio es, en sí mismo, una forma de comportamiento contraria al objetivo que persigue el propio esfuerzo por cambiar.*Los intentos de controlar algo tienen un significado. Pero, a veces, significan lo contrario de su propósito. Una persona que trata insistentemente de ser más espontánea, en realidad, no está siendo espontánea en absoluto. La confianza es otro buen ejemplo; dado que les falta a muchos clientes, quieren conseguirla y parece inalcanzable. La etimología de la palabra *confianza* nos ayuda a comprender el motivo.*Con–* significa "juntamente" y *–fianza* viene del latín *fides*, que es la raíz de palabras como *fidelidad* y *fe*. "Confianza", literalmente, significa "con fidelidad" o "con fe"; en pocas palabras, significa ser

auténtico con uno mismo. El hecho de escapar de los sentimientos de temor en un esfuerzo por sentir más confianza no es un acto de confianza porque ese mismo hecho carece de auto-confianza o de fe en uno mismo. Cuando estén presentes sentimientos de temor, el acto de confianza más funcional que se pude llevar a cabo es sentirlos plenamente. En otras palabras, la aceptación vivencial es la *conducta* de confianza.

Las anteriores situaciones constituyen todas ellas contraindicaciones para un control intencional del contenido de las vivencias internas como estrategia de afrontamiento. Las respuestas emocionales humanas son, precisamente, ecos de nuestra propia historia que se activan en el presente debido al contexto actual. Si nuestras reacciones están arraigadas en nuestra historia y nuestras reacciones son también nuestro enemigo, entonces nuestra propia historia se convierte en nuestro enemigo. No existe ninguna tecnología apropiada para eliminar la historia de una persona; al menos, no de manera selectiva. El tiempo y el sistema nervioso humano se mueven en un sentido –no en dos– y las nuevas experiencias siempre se *suman*, nunca se *restan*. Para evitar las reacciones emocionales automáticas tendríamos que distorsionar nuestra vida para dejar de estar en contacto con nuestra propia historia. Por ese motivo, la evitación vivencial lleva no solo a una restricción de las emociones negativas sino también a una pérdida de las positivas (Kashdan y Steger, 2006) y a una falta de diferenciación y flexibilidad emocional saludables (Kashdan, Ferssizidis, Collins y Muraven, 2010). La alternativa, aunque difícil de llevar a la práctica, consiste en darse la vuelta y abrazar la propia experiencia inmediata sin juicios y sin lucha. Este mismo acto puede, a su vez, cambiar poco a poco las emociones, pero de una manera inclusiva y abierta, de modo que todos los aspectos de la propia historia sean bien recibidos para continuar camino adelante.

Aceptación, en el sentido que le damos al término, se refiere tanto a la disposición conductual como a la aceptación psicológica. Disposición es *la elección voluntaria y basada en valores de permitir o mantener el*

contacto con las vivencias internas o los acontecimientos que puedan originarlas. Aceptación psicológica es *la adopción de una postura abierta, receptiva, flexible y sin juicios respecto a la experiencia que tiene lugar momento-a-momento.*

Sin disposición, la aceptación en el sentido al que nos referimos no es probable que tenga lugar. Aceptación no es resignación ni tolerancia; es un proceso activo. Harris (2008), es sensible a esta distinción cuando utiliza el término *perfeccionamiento* en vez de *aceptación*. Nosotros, ciertamente, utilizamos el término clínicamente sobre todo para evitar que *aceptación* lleve a un sentido de pasividad (algo así como tolerancia) que no esté relacionado con resultados saludables positivos (Cook y Hayes, 2010; Kollman, Brown y Barlow, 2009). La relación entre*disposición* y *aceptación* es tan fuerte que, muchas veces, los dos términos se utilizan como sinónimos en la literatura ACT pero se puede establecer una distinción útil. Por ejemplo, un cliente puede estar dispuesto (p. e., una persona que sufra una fobia social puede meterse intencionadamente en una situación social) y, sin embargo, no estar practicando aceptación (p. e., intenta suprimir inmediatamente la ansiedad cuando ésta aparece).

La aceptación no es fácilmente controlable por reglas. Las instrucciones para adoptar una postura de apertura, curiosidad y flexibilidad normalmente acarrean consigo un propósito de resolución de problemas que es, justamente, lo que no es aceptación. Los clientes, incluso, puede que al principio intenten utilizar la "aceptación" como una estrategia más para controlar o eliminar las vivencias psíquicas ("Si consigo que mi sensación permanezca lo suficiente, desaparecerá"). Cuando la aceptación se asocia a este modo mental de solución de problemas, no es aceptación en modo alguno. Esa puede ser una razón por la que la aceptación requiere metáforas, ejercicios y modelamiento para llegar a aprenderla en vez de dar, simplemente, instrucciones (McMullen et al., 2008).

Estilo centrado en la respuesta:
El momento presente y el yo-como-contexto

No es posible estar abierto a la vida e involucrado en ella sin estar también centrado en la consciencia y en el presente social, físico y psicológico. La columna central del hexaflex actúa como eje de contacto consciente y flexible con "el ahora". Aceptación y defusión, por una parte, y valores y acción, por otra, se basan en las decisiones de una persona consciente que actúa en su contexto actual. La terapia casi siempre empieza por centrar a dos personas en una relación. Una atención consciente y flexible al "ahora" capacita a la persona para activar las destrezas de defusión y aceptación cuando sea preciso o a involucrarse en acciones basadas en valores cuando sea necesario. La capacidad de moverse entre ambas es la piedra de toque de la flexibilidad psicológica y se ve favorecida por los procesos que llevan a centrarse en el presente.

Estar ausente versus contacto flexible con el momento presente

Cuanto más tiempo pasa uno en el modo mental de resolución de problemas, menos tiempo tiene para contactar con el "aquí y ahora". Los clientes que no son capaces de contactar con el aquí y ahora, normalmente tienen problemas para cambiar su conducta de modo que se adecue a las demandas variables de su contexto social. El contacto con el aquí y ahora implica prestar atención a lo que está presente de manera centrada, voluntaria y flexible. Algunos elementos externos ejercen un control estimular tan fuerte sobre la conducta que entrar en contacto con ellos no es algo totalmente voluntario, flexible o dirigido. Si suena un tiro en la habitación donde te encuentras ahora mismo, la respuesta de sobresalto va a ser bastante predecible e invariable. Podría existir algún monje, en alguna parte, a quien no se le aplicara esto pero, para la mayoría de la gente, sí que funciona así. Afortunadamente, ese tipo de respuestas de sobresalto no tienen mucho coste. Otros sucesos externos también pueden provocar respuestas inflexibles, como cualquier padre de niño hipnotizado por un programa de TV o videojuego puede confirmar. Los pensamientos, sentimientos, recuerdos, sensaciones corporales, impulsos y disposiciones internas pueden tener un efecto

dominante parecido y su impacto sobre los procesos de atención flexible puede ser ciertamente costoso. Un principio clave de adaptabilidad humana es que para responder de manera eficaz a las contingencias naturales, la persona debe estar presente psicológicamente para establecer un contacto directo con esas contingencias.

El único momento en que puede suceder algo es en el presente. El presente es lo único que hay. En este contexto, en cierto sentido, resulta extraño hablar de "contacto con el presente" como si hubiera una alternativa. El presente siempre está presente; por eso, contactar con cualquier cosa es contactar con el momento presente. La alternativa es una cuestión psicológica basada en funciones verbales: la gente, aparentemente, puede "desaparecer" del momento y quedarse "perdida" en algún proceso mental. El significado simbólico siempre va un poco por detrás de la experiencia directa. Piensa las palabras: *Estoy hablando del ahora*. El "ahora" de mi habla no es el mismo "ahora" de un oyente que comprenda la frase ni siquiera el mismo una vez terminada la frase. Contrasta esta experiencia con las experiencias perceptuales directas, que siempre tienen lugar en el ahora. Cuando entramos en el universo del significado verbal, inmediatamente corremos el riesgo de perder el contacto con el presente. Ese riesgo es mucho mayor si se utiliza el lenguaje para la resolución de problemas.

La resolución de problemas requiere considerar de qué manera el pasado condujo al presente para dar lugar a un futuro mejor. Considera la fusión con un pensamiento emocional tal como: "¡¿Por qué me siento así?!". El "por qué" dirige la atención hacia el pasado y el futuro y no de una manera flexible. Se requiere una respuesta; se tienen que generar y sopesar posibilidades. "Así", sugiere que la pregunta está centrada en el presente pero, en realidad, se refiere a un sentimiento presente en comparación con un estado imaginado que se podría experimentar en algún otro tiempo y lugar ("así" *y no "de aquella manera"*). Aprender a atender al momento presente

requiere romper con todos esos procesos automáticos y habituales de rigidez atencional. La rigidez atencional y el fallo de situarse en el presente se han asociado con muchas clases de problemas incluyendo traumas (Holman y Silver, 1998), cavilaciones excesivas (Davis y Nolen-Hoesksema, 2000) y dolor (Schultze et al., 2010), entre otros.

Es muy frecuente pensar en la atención como algo que se puede distribuir, de la misma forma que se gasta el dinero, pero, en un sentido conductual, prestar atención es, precisamente, interactuar con algo. Tiene más sentido pensar en la atención como en un tipo de cualidad general. Es posible aprender a interactuar con los sucesos del presente de una manera que resulte centrada, voluntaria y flexible, con independencia de los acontecimientos concretos. La mayoría de la gente puede interactuar de este modo con algunas cosas pero no con otras y, generalmente, la diferencia no es voluntaria sino meramente habitual. La flexibilidad psicológica supone la capacidad de ejercer el control atencional incluso en situaciones complejas, evocadoras o de naturaleza intensamente social. Piensa en una persona con ansiedad social que está a punto de dar una charla y, mentalmente, le está dando vueltas a pensamientos de temor sobre posibles resultados desastrosos. El control del pensamiento es arrollador y un buen número de acontecimientos distintos se están amontonando. Centrarse en el momento presente podría parecer, en principio, más difuso o disperso pero optar por esta alternativa puede establecer el escenario para conseguir un enfoque voluntario. La persona podría notar un pensamiento de temor pero, al mismo tiempo, podría notar también lo que se experimenta al respirar adentro y afuera o percibir el murmullo del auditorio o sentir la necesidad de marcar una diferencia haciendo algo por los demás. El pensamiento es uno más de entre varios acontecimientos que están teniendo lugar. La persona podría ser capaz de centrarse en lo que es importante –por ejemplo, en cómo contribuir a crear un diálogo interesante en la siguiente parte de la exposición–. Si surgieran pensamientos de temor, ese mismo proceso de expansión,

reconocimiento y enfoque podría facilitar una atención más centrada en la charla.

Existen evidencias de que estos procesos de atención centrados, voluntarios y flexibles se pueden enseñar y aprender (p. e., Baer, 2003, 2006). La práctica contemplativa es, en parte, un entrenamiento centrado en el momento presente en el sentido que aquí le damos. Por ejemplo, imagina una persona que está prestando toda su atención a la respiración como parte de un ejercicio de atención consciente. Unos minutos más tarde, otro suceso (digamos, un pensamiento sobre lo que está pasando en casa) podría captar su atención pero, entonces, la atención puede ser dirigida de nuevo, suavemente, a la respiración que está teniendo lugar ahora. Para implicarse en este tipo de actividad no se requiere ningún modo mental de resolución de problemas.

La mente nunca está parada. Cualquiera que haya realizado un retiro en silencio durante varios días sabe cómo la mente entra en un proceso de resistencia a la extinción (un incremento temporal de la respuesta una vez que se retira el refuerzo), dando lugar a un corriente de ideas maravillosas y creativas o de cavilaciones o preocupaciones físicas y demás –todas ellas demandando nuestra completa atención–. En este tipo de retiros, se le dice a la gente que, cuando noten que empieza ese torrente mental, lleven de nuevo su atención a la respiración. En otras palabras, se procura facilitar la extinción de ese modo mental fusionado de resolución de problemas. La mente puede ser diabólica a la hora de engatusar a la gente para inducirla a ese modo de funcionamiento. Por ejemplo, la mente puede saltar diciendo: "No lo estoy haciendo bien" o (más tentador, a veces) "¡Muchacho, hoy estamos haciendo un buen trabajo de meditación!". Este tipo de pensamientos pueden ser detectados y uno puede centrarse de nuevo en la respiración; pero ¿y si la siguiente respuesta es: "¿qué fue lo que dijo antes mi maestro de meditación?"? O bien: "espero poder hacerlo mejor"; entonces, el pájaro ha levantado el vuelo; es decir: la atención se desvió del presente y de la detección de

pensamientos en el presente –en el preciso instante en que tienen lugar– para dirigirse, en su lugar, a la corriente de lenguaje fusionado. La solución de este espinoso asunto está en la práctica: practicar el detectar y, suavemente, reencauzar la atención. Una y otra vez; pequeños logros en este terreno enseñan a prestar atención como una habilidad genérica, por encima y más allá del contenido de las vivencias.

Como materia científica, sabemos que los métodos de aceptación y de atención consciente pueden modificar significativamente las cualidades de la atención (Chambers, Chuen Yee Lo y Allen, 2008; Jha, Krompinger y Baime, 2007). Precisamente, la terapia cognitiva basada en mindfulness se denominó originalmente "terapia de control atencional" o ACT (¡lo que puede dar lugar a confusiones!). La terapia metacognitiva (Wells, 2008) ha desarrollado numerosos métodos, muy ingeniosos, para la enseñanza de habilidades de regulación de la atención. Los artífices de la ACT (terapia de aceptación y compromiso) están deseando incorporar esos desarrollos porque son completamente coherentes con el modelo de flexibilidad psicológica (p. e., Paez-Blarrina et al., 2008a, 2008b).

Vinculación con el yo-concepto versus adopción de una perspectiva de consciencia continua

La psicología tiene una larga y, hasta cierto punto, turbia historia de tentativas de desarrollar y probar teorías sobre la vivencia del yo. Términos tales como *auto-concepto* o *autoestima* se han utilizado de muchas maneras, generalmente vinculadas a explicaciones de rasgos de conducta. Por lo general, estas teorías subrayan la "auto-experiencia" como una especie de "cosa" –de la misma manera que se podrían tratar los atributos de la personalidad como cosas–. Muchas tradiciones terapéuticas destacan la necesidad de alterar el auto-concepto como una forma de mejorar la salud psíquica. Este punto de vista implica que se puede acceder al auto-concepto directamente por medio de la conducta verbal y que esta responde a las intervenciones directas o racionales. Por ejemplo, la baja

autoestima se podría considerar como el resultado de un pensamiento ilógico (etc.).

Si bien nuestros clientes suelen estar familiarizados con sus informes elaborados sobre el "yo", lo están mucho menos con la auto-consciencia continua y tienen menos contacto aún con el aspecto más espiritual del yo: el "yo observador" basado en el "yo-aquí-ahora" de la experiencia consciente. La ACT distingue entre tres tipos principales de "experiencia del yo" (Barnes-Holmes, Hayes y Dymond, 2001; Hayes y Gregg, 200; Hayes, Strosahl et al., 1999b). Seguramente que existirán más tipos pero aquí solo nos interesan estas formas de relación con el self que dan lugar a distintos tipos de auto-conocimiento. Esos tres tipos son el yo-concepto (o yo-como-contenido), el yo-consciente (o yo-como-proceso) y el que asume una perspectiva general (o yo-contexto).

- *El yo-concepto*

Cuando los niños empiezan a adquirir el lenguaje, aprenden a categorizarse a sí mismos y a sus propias reacciones: son niños o niñas, están contentos o tristes, tienen hambre o no. Como resultado de este entrenamiento se producen dos cosas. La primera, que los niños aprenden a diferenciar y categorizar sus propias reacciones y disposiciones conductuales –el fundamento de la auto-consciencia– entretejiendo sus diferentes características vitales en una historia integrada –el fundamento de la propia historia–. En segundo lugar, aprenden a hacer informes verbales desde una perspectiva consistente y a diferenciar esa perspectiva de otras.

El yo conceptualizado es el principal producto secundario derivado del entrenamiento en denominación, categorización y evaluación. Es un tipo de auto-relación con uno mismo con la que la mayoría nos fusionamos. Los humanos no vivimos, sencillamente, en el mundo: interactuamos con él verbal y cognitivamente; lo interpretamos, construimos narraciones sobre él y lo evaluamos. Los clientes siempre tienen formuladas sus características personales en lo que Adler

denominaba una "lógica privada". Se han contado historias, han formulado la historia de su vida, han definido sus cualidades principales, las han evaluado y comparado con las cualidades de otras personas, han construido relaciones de causa-efecto entre su historia y sus cualidades, etc., etc. Como comentábamos en el capítulo 2, las relaciones derivadas de estímulos del lenguaje pueden fácilmente dominar sobre otros procesos conductuales.

En el modo mental de resolución de problemas, el "self" es una clase de objeto conceptualizado. La gente se describe a sí misma en términos de su papel, su historia, sus disposiciones y cualidades como, por ejemplo, "Soy un tipo majo" o "soy un depresivo" o "soy elegante". Multitud de manifestaciones de este tipo se juntan en una especie de historia (o conjunto de historias) sobre quién somos: "Soy como soy porque abusaron de mí" o "soy muy crítico, como mi padre". Una simple frase como "soy una persona que…" puede generar docenas, e incluso cientos, de este tipo de auto-descripciones, aparentemente, ajustadas. Aunque resulta más sencillo hablar del yo-concepto en singular, conviene recordar que hay muchas versiones elaboradas para encajar con los propósitos sociales de diferentes contextos vitales. Por ejemplo, si se fuerza a alguien a "contar algo sobre sí mismo", la historia personal puede variar ampliamente dependiendo de si el entrevistador es un especialista en recursos humanos en una entrevista de trabajo o alguien a quien se acaba de conocer en una reunión social.

Hay muchas cosas metidas en las historias personales que contamos: auto-evaluaciones, causas y efectos, emociones y reacciones frente a la historia. Muchas de esas características son muy genéricas y difíciles de cambiar. Las explicaciones de causa-efecto, históricamente asentadas, cuando se consideran a través del lenguaje, se ven como "hechos". Otros miembros de la comunidad verbal apoyan esos "hechos" –en parte, porque ellos también tienen una historia propia basada en "hechos" que pueden ser extraídos de sus historias–. Con el tiempo, facilitado por la fusión, nos apegamos al

proceso de categorización y evaluación auto-reflexiva casi como si esas historias definieran quien somos. En ese estado fusionado, cualquier amenaza a la historia es cuestión de vida o muerte. Intentamos vivir sobre (o bajo) esa visión construida de nosotros mismos. Ocultamos nuestros secretos a los demás e, incluso, a nosotros mismos. Intentamos vivir dentro de las historias, ya sean grandiosas u horrorosas. Intentamos ser lo que decimos que somos. ¡Ha hecho su aparición el ego!

Varios factores favorecen la dominancia verbal de esta clase de auto-conocimiento. Primero, la derivación forma parte de la respuesta relacional. Entre otras implicaciones, esta observación significa que las redes de relaciones que son consistentes son inherentemente más autosustentables porque cada parte de la red puede ser utilizada para derivar otras partes que se podrían haber debilitado con el tiempo. Las personas con deterioro cognitivo pueden elaborar con facilidad confabulaciones sobre esta base a partir de fragmentos de una historia personal que se utiliza para rellenar los huecos de lo que se desconoce. En segundo lugar, disponemos de una abultada historia de aprendizaje para detectar y mantener la consistencia. El objetivo de dar sentido es central en el modo mental de resolución de problemas y parece "racional" desarrollar una narración consistente, socialmente adecuada, acerca de quién somos y de cómo nos hemos hecho de esa manera. En tercer lugar, la comunidad social no solo demanda relatos de este tipo sino que también espera una cierta correspondencia entre lo ocurrido realmente y lo que uno dice, así como entre lo que uno dice y lo que uno hace. Las consecuencias se establecen de acuerdo a ello. La comunidad social le llama a esto "estar bien" o "conocerse a sí mismo". Estar bien y mostrar que uno se conoce a sí mismo tiene importantes consecuencias desde una edad muy temprana. En cuarto lugar, frases como: "Yo soy una persona que…" se refieren a cuestiones del ser, como si "yo soy un ser vivo" y "yo soy amable" fueran afirmaciones de la misma clase. A través de marcos de coordinación (en lugar de jerárquicos, de tal manera que el self *contiene* esos elementos), el "Yo" viene a formar parte del mismo

tipo de clase verbal que esos atributos conceptuales; un proceso que la tradición espiritual denomina "apego".

Por último, cuando una persona se identifica con una auto-conceptualización determinada, es menos probable que se consideren otras alternativas posibles. Las contradicciones llegan a convertirse casi en amenazas vitales. El marco relacional, en este caso, parece ser: "yo = conceptualización del yo". Mediante tales marcos de coordinación nos mostramos inclinados a proteger nuestro yo conceptualizado como si fuera nuestro yo físico. Tal vez por esta razón los sucesos que suponen una amenaza para el self conceptual llegan a despertar emociones muy fuertes y conducen a una elevada evitación vivencial (Mendolia y Baker, 2008) debido, presumiblemente, a la necesidad de mantener la consistencia con la propia narración personal.

En ACT el yo-(o los "yoes")-concepto se considera altamente problemático por cuanto puede interferir con la flexibilidad psicológica. La fusión con el yo concepto puede desembocar en el intento de mantener la congruencia mediante la distorsión o la reinterpretación de los sucesos en caso de que estos sean incongruentes con la propia historia del yo. Si una persona se cree amable, por ejemplo, habrá menos espacio para enfrentarse directa y abiertamente con los posibles ejemplos de comportamiento desatento. Si una persona se considera incompetente, tendrá menos ocasiones de reconocer alguna destreza. De esta manera, el yo-concepto favorece el auto engaño lo cual, a su vez, lo hace incluso más resistente al cambio ya que enfrentarse a tal proceso significa enfrentarse al engaño.

Por lo general, las principales corrientes de psicología clínica han favorecido el énfasis en el cambio del yo concepto sobre la base de que la gente con problemas mentales suele juzgarse a sí misma demasiado severamente. Lamentablemente, tales intervenciones pueden producir resultados débiles o contraproducentes. Asimismo, reseñas generales de literatura científica muestran que incrementar

deliberadamente una autoimagen positiva mediante intervenciones terapéuticas o programas académicos puede conducir tanto a favorecer un narcisismo insano como a unos mejores resultados (Baumester et al., 2003). Por una especial mala jugada del destino, las autoafirmaciones solo resultan útiles para quienes ya tienen una elevada autoestima; si se utilizan indiscriminadamente por parte de quienes más las necesitarían, las afirmaciones positivas ("soy una persona digna de amor") resultan directamente nocivas (Wood, Perunovic y Lee, 2009). En ACT el objetivo no consiste en alterar directamente el contenido de la historia personal sino en disminuir el apego respecto a ella. Es ese apego dominante, afirmamos, lo que produce daño porque hace que la conducta se vuelva más rígida y limitada reduciendo la flexibilidad psicológica.

- *El yo-como-consciencia-continua*

La auto-consciencia es importante en terapia y va estrechamente unida a una vida sana y psicológicamente vital. Esta percepción resulta verdadera, en parte, porque una buena porción de nuestra socialización relativa a lo que se debe hacer en situaciones vitales está ligada a un proceso continuo de auto-consciencia verbal. La charla emocional es, tal vez, el ejemplo más claro: la ira, la ansiedad o la tristeza son muy distintas en cuanto a las historias que las originan pero, por dentro, resultan muy parecidas en cuanto a sus implicaciones sociales y psicológicas. Un individuo que no sea capaz de hacerse consciente de sus estados conductuales en curso no podrá habérselas con las circunstancias altamente variables y volátiles que presenta la vida cotidiana. Piensa, por ejemplo, en una chica joven que ha sufrido abusos sexuales durante muchos años por parte de su padre. Imagina que, durante todo este tiempo, las expresiones emocionales asociadas con dicha experiencia aversiva hubieran sido reinterpretadas, ignoradas o negadas por hermanos, familiares y padres. Por ejemplo, el perpetrador podría haber intentado convencer a la niña de que no se sentía molesta cuando, en realidad, lo estaba o de que se debería sentir querida cuando, de hecho,

empáticamente no se sentía querida. Dada una historia semejante, el proceso de autoconsciencia de la niña podría estar distorsionado o debilitado dado que muchas discriminaciones verbales convencionales habrían sido socavadas; en otras palabras, la niña podría no "saber" cómo se sentía –en el sentido de ser capaz de utilizar palabras que describieran adecuadamente sus estados emocionales. Tal situación no querría decir que ella no estuviera experimentando vivencias emocionales intensas sino, más bien, que no podría utilizar símbolos verbales convencionales para entender, comunicar, responder a y auto-regular sus experiencias emocionales. En un sentido profundo, esta persona andaría psicológicamente a ciegas hasta que ese déficit fuera corregido (p. e., en el contexto de una relación terapéutica que la ayudara a desarrollar una auto-consciencia más normativa).

En términos del proceso psicológico implicado, el fundamento del self como consciencia continua es, sencillamente, una descripción verbal continua (lo que los skinnerianos denominan "tactos"). El yo-concepto implica integrar observaciones y descripciones en una historia personal evaluativa; en cambio, el yo-como-proceso se basa en las simples acciones relacionales de advertir lo que está presente, sin fusión ni necesidad de defensa. Este último sentido del yo es lo que se procura favorecer mediante las intervenciones de ACT.

Desde un punto de vista conductual, la autoconsciencia consiste en responder a la propia respuesta. Skinner (1974) utilizaba el ejemplo de ver. La mayoría de los animales no humanos "ven" pero solo los humanos, además, ven que ven.

Hay una… diferencia entre obrar e informar que uno está obrando o informar sobre las causas del propio comportamiento. Organizando las condiciones bajo las que una persona describe el universo público o privado en el que vive, la comunidad genera esa forma tan especial de comportamiento que llamamos conocimiento… El autoconocimiento es social en su origen (p. 30).

La comunidad socio-verbal hace que el autoconocimiento sea importante al requerir una respuesta a preguntas tales como: "¿Cómo te sientes?, ¿cómo eres?, ¿qué te ocurrió ayer?, ¿a dónde fuiste?, ¿qué viste?". Como dice Skinner, "solo cuando el universo privado de una persona se hace importante para los otros es cuando se hace importante para ella" (Skinner, 1974, p. 31).

Clínicamente hablando, la habilidad de aprender a describir lo que uno siente o piensa pude resultar deteriorada con facilidad si se vive en entornos emocionalmente empobrecidos que evitan plantearse cualquier pregunta o en entornos sociales disfuncionales que insisten en proporcionar respuestas que no se ajustan a la experiencia personal o en entornos que alientan la evitación vivencial de manera que el individuo, principalmente, ha distorsionado de manera importante el contacto con sus vivencias personales angustiosas.

- *El yo-como-contexto*

El último aspecto de la relación con el propio yo es, generalmente, la más ignorada en la cultura occidental: el yo-como-contexto o "yo observador". La literatura psicológica contiene numerosos términos y conceptos que hacen referencia a este aspecto del self: el sentido trascendente del yo, el yo que observa, el continuo de consciencia, la consciencia pura, la percepción pura y muchos otros. Por su parte, las tradiciones espirituales y religiosas hacen referencia a una diversidad de términos relevantes: espiritualidad, el self "no-cosa", la gran mente, mente sabia y otras por el estilo. La multiplicidad de términos utilizados para describir este tipo de experiencia refleja lo lejos que se sitúa del modo mental de solución de problemas. Estamos hablando de un aspecto del self que, metafóricamente, no puede ser observado pero *desde* el cual, en cambio, es posible observar. De dentro afuera, no parece ser "algo" en absoluto y el hecho de tener múltiples nombres refleja el desafío que supone darle una denominación a un proceso que no tiene propiedades "materiales" que se puedan detectar con facilidad. No es posible determinar conscientemente los límites de la consciencia.

Una de las paradojas de la vida consiste en que la propia existencia de este sentido del yo –tan esencial para la liberación psicológica– no es más que un efecto secundario de los mismos procesos lingüísticos que conducen al sufrimiento humano. Los niños empiezan a adquirir la conciencia de sí mismos cuando se les pregunta sobre los demás en relación a ellos mismos; por ejemplo: "¿Qué comió ayer tu hermana?". Se les pregunta sobre el presente, el pasado y el futuro y sobre cosas que tienen lugar aquí, allí y, virtualmente, en cualquier parte. Para dar respuestas verbales coherentes, los niños necesitan desarrollar un sentido de la perspectiva –un punto de vista– y distinguirlo respecto del de los demás. Incluso aunque el contenido de esas descripciones empiece a entretejer una historia personal, que puede resultar limitadora, el sentido de perspectiva se va incrementando, lo que puede ser liberador.

Las relaciones verbales clave en el desarrollo de la toma de perspectiva son "deícticas", lo que significa "por demostración". La mayoría de las relaciones verbales pueden ser modeladas inicialmente por propiedades formales de los acontecimientos que se relacionan. No es necesario conocer la perspectiva del hablante para informar a alguien sobre cuál de dos objetos es físicamente más grande, por ejemplo. Cuando un niño aprende que "papá" es más grande que "bebé", la relación comparativa inicial se establece en el nivel físico; solo más tarde se va a ver necesitado ese niño de pasar por la tarea más complicada de convertir esa relación comparativa inicial en otra aplicable arbitrariamente, como cuando aprende que "papá" también es mucho mayor que bebé. Las relaciones deícticas no son así porque tengan sentido solo en relación a una perspectiva; por ese motivo tienen que ser enseñadas de un modo diferente.

Considera la relación entre "aquí" frente a "allí". Para confusión de los niños pequeños, uno no puede materializar la relación "aquí/allí" mediante objetos físicos sino que es necesario aprenderla por demostración. Imagina que mamá tiene una caja y el niño tienen una pelota. El niño tiene que aprender a decir: "La pelota está aquí, la caja

está allí" incluso aunque mamá pueda decir al mismo tiempo: "La caja está aquí, la pelota está allí". Si el niño corre hasta donde estaba la mamá, el "allí" se convierte, de pronto, en "aquí" y el lugar en el que antes se encontraba, ahora resulta ser "allí" en vez de "aquí". Esta relación se aprende mediante cientos, si no miles, de ejemplos; lo único consistente a través de los ejemplos no es el *contenido* de la respuesta sino, más bien, el *contexto* o la perspectiva desde la que se produce tal respuesta. Otro tanto ocurre con los demás marcos deícticos tales como yo/tú, nosotros/ellos y ahora/luego.

En los últimos años, los investigadores de RFT han aprendido mucho sobre la forma en que tiene lugar la toma de perspectiva, cómo medirla y cómo producirla. El procedimiento empleado para enseñar marcos relacionales deícticos es bastante ingenioso. Toma tres relaciones deícticas tales como yo/tú, aquí/allí y ahora/luego. La prueba deíctica empieza con una pregunta sencilla como, por ejemplo: "Yo tengo una caja y tú tienes una pelota. ¿Qué es lo que tienes tú?". Luego, se pasa a formular preguntas que requieren cierta flexibilidad contextual. Un ejemplo de pregunta de inversión simple sería: "Yo tengo una caja y tú tienes una pelota. Si tú fueras yo y yo fuera tú, ¿qué tendrías tú?". Las preguntas se pueden volver más complejas; por ejemplo una pregunta de inversión doble sería: "Hoy, yo tengo una caja y tú tienes una pelota. Ayer, yo tenía una pluma y tú tenías una taza. Si tú fueras yo y yo fuera tú y si hoy fuera ayer y ayer fuera hoy, ¿qué tendrías hoy?". Aún se pueden hacer preguntas más complicadas (por ejemplo, de inversión triple) combinando marcos deícticos múltiples. Las preguntas pueden ser formuladas para abarcar muchas combinaciones distintas de tiempo, lugar y personas así como de contenidos relevantes (p. e., objetos, emociones, comportamientos).

La investigación muestra que las relaciones deícticas evaluadas de este modo se van consolidando a lo largo de la infancia y se hacen más útiles hacia la mitad de la infancia (McHugh, Barnes-Holmes y Barnes-Holmes, 2004) y que son clave para entender que los demás

poseen una "mente" y que la propia perspectiva es distinta de la perspectiva de los demás. Los marcos deícticos se han revelado centrales en las destrezas de la "teoría de la mente" (Mchugh et al., 2004) tales como la capacidad de entender el engaño (McHugh, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Stewart y Dymond, 2007a) o comprender que los demás pueden tener falsas creencias (McHugh, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Whelan y Stewart, 2007). Las relaciones deícticas están debilitadas en las poblaciones clínicas que presentan problemas con el self, incluyendo los trastornos del espectro autista (Rehfeldt et al., 2007). Los adultos con "anhedonia social" o incapacidad de experimentar satisfacción con las relaciones sociales, presentan dificultades con el encuadre deíctico (Villatte, Monestès, McHugh, Freixa i Baqué y Loas, 2008, 2010). Sin embargo, el encuadre deíctico se puede enseñar con éxito y, cuando eso ocurre, mejoran tanto la toma de perspectiva como las destrezas de la teoría de la mente (Weil, Hayes y Capurro, 2011).

Los teóricos de la RFT pueden modelar, medir y adiestrar el sentido de toma de perspectiva del self porque tienen un sentido preciso de las unidades verbales que lo configuran. Es bastante notable que los niños adquieran esas destrezas a través del historial de entrenamiento asistemático que supone el pertenecer a una comunidad lingüística. Normalmente, el entrenamiento deíctico es indirecto. Si se enseña con numerosas referencias al "yo", ese "yo", de manera significativa, *es* la localización que queda una vez que se eliminan todas las diferencias de contenido. Por ejemplo, date cuenta de lo que permanece constante en las respuestas a las preguntas: "¿Qué te ocurrió ayer?, ¿qué viste?, ¿qué comiste?". Normalmente respondemos: "'Yo' hice tal y tal cosa, 'yo' vi esto y aquello y 'yo' comí tal y tal". Con el "nosotros/ellos" se produce un entrenamiento semejante en la mayoría de culturas y lenguajes enfocados hacia los demás. El "yo" al que se refieren no es simplemente un organismo físico; también es un "locus", un lugar o perspectiva. Pero la investigación en RFT ha puesto de manifiesto que este tipo de declaraciones con "Yo" no pueden dar lugar a discriminaciones adecuadas a menos que vayan

acompañadas de manifestaciones predecibles y útiles por parte de los demás sobre su propia perspectiva. Así como "aquí" no existe sin un "allí" ni "ahora" sin un "luego" o "nosotros" sin "ellos", el "Yo" como perspectiva necesita la perspectiva del "Tú" para formarse completamente.

Piensa en el yo-como-contexto como una especie de reunión de las principales formas de relación deíctica tales como yo/tú, aquí/allí y ahora/luego. La figura 3.4 muestra la idea. Igual que los objetos situados en las órbitas elípticas, los niños aprenden a imaginarse respondiendo desde aquí o desde allí; en el momento actual o en otro momento; desde el punto de vista del "yo" o desde el punto de vista del "tú". Tal como muestra el panel superior de la figura, estas acciones se solapan pero no quedan completamente integradas. Cuando esos tipos de respuesta se dan conjuntamente, emerge un sentido de perspectiva como un fenómeno integrado. Una vez que eso tiene lugar, se puede generar todo el auto-conocimiento desde una perspectiva consciente de "Yo/aquí/ahora", tal como se representa metafóricamente en el panel inferior. Incluso cuando nos imaginamos, por ejemplo, estar detrás de los ojos de otra persona, aún mantenemos la sensación de estar mirando desde un locus correspondiente al "yo/aquí/ahora" en el interior de la otra persona. El contenido consciente ahora es reconocido en el contexto de un locus –o punto de vista– consistente que puede integrar ese conocimiento. La amnesia infantil empieza a desvanecerse. Los acontecimientos permanecen en la memoria en un orden temporal verbal. Así surge la persona consciente: no como objeto de reflexión sino como una perspectiva desde la que puede tener lugar el conocimiento.

Los ejercicios clínicos habituales empiezan a cobrar más sentido cuando se aprecian las propiedades centrales de esta toma de perspectiva. El terapeuta le puede pedir a un joven adulto con una pobre apreciación de su impacto sobre los demás: "¿Puedes pasar a esta silla vacía? Si tú fueras tu madre, ¿qué te gustaría decirte?". A un

niño con inadecuación social se le podría decir: "Imagina que fueras Superman. ¿Qué te diría Superman?". La flexibilidad de la toma de perspectiva permite ubicar el sentido integrado del "Yo/aquí/ahora" con independencia del tiempo, lugar o persona. Podemos escribirnos cartas a nosotros mismos desde un futuro lejano en el que dispongamos de una mayor sabiduría o intentar ver el mundo desde el punto de vista de otra persona. Esto es clínicamente importante porque sitúa el auto-conocimiento en un contexto temporal, social y espacial más amplio. Esta flexibilidad aumenta la capacidad de responder a las consecuencias de las acciones aplazadas, que ocurren en otro lugar o que son percibidas por otros en primer lugar.

Este sentido del self y su fundamento cognitivo tiene implicaciones muy profundas, tanto teóricas como prácticas. A continuación señalamos tres:

1. *Espiritualidad y sentido de trascendencia*

Una vez adquirido un sentido de perspectiva, tiene lugar una distinción fundamental entre el contenido de un acontecimiento verbal y el locus desde el que se hacen las observaciones. Una vez que aparece la consciencia como perspectiva, sus límites no pueden ser apreciados completamente de manera consciente. Esta dimensión de la experiencia humana es única en el sentido de que no es una "cosa": no tiene márgenes, límites ni distinciones precisos. A cualquier lugar que uno vaya, allí está. Para cualquier cosa que uno conozca de manera verbal, allí estará para conocerla verbalmente. Se puede ser consciente del límite de cualquier cosa menos de la propia consciencia.

Estas cualidades le otorgan al yo-como-contexto una cualidad intemporal, extra-espacial y trascendente. "Materia" es el elemento con el que están hechas las cosas (originalmente proviene de una palabra que significa "madera") y el yo-como-contexto es la fuente vivencial de la distinción materia-espíritu que parece haber surgido

prácticamente en todas la culturas humanas (Hayes, 1984). Esa distinción es muy antigua, habiéndose originado mucho antes de que el punto de vista científico ocupara un lugar preeminente en la cultura humana. Más que rechazar esta distinción, la ACT y la RFT la reconocen como algo útil y científicamente sensato.

Las tradiciones religiosas y espirituales se han ocupado en gran medida de este sentido del yo, tal vez debido a sus cualidades trascendentes de toma de perspectiva. Las tradiciones orientales hablan de espiritualidad utilizando términos como *el todo/nada*. El budismo y el taoísmo promueven la idea de un "bloque intacto" que se origina en el momento del nacimiento. El bloque intacto es la simple totalidad de la propia consciencia y el "terreno" para la experiencia. Las tradiciones judeo-cristianas hablan de espiritualidad como participación de lo divino (p. e., los seres humanos están hechos a imagen y semejanza de Dios; Gen. 1:26) y las características de Dios (omnipresente, omnisciente y demás) parecen constituir una comprensible ampliación de las cualidades de "no-cosa" del yo-como-contexto (Hayes, 1984).

Algunas intervenciones tradicionales (p. e., el programa de los 12 pasos) defienden la importancia de la espiritualidad pero sin una definición o interpretación de lo que esa espiritualidad implica que vaya más allá de la propia idea que tiene la cultura profana. La ACT es una terapia basada en evidencias que también pone gran énfasis en la importancia de la espiritualidad pero la ACT establece un fundamento sobre el que basar sus rasgos esenciales.

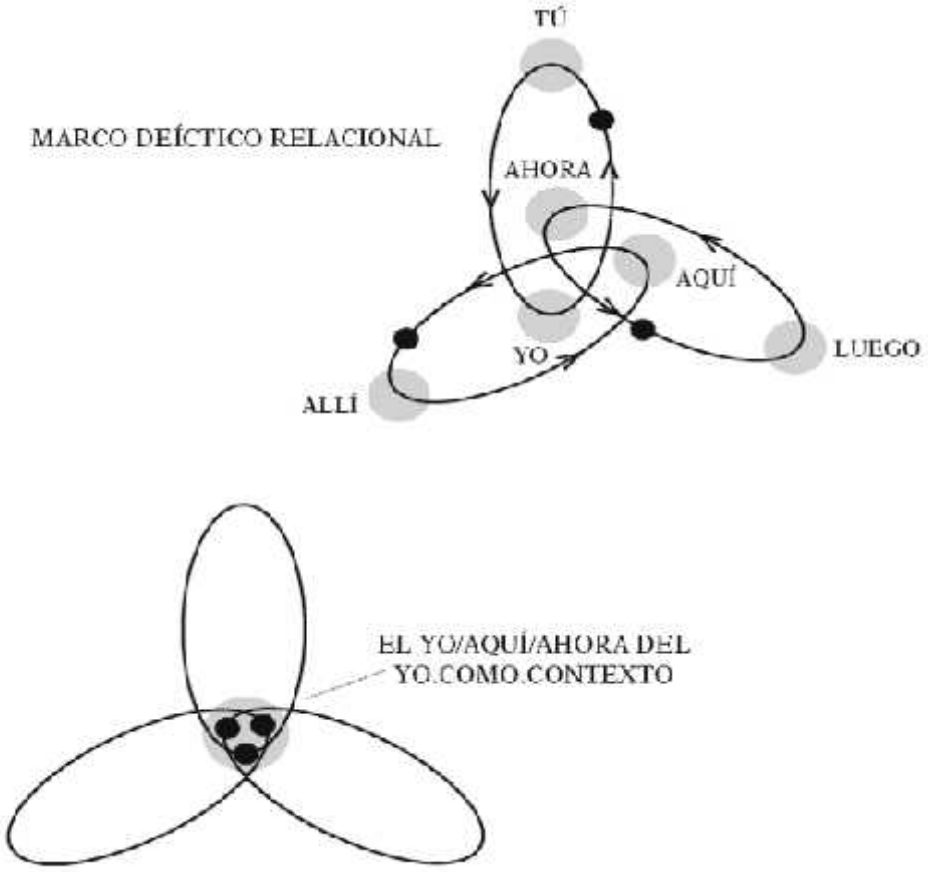

Figura 3.4. Representación gráfica del modo en que los marcos deícticos se agrupan para crear el "yo-como-contexto": un sentido del self socialmente interconectado como una manera de tomar perspectiva. Copyright Steven Hayes. Reproducido con autorización.

2. *Consciencia social, expansiva e interconectada*

El descubrimiento de que la toma de perspectiva surge de marcos deícticos relacionales transmite algo muy profundo sobre la naturaleza de la consciencia humana. El yo-como-contexto no constituye un sentido del self aislado y solitario. No estamos hablando de "yo" en un sentido centrado en sí mismo y progresivo, como podría ser el caso de un "yo" conceptualizado. Es intrínsecamente social, expansivo e interconectado porque su encuadramiento está constituido de forma mutua y combinatoria: Empiezo a experimentarme a mí mismo como ser humano consciente en el mismo momento en el que empiezo a experimentar al *tú* como un ser humano consciente. Veo desde una perspectiva determinada

porque también veo que tú ves desde una perspectiva determinada. La consciencia es *compartida*. Además, uno no puede ser completamente consciente, aquí y ahora, sin percibir su interconexión con los demás en otros lugares y tiempos. La consciencia se expande a través de los tiempos, lugares y personas. En el más profundo de los sentidos, la consciencia, en sí misma, contiene la cualidad psicológica de que *nosotros* somos conscientes –sin limitaciones de tiempo y lugar.

3. *Compasión y aceptación; estigma y defusión*

Tal como se ha descrito hasta el momento, aceptación y defusión parecen ser, superficialmente, cuestiones intrapsíquicas pero el yo-como-contexto expande su naturaleza. Como la toma de perspectiva es algo social, no es posible adoptar una perspectiva abierta, de aceptación y amor hacia uno mismo sin hacer otro tanto hacia los demás. La adopción de una perspectiva, intrínsecamente, nos hace conscientes de nuestro propio dolor pero también nos permite ser conscientes del dolor de los demás lo que, a su vez, es doblemente doloroso. Así, la compasión y la aceptación de uno mismo se relacionan dentro del modelo. No es posible desarrollar un hábito de defusión de los pensamientos enjuiciadores sobre uno mismo sin practicar la defusión de los pensamientos enjuiciadores hacia los demás. La fusión con los juicios es un cañón que no hace distinciones y, antes o después, los propios rasgos o cualidades caerán inevitablemente bajo su fuego. Además, las cosas que juzgamos irritantes y merecedoras de una crítica severa en los demás, resultan ser, por lo general, aspectos importantes de nuestra propia historia y comportamiento.

Nuestro modelo ayuda a explicar el hallazgo empírico respecto a que el estigma y los prejuicios hacia los demás suelen estar asociados a un sufrimiento psicológico personal en el área estigmatizada. Es interesante comprobar que la relación entre sufrimiento y pensamientos estigmatizadores desaparece cuando ajustamos el impacto de la fusión y la evitación vivencial (p. e., Masuda, Price et

al., 2009). Estos hallazgos sugieren que el propio prejuicio resulta alimentado por la evitación vivencial del contenido auto-referencial. También sugieren que no es tanto el contenido del pensamiento como la fijación rígida a tales pensamientos lo que causa los mayores problemas. Esta observación no implica necesariamente que tengamos que renunciar a las evaluaciones y juicios, que aún pueden ser útiles en el modo de solución de problemas (p. e., "Ella es una *buena* abogada). Sin embargo, como sucede con este tipo de herramientas, debemos adoptarlas con cuidado y ser conscientes de su utilidad limitada.

Un sentido de consciencia social, expansivo e interconectado guía la aceptación y la defusión de un modo natural hacia la compasión más que hacia los sesgos y prejuicios y expande los procesos de ACT a través de tiempos y lugares. Es difícil mantener la idea de que los valores solo se deben aplicar localmente –que la preocupación por los demás solo debería extenderse a la propia familia y no a quienes sufren en cualquier parte, o que solo se debería aplicar al tiempo y espacio actuales y no a las futuras generaciones. Esta predisposición beneficiosa ayuda a explicar las cualidades expansivas del propio trabajo de ACT. No es por casualidad que la ACT se ha aplicado no solo a la mala opinión sobre sí mismos de los clientes que solicitan tratamiento (p. e., Lillis y Hayes, 2008; Luoma, Kohlenberg, Hayes y Fletcher, en prensa) sino también a la estigmatización de grupos raciales y étnicos (Masuda et al., 2007). La ACT es también contraria a la tendencia de los terapeutas de estigmatizar a sus propios clientes (Hayes, Bissett et al., 2004) a través de una modalidad de expansión basada en el modelo de flexibilidad psicológica que constituye el núcleo de su enfoque al tratamiento terapéutico.

- *Atención consciente (mindfulness) y relación con uno mismo*

La entrada de la atención consciente en la comunidad de terapia del comportamiento es una de las características más notables de la "tercera generación" de tratamientos cognitivos y conductuales (Hayes, 2004). Un tesoro virtual de métodos basados en la atención

consciente ha enriquecido las terapias cognitivo-conductuales en la última década. Este desarrollo presenta ventajas e inconvenientes porque se corre el riesgo de añadir una intervención más que parece "funcionar" pero sin ninguna explicación científica coherente de por qué es así. El alcance de la desconexión ciencia-praxis en este campo es un asunto serio. Además, no hay una definición unánime del concepto de "mindfulness" en psicología. Una reseña de varias definiciones (p. e., Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 2994; Langer, 2000) muestra que "mindfulness" se describe tanto como un proceso psicológico, un resultado, un método general o una colección de técnicas (Hayes y Wilson, 2003).

El concepto necesita una mejor comprensión tanto en el nivel conductual básico como en el clínico. Lo que se necesita es una mejor comprensión de "mindfulness" como un proceso en acción, como mediador o moderador de la respuesta a la terapia y como resultado vital de propio derecho. Definido según todas esas diversas consideraciones, resulta difícil investigar el concepto adecuadamente. Como ocurre con la mayoría de los conceptos populares que llegan a convertirse en objeto de estudio, nunca se va a alcanzar un acuerdo sobre una definición autorizada, pero el acuerdo per se no es lo más importante. Científicos e investigadores clínicos necesitan explicitar sus supuestos de partida de la forma más completa posible para que el resto de la comunidad lingüística sea capaz de seguir lo que se está estudiando. Dentro del modelo de flexibilidad psicológica, "mindfulness" se considera como algo abierto y centrado. Nosotros hemos explorado en algún momento (véase Fletcher y Hayes, 2005) con cierto detalle cómo los cuatro procesos en esos dos estilos de respuesta –abierto y centrado– proporcionan una definición de "mindfulness" y nuestro punto de vista ha sido respaldado por recientes evidencias neurobiológicas sobre el proceso (Fletcher, Schoendorff y Hayes, 2010). El subtítulo del presente volumen habla del "proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)" en un sentido muy concreto: terapeutas y clientes hacen el esfuerzo de activar los cuatro procesos de la

izquierda del modelo "hexaflex"[3] para conseguir un cambio de conducta basado en valores.

Estilo de respuesta comprometida: Valores y Compromiso de Acción

Mientras que la apertura puede hacer más flexible el repertorio de conducta personal y el centrarse puede asentar la consciencia en el momento presente, lo que le da un significado a la vida es la conexión con los valores que se relacionan estrechamente con las acciones de la vida diaria. En último término, la salud psíquica se consigue mediante el funcionamiento eficaz en el mundo real. Más adelante, el funcionamiento efectivo tiende a generar un sentido de vitalidad, de conexión con la vida y un sentido de salud y bienestar. Este sentido de fluidez e implicación surge cuando la persona entra en contacto con los acontecimientos reforzadores del presente que son intrínsecos a las acciones de una vida profundamente significativa.

Espera, reacción y complacencia versus valores

La fusión cognitiva y la evitación vivencial exigen otros peajes vitales a largo plazo. Originan diversas pautas de conducta que se desarrollan principalmente bajo condiciones de control aversivo. El sujeto puede perder fácilmente el sentido de dirección vital que, por lo general, ayuda a motivar, organizar y dirigir acciones vitales positivas. Clínicamente, este fenómeno se suele manifestar como una especie de falta de sentido que, por lo general, implica quejas sobre el sentimiento de banalidad de la vida, de vacío o sinsentido y/o quejas sobre la falta de motivación o el fracaso en la consecución de objetivos tanto a corto como a largo plazo. La "crisis de la mediana edad" puede ser un ejemplo en el que el cliente que, por lo general, tiene un buen trabajo, está casado, tiene hijos y disfruta de todos los bienes de la clase media acomodada, de pronto suelta amarras en busca de un tipo de sentimiento vital más profundo. Esta ruptura suele ir acompañada de alguna conducta que representa un tabú social como, por ejemplo, tener una aventura, abandonar un buen trabajo y cosas por el estilo. En estos casos, por lo general, lo que estamos viendo son

los efectos retardados y desvitalizadores del hecho de haber seguido durante demasiado tiempo las reglas prescritas socialmente sobre la manera de vivir en vez de mantener el contacto con los propios valores. Como dice el antiguo proverbio: "La visión sin acción es un sueño; la acción sin visión, una pesadilla".

El énfasis en los valores es lo que, en concreto, distingue a la ACT de otros muchos tratamientos cognitivo-conductuales y, en general, de una amplia variedad de terapias. Es solo dentro del contexto de los valores donde la acción, la aceptación y la defusión se aúnan en un todo con sentido. En el lenguaje del ámbito de las reglas, los valores son "incrementadores" de transformación y de motivación[4]. Constituyen uno de los usos más importantes del lenguaje humano.

"En la ACT, los valores se eligen libremente y son consecuencias elaboradas verbalmente de patrones de actividad en curso, dinámicos y en desarrollo, que constituyen el principal reforzador de tal actividad y son intrínsecos a la implicación en la propia pauta de conducta valiosa (Wilson y DuFrene, 2009, p. 66). La formulación de Wilson y DuFrene (2009) es densa por lo que será necesario analizarla en sus componentes esenciales.

- *Valores elegidos libremente*

El énfasis de la ACT recae en los valores que los clientes experimentan como una elección libre más que impuestos por los demás o por las circunstancias. Esta es una de las razones principales de que las intervenciones ACT se centren en las "elecciones" personales más que en el empleo de un enfoque de "toma de decisiones". Las elecciones se realizan *en presencia de* razones y en contra de una determinada acción pero no están *basadas en* esas razones. Las decisiones, por otra parte, tienden a originarse en el modo mental de solución de problemas y pueden ganar o perder resolución según cambien las razones. Una de las implicaciones del hecho de que los valores hayan sido elegidos libremente es que su elaboración se manifestará en su sentido más sano cuando la persona entre en contacto con ellos en el

aquí y ahora. Valores como la compasión por los demás o por uno mismo tienden a hacerse evidentes cuando una persona está viviendo en el momento presente y estableciendo contacto con el yo-como-contexto, que es por lo que, probablemente, los valores y la compasión constituyan un centro de enfoque natural en la mayoría de las tradiciones mindfulness. Aunque los valores "elegidos libremente" no son impuestos socialmente, eso no significa que no estén socialmente establecidos o que no sean sociales en su foco. Elección libre no tiene que ver con individualismo; es una cualidad psicológica del dueño de las acciones.

- *Consecuencias elaboradas verbalmente*

Las intervenciones de ACT, por lo general, se centran en la construcción de valores y en la elección. El término más frecuente es *clarificación de valores* pero *clarificación* puede resultar engañoso ya que implica que hay valores prexistentes, en alguna parte, aguardando a ser descubiertos. Nosotros preferimos el término *construcción* en lugar de *clarificación* y lo utilizamos para destacar la naturaleza activa de los valores en ACT. Los valores, como la mente, no son "como una cosa" sino que, más bien, son un proceso activo de relación verbal. Por ejemplo, un cliente puede que, en principio, no vea ninguna relación entre el desarrollo de una carrera profesional satisfactoria y el hecho de ser un padre eficaz; sin embargo, si examináramos qué clase de ejemplo le gustaría a ese cliente mostrar a sus hijos en relación a su satisfacción vital a largo plazo, podría aparecer esa conexión elaborada verbalmente.

- *Pautas de actividad en curso, dinámicas y en desarrollo*

Al hablar de "consecuencias elaboradas verbalmente de las pautas de actividad en curso, dinámicas y en desarrollo" queremos decir que los valores proporcionan la posibilidad de implicarse en determinadas pautas de comportamiento funcionalmente definidas mediante conducta verbal. La pauta elegida será dinámica y en desarrollo porque va a ser vivida momento a momento según lo

permitan la historia y las circunstancias. Las consecuencias elaboradas verbalmente son, técnicamente, acontecimientos no reforzantes porque nunca pueden ser completados ni alcanzados. Una persona que valore la igualdad de género puede que nunca llegue a verla totalmente lograda pero, de todos modos, puede trabajar por ella como una consecuencia elaborada o una función de la conducta. Los reforzadores fortalecen la conducta cuando esta se produce conjuntamente con aquellos; pero los valores, en la práctica, nunca se dan de esa manera. Lo que hacen los valores es que determinan otros acontecimientos como reforzadores. Por eso es por lo que, técnicamente hablando, los valores son "incrementadores".

- *Predominio de los reforzadores intrínsecos*

Wilson y DuFrene (2009) describen los eventos que los valores establecen como reforzadores de la siguiente manera: "Refuerzos predominantes… están intrínsecamente implicados en la propia pauta de conducta valiosa". Los valores no se refieren tanto al futuro como al hecho de vivir el momento presente y a hacer aquello que materialice los valores personales. Esas acciones, merced a su conexión con los deseos vitales expresados verbalmente, tienen características reforzantes. No es el valor *per se* lo que resulta reforzante sino la cualidad de la acción vinculada a los valores lo que es inherentemente reforzante. En cierto sentido, esa cualidad de acción es lo que se elige libremente.

Imagina que una persona decide como valor el ser un padre cariñoso; es decir, estar disponible para sus hijos. Si se considera de qué manera podría llevarse a cabo tal cosa, se podrían describir un buen número de pautas de conducta: pasar tiempo con los niños, ser atento, asegurar su bienestar, animarlos a aprender. El proceso de amar a los hijos nunca se acaba y las pautas de acción pueden ir cambiando a medida que padre e hijos se van haciendo, cada vez, más mayores. Si el padre, de pronto, se queda postrado en la cama, podrá materializar este valor de diferentes maneras. Los reforzadores no están en un futuro verbalmente conceptualizado sino que el propio proceso,

momento a momento, de contarles historias, limpiar narices y dar consuelo por una rodilla magullada es la manera en que se practica y se refuerza el valor de ser un buen padre. Procurar ser un padre cariñoso para no sentirse culpable –o porque alguien más podría sentirse decepcionado si uno fracasa– no es obrar según un valor en el sentido al que nos referimos. Además, la literatura sobre valores (p. e., Elliot, Sheldon y Church, 1977; Sheldon y Elliot, 1999; Sheldon, Dasser, Smity y Share, 2002) muestra que solo cuando el individuo considera los valores como una elección personal, y no como una cuestión de plegamiento social o de escape de la culpabilidad, es cuando los valores correlacionan significativamente con resultados clínicos favorables.

En resumen, los valores orientan al cliente en la determinación de un propósito y un significado psicológico, lejos del modo mental de solución de problemas. En términos aristotélicos, los valores actúan como "causas finales" de la conducta en el sentido de que representan el propósito último por cuyo motivo se emprenden las acciones. En un sentido más técnico, los valores proporcionan los criterios de selección que permiten que la variación y la retención selectiva actúen como procesos causales en la evolución de la conducta. Los valores dignifican el trabajo de defusión y la aceptación de pensamientos y sentimientos específicos dolorosos cuando tales vivencias angustiosas actúan como barreras frente a las acciones importantes. La ACT no consiste en un regodeo emocional sin fin sino que implica "acoger" aquello que la propia historia nos ofrece en el proceso de vivir una vida valiosa. Existe una amplia literatura sobre valores que muestra cómo se pueden lograr cambios de comportamiento significativos incluso con intervenciones a corto plazo sobre valores (p. e., Cohen, García, Apfel y Master, 2006).

Inactividad/impulsividad versus acción comprometida

El resultado final de la fusión, la evitación y la pérdida de contacto con los valores es un patrón estrecho y rígido de respuestas ineficaces. La rigidez de conducta se puede caracterizar tanto por la evitación

conductual (inacción, pasividad, evitación) como por un comportamiento excesivo (comportamiento impulsivo, abuso de comportamientos embotadores tales como beber, consumir drogas, darse atracones, provocarse automutilaciones, etc.). El hilo conductor de tales comportamientos es que todos están enfocados a la reducción o la eliminación de los estados aversivos. Muchas veces, la persona cree que los resultados temidos y las vivencias angustiosas asociadas se pueden soslayar evitando por completo la situación aversiva. En otros casos, se llevan a cabo acciones impulsivas que, en realidad, no hacen sino empeorar las cosas: son contraproducentes. Aún en otros casos, la gente pretende utilizar soluciones de "arreglo instantáneo" que pueden tener tremendas consecuencias a largo plazo. Con independencia de su forma, la función de esas acciones es limitar las consecuencias aversivas más que procurar alguna cosa positiva en la vida. Los individuos que viven de esta manera experimentan una reducción de su espacio vital lo que, inevitablemente, produce una amplia variedad de síntomas clínicamente significativos como depresión, ansiedad, adicciones y otros por el estilo. Por decirlo de otra manera, los individuos con rigidez psíquica tienden a experimentar dificultades a la hora de iniciar y mantener acciones que sean sensibles a las posibles contingencias reduciendo, de ese modo, su capacidad para adaptarse a circunstancias cambiantes.

En el modelo ACT, el término *acción comprometida* se refiere a una *acción basada en valores, destinada a crear una pauta de acción que esté basada en valores*. En otras palabras, hay un re-direccionamiento continuo del comportamiento con el fin de generar patrones cada vez más amplios de comportamiento flexible y eficaz basado en valores. Una acción comprometida es el antídoto frente a los efectos del estrechamiento del repertorio conductual propios de la fusión cognitiva y la evitación vivencial. Implícitamente, es por eso por lo que, en esencia, la ACT es una terapia "dura". Por *compromiso* no nos referimos tanto a una promesa que se hace sobre el futuro como a vivir el verdadero momento a momento desde un patrón de respuesta de cuya configuración se hace responsable el propio sujeto.

Cuando se produce un desliz respecto a un compromiso de conducta, el compromiso adicional será responsabilizarse del desliz y, de nuevo, redirigir los esfuerzos en una dirección basada en valores. Las personas con la capacidad de dirigir y redirigir la conducta, con el tiempo, tienen una importante ventaja sobre quienes manifiestan patrones débiles de control conductual. La piedra angular de la flexibilidad psicológica es la capacidad de comprometerse con una conducta altamente organizada y propositiva que sea sensible a las posibles eventualidades.

Una acción comprometida es una extensión de los valores. Mientras que un valor implica las consecuencias elegidas de los patrones de actividad en curso y cualquier acción basada en valores es una acción reforzada por esas consecuencias, mantener un compromiso significa, en cada momento, redirigir la conducta hacia patrones más amplios de comportamiento con el objetivo de mantener esos propósitos. En el momento en que una persona observa una divergencia y decide redirigir su comportamiento para que sea consistente con sus valores, esa persona está implicada en una acción comprometida.

Cuando hablamos de acción y comportamiento aquí, no nos referimos necesariamente a acciones físicas. El compromiso bien podría implicar todo el conjunto de las actividades mentales. Uno de los compromisos de Viktor Frankl, mientras permaneció en un campo de concentración nazi durante la segunda guerra mundial, tenía relación con su esposa. Él decidió, en lo más profundo de su mente, que el amor era algo capaz de convertir el sufrimiento de los campos de exterminio en una experiencia digna de ser soportada y desarrolló innumerables maneras de mantener el pensamiento de su esposa a pesar de que pasó todo su cautiverio sin saber si estaba viva ni si podría volver a verla de nuevo. Él cita el Cantar de los Cantares: "Grábame como sello en tu corazón, como sello en tu brazo, porque el amor es más fuerte que la muerte" (Ct. 8: 6. Frankl, 1992, p. 50). Frankl vivió claramente la seducción de la desesperación pero, en su

lugar, decidió mantener esa imagen de su esposa. Cada vez que lo hacía, establecía una elección, un compromiso con su valor.

Al contrario que los valores, que jamás pueden ser alcanzados como si fueran un objeto, las metas concretas, coherentes con los valores, sí que se pueden alcanzar mediante una acción comprometida. Los protocolos de ACT, por lo general, comprenden toda la gama de establecimiento de objetivos y metodologías de cambio conductual que están disponibles para toda la comunidad terapéutica en general y para la terapia de conducta en particular. Al mismo tiempo, los actuales enfoques conductuales, por lo general, se pueden mejorar mediante distintos aspectos del modelo ACT. Existen datos que sugieren que los cambios en otros procesos básicos "posibilitan" que los métodos conductuales funcionen. Por ejemplo, la disposición y la aceptación parecen ayudar a las personas con trastornos de pánico a que se muestren más abiertas a la exposición (Levitt, Brown, Orsillo y Barlow, 2004) o que los pacientes con dolor crónico cambien su conducta (Dahl, Wilson y Nilsson, 2004).

La esencia del modelo: flexibilidad psicológica

Se puede definir la flexibilidad psicológica como el hecho de estar en contacto con el momento presente, como ser humano consciente, de manera total y sin necesidad de defensa –tal y como la realidad es y no como uno se dice que es– y persistir en una conducta, o cambiarla, en función de los valores elegidos. Mantenemos que los tres estilos de respuesta, que comprenden seis procesos centrales, caracterizan, en conjunto, la flexibilidad psicológica.

Hay 30 relaciones direccionales entre los seis procesos básicos del hexaflex. Las líneas que se establecen entre los seis componentes en las figuras 3.1 y 3.2 no son meramente de resalte sino que cada una representa una posibilidad teórica de relación. Un proceso individual de ACT no tiene sentido desconectado de los demás en el modelo general –como tampoco tendría sentido la doble hélice de DNA sin

los pares de nucleótidos–. Por ejemplo, la aceptación sin valores ni acción, sería una especie de tolerancia o resignación. Los valores sin aceptación ni defusión serían difíciles de establecer dado que bondad y vulnerabilidad suelen ir de la mano y la evitación vivencial favorece el embotamiento sobre la vitalidad. A través de este volumen se van a definir y redefinir los procesos esenciales del modelo de flexibilidad psicológica haciendo referencia a los demás puntos del modelo, lo que parece congruente dada su interrelación.

Definición de ACT

La terapia de Aceptación y Compromiso utiliza la aceptación y los procesos de atención consciente así como el compromiso y los procesos de activación conductual para generar flexibilidad psicológica. Pretende poner el lenguaje y la cognición humanos bajo un control contextual más efectivo para superar los efectos de la estrechez del repertorio conductual ocasionada por una excesiva confianza en el modelo mental de solución de problemas así como promover un enfoque vital más abierto, centrado y comprometido. El enfoque ACT se basa en una perspectiva contextual funcional de la adaptabilidad y el sufrimiento humanos derivada de principios conductistas desarrollados mediante la teoría del marco relacional. Aunque contiene técnicas fundamentadas científicamente, la ACT no es solo una tecnología. Definida funcionalmente, está integrada por cualquier método que, de un modo fiable, produzca flexibilidad psicológica; teóricamente hablando, cualquier método basado en la teoría de la flexibilidad psicológica que hemos descrito podría ser llamado "ACT" con tal de que utilice los métodos descritos.

Evidencias sobre la ACT y el modelo de flexibilidad psicológica

En la última década, el número de estudios publicados sobre RFT y ACT se ha multiplicado exponencialmente. En 1999, cuando se describió el modelo por primera vez de una manera global, todavía no se había presentado la RFT en formato de libro; había poco más de un puñado de estudios empíricos sobre ACT; no existían medidas

bien establecidas sobre los procesos ACT ni se contaba con estudios longitudinales ni de relación entre los procesos de ACT y sus resultados. Todo eso cambió. Incluso las clasificaciones más conservadoras incluyen mas de 40 estudios experimentales que prueban los procesos de la RFT (tal vez existan otros 100 relacionados con las ideas de la RFT) y ni una sola contiene datos que pongan en entredicho los planteamientos básicos de la teoría (Dymond, May, Munnelly y Hoon, 2010). Ruiz (2010) encontró 22 estudios correlacionales entre la flexibilidad psicológica y la depresión (ponderación r = 0,55), y 15 relacionados con la ansiedad (ponderación r = 0,51), con más de 3.000 participantes. Utilizando métodos de correlación, más de 30 estudios longitudinales han examinado el impacto de los procesos de la ACT en resultados a largo plazo y prácticamente todos los estudios concuerdan con las expectativas del modelo de flexibilidad psicológica aquí presentado. Levin, Hildebrandt, Lillis y Hayes (2011) encontraron 40 estudios sobre componentes de la ACT solos o combinados con un tamaño del efecto ponderado de d = 0,70 (intervalo de confianza del 95%: 0,47–0,93) en los resultados. Ruiz encontró 25 estudios de resultado en áreas de psicología clínica (N = 605; 18 estudios aleatorios), 27 en psicología de la salud (N = 1,244; 16 estudios aleatorios) y 14 en otras áreas como deporte, estigma social, organización o aprendizaje (N = 555; 14 estudios aleatorios). A través de toda la literatura existente, el efecto inter-grupo parece situarse en torno a 0,65 (Hayes et al., 2006; Öst, 2008; Powers, Vörding y Emmelkamp, 2009; Pull, 2009). Aproximadamente las dos terceras partes de los estudios aleatorios han sido realizados mediante análisis mediacional y todos tuvieron éxito (p = 0,10 o mejor) dando cuenta de la mitad de la varianza de los resultados (Hayes, Levin, Vilardaga y Yadavaia, 2008).

La amplitud de problemas tratados en estos estudios es, seguramente, lo más sorprendente. Tal amplitud es uno de los requisitos principales de un modelo que pretende ser unificado y "transdiagnóstico". Existen estudios controlados de ACT sobre estrés en el trabajo, dolor, tabaquismo, ansiedad, depresión, diabetes, estilos

directivos, abuso de drogas, prejuicios hacia los consumidores de drogas en tratamiento, ajuste frente al cáncer, tricotilomanía, trastornos obsesivo-compulsivos, dependencia de la marihuana, dermatilomanía, prejuicios raciales, prejuicios hacia la gente con problemas de salud mental, trastornos asociados al latigazo cervical ("whiplash"), trastorno de ansiedad generalizada, dolor crónico pediátrico, mantenimiento de peso y auto-estigma, adopción por los clínicos de farmacoterapia basada en evidencias y entrenamiento de profesionales en métodos de psicoterapia distintos de la ACT. La única nota discordante es la utilización de ACT en problemas menores en los que la tecnología existente superó a los resultados de la ACT en algunas medidas (p. e., Zettle, 2003).

Lo que es más importante desde la perspectiva de la flexibilidad psicológica es que cuando se varía uno o más de los procesos esenciales –y ocurre con frecuencia– se obtienen buenos resultados. Por el momento, esto ocurre sin excepción; lo que facilita la creatividad de investigadores y terapeutas que pueden centrarse en *procesos apoyados empíricamente* –y no solo en paquetes y manuales apoyados científicamente–, un viejo sueño de los tratamientos basados en evidencias empíricas (Rosen y Davison, 2003). El que la gente le siga llamando a su trabajo ACT ya no es relevante. Además, una razón por la que estamos utilizando el término *modelo de flexibilidad psicológica* es para resaltar que este modelo va más allá de las cuestiones tecnológicas o de marca comercial. Incluso el propio término *flexibilidad psicológica*carece de importancia. Lo que importa es si los procesos de aceptación, atención consciente y valores proporcionan un modelo coherente para el sufrimiento humano y la adaptabilidad, un modelo que permita, de manera consistente, intervenciones eficaces así como elementos de intervención, moderadores y mediadores del cambio. Volveremos sobre estas cuestiones en el último capítulo del libro para echar un vistazo a los aspectos intelectuales y estratégicos del modelo de flexibilidad psicológica y revisar más evidencias sobre ellos.

Observaciones finales

En este capítulo hemos presentado un modelo de flexibilidad psicológica que comprende seis procesos esenciales organizados en tres estilos principales de respuesta. Aunque el espacio no nos permite una reseña exhaustiva de la literatura propia de cada uno de los ámbitos de investigación, hemos intentado señalar algunos de los ámbitos que apoyan nuestra versión. Además, se han resaltado los datos empíricos de las comunidades de investigación en ACT y RFT para presentar la promesa de este enfoque transdiagnóstico. No pretendemos tener una respuesta para cada pregunta que se nos pueda formular (o para cada cuestión que se pueda poner a prueba) respecto al modelo de flexibilidad psicológica. El propósito de la explicación del modelo, ante todo, es proporcionar a los terapeutas, facultativos e investigadores un marco que permita investigar cuestiones muy importantes clínicamente. Es a través de este proceso de investigación como, en último término, descubriremos las fortalezas y limitaciones de este enfoque. En el modelo de desarrollo contextual de la ciencia del comportamiento eso es, precisamente, como debe de ser. Creemos que el modelo de flexibilidad psicológica se ajusta a los requisitos de una versión transdiagnósgtica unificada y relativamente adecuada que pueda ser utilizada para favorecer el desarrollo humano y aliviar el sufrimiento. Al comienzo del próximo capítulo exploraremos cómo se lleva esto a cabo dentro de la ACT.

1. El concepto de autocompasión, recurrente en la literatura psicológica, hace referencia a tres aspectos: 1. Empatía hacia el propio sufrimiento o los propios fallos (en oposición a autocrítica); 2. Reconocimiento del dolor y de los fallos como algo propio de la naturaleza humana y, 3. Consciencia plena de las propias vivencias negativas (sin magnificarlas ni negarlas) (N. del T.).

2. La palabra utilizada en el texto original es *Milk, Milk, Milk*. Hemos adoptado "jamón" en referencia al conocido juego de palabras infantil (ja-món/mon-ja) pero el ejercicio se puede realizar empleando cualquier palabra (N. del T.)

3. Recordemos que los cuatro procesos aludidos son: atención flexible al momento presente, aceptación, defusión y yo-como-contexto. (N. del T.)

4. Sobre el concepto de "incrementadores" repasar en el capítulo 2 el apartado "Comportamiento gobernado por reglas".

II Análisis funcional y aproximación a la interpretación

4 Formulación de hipótesis

Escuchar con oídos, ver con ojos ACT con Emily K. Sandoz

En este capítulo, aprenderás…

- Cómo explorar el problema actual del cliente.
- Cómo identificar las fuentes de rigidez y flexibilidad psicológica.
- Cómo identificar los procesos importantes para la ACT en la conversación terapéutica.
- Las características clave de un marco de formulación de hipótesis ACT.

Comenzamos esta sección del enfoque ACT con un capítulo dedicado a la formulación de hipótesis por una sencilla razón: es un prerrequisito importante para el desarrollo de una intervención eficaz que satisfaga las necesidades de cada cliente. La formulación de hipótesis, desde una perspectiva ACT, implica la capacidad de analizar los problemas actuales del cliente de manera funcional para reformularlos en el contexto del modelo de flexibilidad psicológica (descrito en el capítulo 3). Hemos sido testigos, muchas veces, de situaciones clínicas en las que el terapeuta está altamente cualificado para desarrollar intervenciones específicas de ACT pero que aún intenta hacerse con todo el "panorama general" para entender la situación del cliente de manera que la dirección de la terapia está totalmente desenfocada. Si tú, como terapeuta, eres capaz de

desarrollar un "oído ACT", serás capaz de identificar las claves verbales (fácilmente asequibles en la mayoría de las interacciones clínicas) que ponen de manifiesto aquello con lo que el cliente está luchando realmente. Estas claves te facilitarán la selección de la intervención ACT más adecuada. Del mismo modo, tener "visión ACT" te permitirá sintonizar con las sutiles pero muy importantes claves no verbales del comportamiento (p. e., una caída de ojos o un entristecimiento, crispar los puños, golpetear los labios, frotar las manos, etc.) que reflejan la actitud psicológica del cliente hacia las situaciones complicadas de su vida así como las vivencias internas de estrés a ellas asociadas.

En este capítulo, exponemos el modelo de flexibilidad psicológica de una manera clínica pero el modelo, en sí mismo, es un modelo del funcionamiento humano y no, simplemente, de psicopatología en un sentido estricto. La formulación de hipótesis en algunos contextos determinados (p. e., en el coaching de empresa) puede que requiera otros instrumentos distintos de los que aquí presentamos. Además, en algunos contextos, será correcto desarrollar una intervención de ACT sin una formulación de hipótesis detallada con determinados individuos (p. e., en organizaciones a gran escala, salud pública o trabajo educativo). Sin embargo, incluso en tales situaciones, tener "vista y oído ACT" te permitirá aumentar tu eficacia de modo que resulte menos probable que apliques métodos de ACT de una manera inadecuada. En conjunto, los principios generales que se tratan en este capítulo se pueden aplicar con independencia de las diferencias de contexto.

En el contexto de la psicoterapia, la formulación de hipótesis o conceptualización implica la recogida de información necesaria para la entrevista inicial, el análisis de esa información utilizando el modelo de flexibilidad psicológica, la identificación de un punto de partida y la modificación de las hipótesis en función de la información recopilada a medida que avanza la terapia. En este capítulo nos centramos en la estrecha relación entre valoración,

formulación de hipótesis y tratamiento. Para facilitar un elemento básico en el proceso de la formulación de hipótesis, también presentamos algunos instrumentos de formulación de hipótesis que podrás utilizar con facilidad en tu propia práctica clínica. Aunque en este capítulo insistimos en las estrategias de intervención clínica, no queremos minimizar la importancia de utilizar, al mismo tiempo, métodos de valoración formal tales como auto-informes, simulación de conducta y otros por el estilo. Para una mejor comunicación, a veces, utilizamos la nomenclatura de síndromes del DSM a pesar de que creemos que, cuando se aplica adecuadamente, el modelo unificado de ACT tiene una utilidad mucho mayor para el tratamiento que los enfoques actuales, basados en los síndromes.

Formulación de hipótesis clínicamente relevantes

Aunque los contextos y los clientes pueden variar, el objetivo de la formulación de hipótesis es siempre el mismo: servir de guía al facultativo respecto a los distintos elementos de intervención al servicio del cliente. Si toda la formulación de hipótesis se llevara a cabo exactamente en el mismo contexto –digamos, por medio de un amplio equipo interdisciplinar, en una investigación hospitalaria, con una programación predefinida de momentos de valoración dentro del programa de tratamiento– podríamos ofrecer un método sencillo de formulación de hipótesis que podría haber demostrado su utilidad clínica. Sin embargo, sabemos que esa organización ideal no suele darse en la realidad. Algún lector de este libro tal vez sea capaz de programar un tiempo para el desarrollo y mejora de la formulación de hipótesis mientras que otros tendrán que enfrentarse a la atención directa a un cliente en una clínica de atención primaria o en un servicio de urgencias por lo que se verán obligados a desarrollar una hipótesis de trabajo operativa en 15 minutos. Algunos trabajarán con niños y otros adultos; unos se dedicarán a clientes con discapacidad intelectual mientras que otros trabajarán con personas con altas capacidades.

Sean cuales fueren las necesidades del lector, tendremos muchas probabilidades de conseguir una formulación de hipótesis útil si pensamos en los procesos clave de la flexibilidad considerando el contexto más amplio del cliente (historia familiar, cultura, contingencias sociales) y los antecedentes y consecuentes que más están influyendo en la conducta problemática. El enfoque ACT busca ampliar la perspectiva del terapeuta para pasar a considerar los problemas humanos de una forma muy pragmática. Hasta que el terapeuta se acostumbre a pensar de una manera totalmente funcional, conductual y contextual, la ACT siempre le podrá proporcionar un marco general –por ese motivo, los terapeutas que acceden a la ACT desde otras orientaciones teóricas suelen necesitar una formación y entrenamiento adicionales en los aspectos generales del contextualismo–.

Recogida de información sobre los problemas actuales y su contexto

El modelo de flexibilidad psicológica que se describe en este volumen constituye el núcleo esencial del enfoque contextual para comprender cómo interaccionan los clientes con sus entornos sociales y personales. Esta afirmación sugiere que los seis procesos del modelo no deben ser considerados aisladamente sino que son muy sensibles a los entornos sociales, culturales, físicos y biológicos. Los problemas clínicamente relevantes y las soluciones no surgen, simplemente, en el interior del organismo sino que interactúan, de manera amplia, con el entorno ambiental. Por ejemplo, los beneficios de entrenar la flexibilidad psicológica de un grupo de trabajadores, se vieron mermados por un entorno laboral que no les permitía expresar y seguir nuevas ideas (Bond y Bunce, 2003). Los valores son sensibles al contexto cultural –pueden estar centrados en los demás o ser relativamente individuales–. El modelo de flexibilidad psicológica está ideado para adaptarse culturalmente al permitir encajar los aspectos culturales en los procesos y principios que se reconocen como más importantes para la salud psíquica. Este enfoque es más fiable que una adaptación cultural basada exclusivamente en el

conocimiento cultural ya que las culturas pueden favorecer los procesos psicológicamente insanos al igual que los sanos.

Como la valoración en ACT se centra en un pequeño grupo de variables funcionalmente relevantes, los terapeutas ACT pueden reducir significativamente los protocolos de entrevista propios de los estilos más tradicionales de recogida de información. Lo que, por sí mismo, resulta altamente deseable en los entornos sobrecargados en los que se suelen proporcionar los servicios de salud conductual. Las dos preguntas que, normalmente, "nutren" el proceso de formulación de hipótesis en ACT son: ¿Qué tipo de vida es la que el cliente, en lo más profundo, desea crear y vivir? Y ¿Cuáles son los procesos psicológicos o ambientales que han inhibido o interferido su búsqueda de ese tipo de vida?

El análisis funcional: Tiempo, trayectoria y contexto

En la entrevista inicial, el cliente suele presentarse con un enfoque particular del problema y el terapeuta, por lo general, empieza por analizar sus demandas actuales. El modelo de flexibilidad psicológica ayuda a organizar las demandas analizándolas por su función más que por su forma, frecuencia o entorno de ocurrencia. Para llevar a cabo este análisis funcional es necesario disponer de información sobre el curso y el contexto de los problemas del cliente.

El terapeuta debería tener en cuenta la cronología del problema: ¿Cuándo surgió ese problema por primera vez? ¿Hubo algún momento en el que el cliente no tuviera el problema o en el que este se hubiera manifestado de una forma menos marcada? También es preciso comprender el desarrollo o la *trayectoria* del problema. ¿El problema, por lo general, mantiene la misma intensidad, frecuencia y duración que en el momento de su aparición? ¿Es ahora menos grave que antes o es peor? ¿De qué manera los efectos negativos del problema están estrechando el espacio vital del cliente? Con el transcurso del tiempo, el problema ¿parece más o menos controlable? También es importante constatar los*antecedentes* y *consecuentes*,

públicos y privados, del comportamiento. ¿Qué es lo que desencadena este problema en el mundo externo e interno del cliente? ¿Qué ocurre cuando el cliente lleva a cabo esa conducta? ¿De qué manera tienen lugar las consecuencias positivas y negativas tanto a corto como a largo plazo?

Además de buscar la información necesaria, estas preguntas constituyen, en sí mismas, una forma de intervención por el simple hecho de ser formuladas por el terapeuta. Por ejemplo, imagina que una persona está consumiendo drogas, en parte, para controlar su ansiedad. A medida que el terapeuta le pregunta con todo detalle sobre las vivencias desagradables que las drogas le ayudan a regular y sobre las consecuencias experimentadas a corto y a largo plazo, puede que se acentúe la consciencia del cliente sobre sus pautas de evitación vivencial y los costes que conllevan. Este incremento de consciencia, a su vez, puede sentar las bases de posteriores intervenciones ACT.

Por lo general, es conveniente preguntar acerca de la clase de vivencias personales con las que se está debatiendo el cliente. Saber, simplemente, que el cliente parece incómodo cuando habla sobre determinado tema no tiene la misma utilidad que conocer qué pensamientos, emociones, recuerdos o sensaciones físicas concretas se le están manifestando en ese momento. El terapeuta necesita mostrar una "curiosidad adecuada" –la habilidad de ahondar un poco más en las vivencias internas del cliente respecto a un área determinada, sin llegar a perderse en medio de todo el material resultante–. El objetivo del terapeuta es, sencillamente, examinar procesos internos relevantes para ver de qué manera podrían estar interconectados. Más adelante, esta información puede ser utilizada tanto en la formulación de hipótesis como en la planificación del tratamiento.

Muchos terapeutas tienden a explorar más determinados tipos de vivencias privadas que otras y esta tendencia puede dejar "agujeros" en la percepción que lleguen a formarse del cliente. Por ejemplo, un

terapeuta con un sólida formación en restructuración cognitiva podría sentirse más inclinado a buscar los "pensamientos neurotizantes" y menos a investigar sobre los recuerdos o sensaciones físicas que pueda experimentar el cliente. En general, recomendamos que el terapeuta investigue siempre una amplia variedad de vivencias del ámbito privado del cliente, incluyendo los pensamientos, emociones, sensaciones físicas y recuerdos experimentados. El despliegue de una red tan amplia le permite al terapeuta situarse en posición de prestar una atención adecuada a los diversos aspectos de las vivencias internas del cliente que podrían resultar relevantes. También habría que considerar con detenimiento el entorno externo (incluyendo los miembros de la familia y otras personas significativas) así como las posibles relaciones entre las dos esferas, interna y externa.

También conviene darse cuenta de las propias reacciones durante la entrevista. ¿Qué clase de pensamientos, sentimientos, asociaciones, recuerdos y sensaciones físicas estás experimentando mientras entrevistas a tu cliente? Son elementos que pueden constituir una guía útil. Por ejemplo, si te sientes enfadado sin ninguna razón aparente, podría ser conveniente explorar de qué manera reacciona el cliente frente a temas de enfado, daño o vulnerabilidad o bien cómo se está sintiendo el cliente en el momento actual.

Entrevista de valores: Amor, trabajo, juego

La formulación de hipótesis debe tener en cuenta el contexto vital en el que está operando el cliente y de qué manera satisface las exigencias cotidianas. De este modo, es importante obtener "instantáneas" del espacio vital del cliente referidas a los ámbitos más importantes para aquello que se considera una vida plena. Robinson, Gould y Strosahl (2010) sugieren una valoración "trabajo-amor-juego". También se pueden utilizar, inicialmente, todos los aspectos de vida plena que veremos con más detalle en el capítulo sobre

valores (capítulo 11) para valorar las fortalezas y debilidades del cliente (Wilson y DuFrene, 2009). El tiempo que puede llevar esta valoración inicial de instantáneas vitales depende del contexto. En una psicoterapia normal, con pacientes externos, la entrevista podría llevar la mayor parte de la primera sesión de terapia; en el contexto de un examen en atención primaria o en urgencias, la valoración podría llevar solo unos minutos.

Independientemente del escenario particular, el terapeuta debería explorar los principales ámbitos de la vida cotidiana en relación a las quejas del cliente. ¿El paciente ha dejado de participar en actividades relajantes en el presente? ¿Está aislado socialmente? ¿Cómo le van las cosas en el trabajo y con sus compañeros de trabajo? ¿Cómo le va con su pareja, hijos o amigos? ¿Qué es lo que está haciendo el cliente por su vida espiritual? ¿Qué tipo de hábitos de salud está manteniendo el cliente?: ¿Bebe?, ¿se droga?, ¿fuma?, ¿come en exceso?, ¿hace ejercicio con regularidad?

Durante esta fase de la entrevista suele ser bastante sencillo reformular los argumentos que el cliente mantiene para los problemas actuales en un contexto de valores. Por ejemplo, imagina una persona socialmente retraída que dice: "No quiero estar solo; no he elegido ser un ermitaño en una casa vacía, pero cuando me encuentro con gente, la verdad es que no me siento bien; no estoy cómodo. Podría ocurrir que yo no les gustara". El terapeuta podría reformular inmediatamente la respuesta del cliente de una manera ligeramente distinta:

"Déjame ver si lo entiendo bien. Eso suena a que, en realidad, te preocupa la gente; te gustaría estar conectado y formar parte de las cosas. Pero tú lo evitas para reducir la ansiedad que, generalmente, sientes en medio de los demás, sobre todo cuando piensas que podría ocurrir que no les gustaras, y eso te está llevando a un sentimiento de soledad y vacío. ¿Es posible que hayas estado funcionando de esta manera?

Detectando los procesos de flexibilidad psicológica

Si existe un arte en terapia, es la habilidad del terapeuta de leer lo que está ocurriendo durante la sesión de terapia. Algunos terapeutas parecen haber nacido con la habilidad de conseguirlo de manera espontánea pero los demás necesitamos una cierta estructura que nos guíe en el proceso. La valoración de los procesos de flexibilidad del cliente durante la entrevista no es, en sí misma, una formulación de hipótesis; más bien, proporciona los elementos para la formulación de hipótesis, la planificación del tratamiento y las correcciones durante el proceso de la terapia. En los epígrafes siguientes vamos a explorar el modelo de flexibilidad psicológica para destacar los indicadores que, en una entrevista clínica, podrían señalar niveles elevados o bajos de un determinado proceso básico. Junto a cada proceso básico, le proporcionamos al terapeuta una escala basada en comportamientos que representan niveles de flexibilidad baja, media o alta en esa área concreta. Luego, retomamos el tema de la integración de estos procesos en un marco coherente de formulación de hipótesis. Como el modelo de flexibilidad psicológica es multidimensional e integrado, en principio, sería posible comenzar en cualquier punto del modelo para observar, luego, otros procesos básicos que pudieran surgir. Nosotros empezamos con una valoración del estilo de respuesta "centrado".

Valorar el ámbito del momento presente: ¿Puede el cliente permanecer centrado?

El estilo de respuesta centrado comprende la consciencia del momento presente y del yo-como-contexto. Para valorar estos procesos, necesitamos saber dos cosas en el nivel más elemental:

1. ¿La persona ve la vida como una experiencia un poco distinta, al menos, de las historias que la mente nos podría contar sobre ella?
2. ¿Está la persona aquí, en este momento, de una manera flexible, voluntaria e intencional?

En otras palabras, ¿en qué medida se dan un "tú" y un "yo", actuando aquí y ahora, atendiendo de manera flexible y centrada a la tarea que se está desarrollando?

Valorar los procesos relacionados con el momento presente

La valoración de los procesos relacionados con el presente se puede llevar a cabo de forma bastante natural en una entrevista clínica. Toda la vida ocurre en el momento presente; incluyendo las disquisiciones sobre el pasado y el futuro. La pregunta crítica para la valoración es: ¿El cliente es capaz de entrar en contacto con los acontecimientos del presente de una manera flexible, centrada e intencional?

En la entrevista clínica normal, el tema de la presencia aparece incluso en las preguntas más sencillas sobre lo que ha llevado a la persona a acudir a terapia en este momento concreto. Las cuestiones sobre los problemas actuales descritos previamente proporcionan un punto de partida para la valoración. ¿Puede el cliente dirigir la atención hacia el momento en el que comenzó el problema o a los momentos en los que el problema empeoró o mejoró y hacerlo sin llegar a distraerse fácilmente ni quedarse fijado en un contenido determinado? La capacidad de lograrlo es un indicador del funcionamiento en el ámbito de los procesos que están teniendo lugar en el presente. Variar el ritmo de las preguntas, deteniéndose en algunos temas y pasando más rápidamente por otros puede revelar el nivel de contacto del cliente con el contexto actual en el presente.

- *Fallos frecuentes en los procesos relacionados con el momento presente*

Los fallos en los procesos relacionados con el momento presente pueden adoptar distintas formas. Un ejemplo típico son las preocupaciones y las cavilaciones. Los clientes que manifiestan elevados niveles de preocupación y cavilaciones pueden ser capaces de seguir una línea de preguntas, sin embargo, algunas pruebas iniciales tienden a revelar que sus respuestas vuelven a incurrir en la preocupación por el futuro o en el repaso de sucesos del pasado. Se puede observar rigidez en el foco de atención, por ejemplo, en un

cliente diagnosticado con síndrome de Asperger que, prácticamente, solo habla de –digamos– cromos de futbolistas. Los intentos de dirigir la atención de ese cliente hacia determinados temas se pueden topar con resistencias y frustración. Otros clientes pueden quedarse fijados en explicaciones o análisis como formas de evitación de determinados contenidos fuertemente emocionales.

La tendencia a distraerse es otra variable que aparece con regularidad. La incapacidad de mantener el foco de atención es una característica central en determinados diagnósticos tales como el déficit de atención con hiperactividad pero también puede estar presente en clientes que están luchando con la ansiedad y la depresión. En estos casos, distintas imágenes, sonidos y temas pueden, fácilmente, desviar a la persona de su camino. Los clientes con historias traumáticas suelen mostrar esta tendencia a cambiar de asunto como una forma de evitación vivencial. No hay que confundir el período de tiempo correspondiente al contenido que se está tratando con la capacidad de "estar presente" en el sentido al que nos referimos. Por ejemplo, imagina que un terapeuta pregunta sobre una vivencia muy dura del pasado del cliente, como la muerte de su pareja. El cliente podría ser capaz de cambiar su consciencia para prestar una atención especial a ese suceso, a sus recuerdos y a los sentimientos que experimenta ahora, en el momento de activar el recuerdo y, a continuación, ser capaz de cambiar al siguiente tema. O bien por el contrario, el cliente podría ignorar la prueba y volver al tema inicial o al siguiente o quedar fijado en ese tema hasta el punto de perder la capacidad de cambiar el foco de atención. La inclinación del cliente suele quedar de manifiesto en sus respuestas relativas a las pruebas siguientes. Por ejemplo, después de haber contactado con algún acontecimiento difícil del pasado, el terapeuta podría preguntarle qué sentimientos le van aflorando a medida que va recordado el suceso y en qué se diferencian de lo que experimentó en el momento de tener lugar el suceso original. El simple hecho de poder pasar con fluidez de aquella situación al presente indica fortaleza de los procesos del presente incluso aunque el contenido se

refiera al “pasado”. De la misma manera, el hecho de revivir el pasado o imaginar el futuro de forma voluntaria no indica, por sí solo, que el cliente tenga dificultades para controlar los procesos relacionados con el presente.

Los fallos de los procesos del presente, por lo general, se manifiestan en los aspectos paralingüísticos del lenguaje y en los aspectos atencionales de la escucha. Cuando los clientes están psicológicamente presentes, esa sensación de presencia se manifiesta en su mirada, en la postura corporal, el tono emocional, la respuesta al ritmo del terapeuta. Cuando los clientes manifiestan una pauta de atención rígida y están desconectados del presente, pueden llegar a distraerse incluso por otros sucesos que tengan lugar en el entorno inmediato (p.e.: un sonido en el exterior de la sala) o puede que sean incapaces de mantenerse conectados y responder a las pruebas del terapeuta. Por lo general, los terapeutas experimentan los problemas en esas áreas como una especie de desconexión con el cliente de modo que casi parece como si cliente y terapeuta no estuvieran implicados en la misma conversación. La conversación puede resultar sosa o apagada a pesar de los numerosos intentos de provocar una variedad de respuestas en el cliente. Ciertamente, el cliente puede parecer que, de alguna manera, está desconectado del curso de conversación o, a la inversa, que está fijado de un modo tan rígido que parece haber perdido la consciencia de otros aspectos de la conversación.

Parte de la valoración de los procesos relacionados con el presente se relacionan con la pauta de comunicación. Si alguien está experimentando un elevado grado de angustia, por lo general, muestra un tipo de locución atropellada o apresurada. En situaciones de este tipo, el terapeuta debería ralentizar deliberadamente su propia locución y mantener ese ritmo más sosegado. Algunos clientes se adaptan rápidamente al cambio de ritmo del terapeuta aunque otros, no lo hacen. Si el terapeuta formula una pregunta muy lentamente o le pide al cliente, con suavidad, que se detenga un

instante a considerar determinada cuestión, ¿el cliente es capaz de modular el ritmo de su conversación de manera adecuada?

- *Fallos extremos en el proceso del momento presente*

En un extremo del continuo, el cliente podría ser totalmente incapaz de responder a ninguna pregunta. La disociación constituye un ejemplo dramático. En estos casos, lo que conviene hacer es comprobar en dónde tiene centrada su atención el cliente, indagar sobre ello y averiguar si es capaz de cambiar su foco de atención hacia otros temas relacionados o, incluso, que no guarden relación alguna. También se podría intentar ver si hay algo en el entorno actual que pueda estar provocando la respuesta del cliente. El cliente que está sufriendo una alucinación constituye otro ejemplo. En este caso, se debe valorar el grado de flexibilidad así como el punto de enfoque del proceso de atención dentro y fuera del área problemática. Por ejemplo, podríamos preguntarle sobre su alucinación ("¿Me puedes decir lo que estás oyendo?") o comprobar la flexibilidad atencional en otras áreas ("¿Quién te trajo a la sesión?").

Valorar los procesos del yo

La valoración en relación al propio self es crucial para la formulación de hipótesis en ACT. El problema típico en relación al "yo", en el contexto clínico, es la fusión con el contenido del autoconocimiento verbal –como, por ejemplo: "Yo estoy deprimido", donde "deprimido" adquiere la cualidad de identidad personal–. Este aspecto del yo –el yo-concepto– puede ser "positivo", "negativo" o las dos cosas pero sus características más notorias son el hecho de ser rígido, evaluativo y evocador. Cuando esta forma del self es la que predomina en vida mental cotidiana del cliente, tiende a situarse por encima de todas las demás formas de vivencia del yo. Cuestiones tales como "tener razón" a la hora de defender la propia historia o de entender los orígenes del sufrimiento personal se vuelven más importantes. En general, la ACT considera esta forma de

autoconocimiento no solo como algo profundamente viciado sino como una amenaza importante a la plenitud vital del cliente.

Otro aspecto del yo lo constituye el contacto con el flujo de vivencias personales o el "yo-como-proceso". Este contacto tiene que ver con la capacidad de observar y describir las vivencias en el momento actual. Manifestaciones tales como: "Me estoy sintiendo enfadado en este momento", revelan que el cliente no solo se da cuenta del contenido actual de su consciencia sino que, además, es consciente de los procesos de observación de ese contenido. Este aspecto de la relación con el yo constituye una parte esencial del "contacto con el presente".

Oro ámbito de la relación con el yo se caracteriza por la capacidad de percibir el contenido de la consciencia desde una perspectiva determinada: es el yo-como-perspectiva. El "yo/aquí/ahora" de la consciencia es un aspecto del yo que trasciende a cualquier contenido particular de la consciencia –es el contexto del propio conocimiento verbal–. Los investigadores en RFT han desarrollado instrumentos de valoración para medir este sentido del self (McHugh et al., 2004; Rehfeldt et al., 2007), pero en las entrevistas clínicas, la valoración se puede basar en la capacidad personal de cambiar la perspectiva desde el "ahora" al "entonces"; de "aquí" a "allí" para asumir la perspectiva de los otros. Por lo general, esta capacidad aparece en conductas verbales y no verbales espontáneas; por ejemplo, comentarios humorísticos sobre una situación vital negativa o momentos de silencio en los que el cliente parece estar "asentándose" a sí mismo.

Una buena manera de valorar el yo-como-contexto consiste en examinar la flexibilidad en la toma de perspectiva a través de la propia entrevista. Una pregunta tal como: "¿Qué crees que estoy sintiendo yo ahora, al escuchar esto?" explora la capacidad de imaginar el mundo tal como se ve a través de los ojos de otra persona y, de esa manera, el terapeuta puede detectar deficiencias en la adopción de otras perspectivas tales como falta de sensibilidad o de conexión con las propias vivencias del cliente. Se puede pedir a los clientes que imaginen que son más viejos y más sabios para que se

den a sí mismos consejos sobre la manera de proceder en el presente, en medio de sus conflictos. Este enfoque examina la capacidad de ver el "yo"/"ahora" desde la perspectiva del "yo"/"entonces". Una amplia variedad de técnicas clínicas habituales (la silla vacía, role-playing, experimentar lo que otra persona supone o siente o la aplicación de metáforas e historias) dependen, en parte, del yo-como-contexto y se pueden utilizar para ayudar a detectar los procesos ACT en las interacciones clínicas.

- *Fallos frecuentes en los procesos del yo*

El problema más frecuente en los procesos del yo es la fusión con conceptualizaciones verbales del self de tal manera que el cliente no es capaz de mantenerse en contacto con los procesos que están teniendo lugar ni puede poner en perspectiva las dificultades de su vida. La fusión con el yo conceptualizado se manifiesta en la tendencia a quedar absorbido por las propias historias y a defender una autoimagen determinada. No importa que la historia sea "buena" o "mala". Cuando tiene información contradictoria o se le ofrecen interpretaciones alternativas, el sujeto encuentra un modo de mantener su tesis original. No resulta extraño que este tipo de clientes respondan agresivamente cuando se pone en cuestión su yo-concepto: "Si no soy quien digo que soy, entonces ¿quién soy?".

La fusión con un yo-concepto suele ponerse de manifiesto en frases con el formato "Yo = problema". Cuando se le plantea al sujeto una pregunta que, normalmente, requiere una respuesta con "yo", la respuesta verbal, rápidamente, manifiesta un contenido fusionado. Preguntas sencillas, tales como: "¿Qué es lo que sentías?" o "¿qué recuerdas?" pueden producir este tipo de efecto. Si la fusión con el yo-concepto es muy fuerte, invariablemente desembocarán en el mismo tema general con independencia de los aspectos sobre los que realmente se indague.

Plantear cuestiones orientadas hacia valores es una buena manera de poner a prueba la fusión con la historia del yo. El terapeuta puede

pedir algo tan sencillo como: "Cuéntame algo en concreto que tú hayas hecho y que me ayude a entenderte en tu papel de hermano". La respuesta a tal petición, por lo general, comenzará con un "Yo". Imagina que el cliente responde: "Le presté el coche a mi hermano hace 4 o 5 años; tuvo un accidente y aún no me pagó los daños. Así es él". Este tipo de respuesta no es adecuado porque no tiene en cuenta los propósitos del terapeuta (una forma de tomar perspectiva) y lleva a evocar un fragmento de la historia del yo del cliente que impide el contacto del cliente con valores sociales importantes.

En un nivel mucho más severo, algunos individuos pueden llegar a ser totalmente incapaces de atenerse a nada de lo que le pida el terapeuta. Puede que no sea posible apreciar ninguna separación entre la persona del cliente y las alucinaciones que está experimentando. Incluso una pregunta como "¿Estás oyendo voces en este momento?" podría ser contestada con pretextos como "¡Me están matando, me están matando!", en lugar de: "Estoy oyendo voces". En estas circunstancias, el cliente puede ser incapaz de responder a preguntas sobre el "Yo" independientemente de los síntomas concretos que esté experimentando. Con la minimización del "yo" también tiene lugar una disminución del "tú" y este tipo de clientes tienen poca consciencia, o ninguna, del papel, los sentimientos ni la perspectiva del terapeuta.

Valorar el ámbito de aceptación-defusión: ¿Puede el cliente mantenerse abierto?

Aunque algunos clientes no necesitan otra cosa que mantenerse centrados en el presente, reconectar con sus valores y empezar a comprometerse con una acción determinada, lo más normal es que la mayoría presenten niveles de evitación y fusión que supongan obstáculos sustanciales para una vida plena. Decíamos que la fusión y la evitación vivencial eran los "cantos de sirena" del sufrimiento. Cuando las pautas de conducta del cliente se desarrollan mediante contingencias de control aversivo que suponen la evitación vivencial, la vida se convierte en un juego de evitación de las experiencias

personales, basado en la creencia de que tales experiencias son tóxicas y plantean un desafío directo a la salud personal. Desde luego, es un juego tramposo pero, aparentemente, parece ventajoso debido a la cultura del "sentirse bien" que lo promueve.

Cuando se valora este ámbito, es necesario que el terapeuta determine hasta qué punto la fusión y la evitación vivencial han estado controlando la vida del cliente. ¿Está la existencia del cliente organizada, fundamentalmente, en función de lo que este considera inaceptable? ¿Permite el cliente que sus sentimientos o recuerdos desagradables determinen, en buena parte, la dirección de su vida? ¿Hasta qué punto vive el cliente en un mundo de "debería", "tendría que" y "no puedo"? ¿Hasta qué punto vive el cliente en un mundo de excusas bien ensayadas por las que las cosas son como son; un mundo en el que el cambio resulta imposible o bien "no es este el momento de llevarlo a cabo"?

Generalmente, la vida de los clientes que están sometidos a un fuerte control aversivo se caracteriza por un estilo de comportamiento estereotipado. La fusión y la evitación vivencial se manifiestan en pautas rígidas de conducta. Verbalmente, estas pautas resultan más evidentes en el tono, ritmo y contenido. El cliente puede repetir básicamente lo mismo una y otra vez. La cualidad vocal puede carecer asimismo de modulaciones tanto en tono como en ritmo. En el caso del cliente depresivo, el tono puede ser bajo y suplicante; el tono del cliente airado puede ser más fuerte y cortante. Tanto el cliente depresivo como el airado manifiestan poca variabilidad o sensibilidad contextual, incluso cuando se les anima a que lo hagan. En definitiva, el contenido de la charla del cliente manifiesta rigidez y estrechamiento.

Valorar los procesos de aceptación

La cuestión central a la hora de valorar la aceptación es determinar si el cliente puede asumir activamente lo que tiene lugar en su experiencia directa, momento a momento, aun cuando el contenido

le resulte indeseable y angustioso. O también, ¿qué aspectos de la experiencia personal del cliente están actuando como obstáculos para una vida plena? Los clientes, generalmente, buscan ayuda porque están experimentando algún tipo de sufrimiento en su vida. Explorar con detenimiento lo que le resulta doloroso al cliente y lo que este hace frente al dolor, permitirá modelar intervenciones enfocadas hacia la aceptación.

- *Fallos frecuentes en los procesos de aceptación*

Cuando se valora la aceptación, es importante determinar tanto los contenidos evitados como el repertorio de conductas de evitación del cliente. A veces, el cliente denomina directamente lo que le resulta inaceptable –ataques de pánico, estados depresivos, pensamientos negativos sobre sí mismo, culpabilidad, vergüenza, deseos de beber o de consumir drogas–. Cuando el contenido a evitar puede ser descrito, el terapeuta puede indagar más allá para averiguar de qué manera se enfrenta el cliente a esas situaciones inaceptables cuando surgen: ¿Se queda en casa el que es propenso a los ataques de pánico? ¿Evita prestar atención a determinados eventos o, por el contrario, se implica en algún tipo de actividades que podrían suponerle niveles incómodos de ansiedad/tristeza/culpabilidad? Cuando se encuentra en situaciones sociales, ¿el cliente se centra en controlar sus niveles de ansiedad en lugar de tratar de involucrarse en la situación social? Como muestra el siguiente diálogo, una sencilla investigación acerca de lo que hace el cliente cuando se activa el contenido a evitar revela mucho sobre su repertorio de evitación:

-Terapeuta: De manera que dices que el deseo de beber ha sido especialmente malo en los últimos tiempos.

-Cliente: Sí. Me pone malo. No consigo pensar con claridad.

-Terapeuta: ¿Algunas veces es más llevadero que otras?

-Cliente: Desde luego; algunas veces ni siquiera pienso en ello. Las cosas van bien. Pero, entonces, surge y ya no puedo pensar en otra cosa.

-Terapeuta: Para que yo lo entienda mejor, me vendría bien que me hablaras de las veces en que el deseo es moderado y las veces en que es realmente fuerte. De manera que, cuando solo es moderado, ¿qué es lo que haces?

-Cliente: Bueno, simplemente trato de no pensar en ello. Intento estar ocupado en algo.

-Terapeuta: ¿Nada más?

-Cliente: Bueno, a veces me preocupo –pienso qué pasará si la cosa va a más o si no se calma–. ¿Qué va a pasar cuando tenga 60 años si aún sigo así? ¡No creo que pueda soportarlo! (*La pauta se acelera un poco, el tono de voz se vuelve más crispado*).

-Terapeuta: ¡Vaya! Suena como si, a veces, empezaras a preocuparte y, entonces, aumentara. Casi como si pudieras verte yendo a peor.

-Cliente: Sí, la cosa se puede poner bastante mal.

-Terapeuta: Y, cuando es realmente malo, ¿qué haces?

-Cliente: Sencillamente, ¡no sé *qué* hacer! Me vuelvo loco. Termino por gritarle a la gente, le grito a mi mujer, le grito a la gente por teléfono, conduzco como un idiota, les grito a los demás conductores…

En este diálogo, la pauta de evitación vivencial está orientada hacia intentar no pensar en beber y procurar mantenerse ocupado para desviar la atención de los impulsos. Es muy posible que los estallidos de ira del cliente sean un producto secundario del matiz aversivo de sus deseos; sin embargo, también pueden funcionar como distractores de la vivencia –inaceptable para el cliente– de que los deseos "nunca van a desaparecer". El terapeuta podría explorar, sin hacer juicios, lo que ocurre con los deseos cuando el cliente se enfada de verdad o empieza a discutir. Es muy posible que esos estallidos consigan aplazar los estados aversivos asociados con la incertidumbre sobre el deseo. Aunque puede haber excepciones, la regla general es que cualquier cosa que siga a un contenido

inaceptable, lo más probable es que forme parte de la cadena de respuesta de evitación.

Puede ser conveniente valorar cómo y dónde es peor el contenido evitado. Las pautas de evitación pueden interferir con una vida plena. Por ejemplo, un padre divorciado puede tratar de evitar los remordimientos por su matrimonio fracasado cuando ve a su hijo o, incluso, cuando ve a otra gente con niños. Las intervenciones de aceptación dirigidas a esos importantes antecedentes pueden favorecer el que el cliente se abra más a una conducta paterna adecuada como un ámbito de sus valores.

Una importante fuente de información tanto sobre aceptación como sobre evitación vivencial es el propio comportamiento del cliente durante la sesión. El cliente puede que no sepa o no sea consciente de lo que está evitando y, por lo tanto, no puede referirlo directamente. Esta situación se da especialmente en los clientes crónicos con múltiples problemas. Mientras dirige la entrevista, el terapeuta puede advertir que algunos temas han cambiado y, solo a posteriori, darse cuenta de que el cliente llevaba la conversación en una dirección distinta. Si el comportamiento persiste una y otra vez, la pauta de evitación es evidente. El hecho de pedirle al cliente, sencillamente, que visualice una situación difícil y que observe los pensamientos, emociones, recuerdos y sensaciones corporales que aparecen basta, a menudo, para elaborar el contenido evitado cuando al cliente le resulta difícil hablar de ello directamente. Algunos clientes no pueden soportar este tipo de ejercicio ni siquiera durante un breve instante. Esta objeción potencial, sin embargo, no debería dificultar la evaluación ya que, por sí misma, es un indicador del nivel de evitación. Otros clientes pueden ser capaces de seguir las instrucciones y visualizar la escena pero no consiguen mantenerse en el ejercicio y, en su lugar, pueden llevar al terapeuta a una conversación sobre el ejercicio para evitar entrar en contacto con el contenido temido. Por último, otros clientes pueden ser capaces de entrar en el ejercicio, describir el contenido angustioso y continuar

colaborando hasta que se les indique que se detengan. Todas estas posibles respuestas representan diversos puntos a lo largo del continuo de evitación-aceptación.

- *Medidas formales de aceptación*

Las medidas formales de evitación vivencial y aceptación son, en este momento, muy populares y están difundidas ampliamente. La más conocida es el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ; Bond et al., en prensa; Hayes et al., 2004), una escala de valoración a disposición del público que lleva solo unos minutos. El AAQ desempeña un buen trabajo a la hora de predecir muchas formas de patología (Hayes et al., 2006). Se ha desarrollado un gran número de versiones del AAQ con carácter más específico en ámbitos como el tabaquismo (Gifford et al., 2004), control del peso (Lillis y Hayes, 2006), psicosis (Shawyer et al., 2007), dolor crónico (McCracken, Vowles y Eccleston, 2004), epilepsia (Lundgren et al., 2008) y diabetes (Gregg, Callaghan, Hayes y Gelnn-Lawson, 2007b) entre otros.

Dado el enorme incremento en aceptación, mindfulness y otras intervenciones de tercera generación, ha surgido una enorme variedad de medidas relacionadas que inciden en los procesos de aceptación. Entre ellos, podemos incluir la Escala de Auto-compasión (Self Compassion Scale: Neff, 2003); el Inventario de Supresión White Bear (White Bear Suppression Inventory: Wegner y Zanakos, 1994), la Escala de Evitación Cognitivo-Conductual (Cognitive-Behavioral Avoidance Scale: Ottenbreit y Dobson, 2004), el Cuestionario de Control de Pensamientos (Thought Control Questionnaire: Welles y Davies, 1994), la Escala de Tolerancia a la Angustia (Distress Tolerance Scale: Simons y Gaher, 2005), la sub-escala de No Aceptación Emocional de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (Difficulties in Emotion Regulation Scale: Gratz y Roemer, 2004) u otras sub-escalas semejantes de distintas medidas de atención consciente, tales como el Invetario Kentucky de Habilidades de Mindfulness (Kentucky Inventory of Mindfulness Skills: Baer, Smith y Allen, 2004) o el Cuestionario de las Cinco Facetas de la Atención

Consciente-Mindfulness (Five Facets of Mindfulness Questionnaire: Baer et al., 2008) entre otros muchos. Las definiciones de aceptación varían en cada uno de estos enfoques.

Se pueden utilizar medidas como estas a la hora de formular hipótesis de trabajo. Incluso las mediciones individuales han mostrado ser útiles; por ejemplo las autovaloraciones diarias de disposición que se anotan en una escala de 1 a 10 (Twohig, Hayes y Masuda, 2006). Los practicantes de ACT no deben dudar en improvisar escalas de aceptación elaboradas para el propio cliente en la medida en que facilitan el objetivo general de proporcionar datos para la formulación de hipótesis de trabajo.

Valorar los procesos de defusión

A la hora de valorar los procesos de defusión el terapeuta debería tratar de identificar ejemplos concretos de contenidos fusionados así como el impacto que ese contenido supone en los diferentes ámbitos vitales. Formulaciones repetitivas, monótonas, categóricas y evaluativas son los marcadores típicos de una fusión. ¿El cliente vuelve, una y otra vez, al mismo contenido? ¿Cuenta una historia manida sobre su situación, cómo ha ido evolucionando y lo que necesitaría para que su vida siguiera adelante? La interrelación de los procesos de ACT es especialmente importante cuando se examina la fusión. Por ejemplo, la soporífera repetición de preocupaciones y maquinaciones mentales son ejemplos de fallos en los procesos relacionados con el momento presente pero los contenidos de la preocupación y de las elucubraciones constituyen el contenido fusionado. Del mismo modo, también puede aparecer la fusión como el obstáculo principal en la clarificación de valores o cuando se comentan las dificultades respecto a un compromiso de acción.

- *Fallos frecuentes en los procesos de defusión*

La aparición de un contenido fusionado es algo que surge con frecuencia durante la entrevista, tanto por parte del terapeuta como del cliente; por eso, conviene conocer las características

fundamentales de la fusión clínicamente relevantes. A continuación, enumeramos algunas de ellas:

Comparación y evaluación. Prestar atención a las comparaciones y evaluaciones que aparecen abundantemente en la conversación del cliente, en contraste con lo que es descripción. El terapeuta puede valorar la fuerza de esas pautas de fusión pidiéndole al cliente, sencillamente, que describa la situación problemática y lo que le sugiere sin añadirle ninguna evaluación. Los clientes con niveles de fusión elevados no son capaces de hacerlo así o bien introducen, al poco tiempo, evaluaciones personales en su narración.

Complicado, ocupado, confuso. El habla fusionada suele manifestar una cualidad de "ocupación" como si el sujeto estuviera esforzándose mucho para explicar algo. Si la fusión es muy alta, puede ser muy difícil de interrumpir el flujo frenético de intentos de solución.

Adversativo. El habla fusionada, a menudo, tiene un matiz adversativo. A veces, esto se puede llegar a experimentar como si el sujeto estuviera, en realidad, discutiendo internamente consigo mismo, intentado desarrollar la fuerza de voluntad para hacer o dejar de hacer algo. Como se muestra en el siguiente párrafo irónico, la naturaleza de la actividad humana simbólica garantiza que nunca va a haber un "ganador" en tales debates internos; para cada argumento a favor, la mente humana siempre contrapondrá un argumento en contra.

Yo: Debería empezar un programa de ejercicios.

Yo: Pero no me gusta hacer ejercicio.

Yo: Pero sería bueno para mí.

Yo: Pero estoy siempre tan ocupado…

Yo: Pero tengo que terminar un capítulo.

Yo: ¿Y cuando eso no es verdad?

Yo: Pero esta vez sí que lo es. Cuando vuelva de Europa, empiezo.

Yo: ¿No he oído eso mismo antes?

Y, así, sigue y sigue…

Conversación justificativa. A veces, el habla fusionada no suena como una discusión sino, más bien, como una justificación, una explicación o un conjunto de razones. El factor común es la impermeabilidad e inflexibilidad relativas de la conversación. Algunas versiones acortadas de ejercicios ACT de defusión pueden servirle de ayuda al terapeuta para valorar hasta qué punto está consolidada la tendencia a dar razones. Por ejemplo, el terapeuta podría anotar las razones del cliente en unas tarjetas y, luego, pedirle que se siente en silencio mientras le va colocando una tarjeta cada vez, boca arriba, en el regazo. Al cliente, simplemente, se le pide que lea en voz alta lo que está escrito en cada tarjeta. El cliente altamente fusionado, por lo general, se sale del ejercicio y empieza a argumentar bien sea sobre el propósito del ejercicio o bien para adoptar una postura de defensa de sus razones. A la inversa, un cliente con bajos niveles de fusión, no tendría demasiados problemas en limitarse a leer las distintas frases en voz alta y hasta podría comentar que dichas frases suenan distinto cuando se pronuncian en alto.

Una muestra adicional de conversación justificativa consiste en un elevado nivel de solución verbal de problemas que fracasa a la hora de concretarse en una acción consistente con los valores. Las discusiones internas o el darse razones suele considerarse como un comportamiento de búsqueda de soluciones. ¿Empezaré o no empezaré un programa de ejercicio? ¿Hay alguna buena razón para que esté deprimido? ¿Tengo alguna razón para imaginarme lo peor en el futuro? Si el cliente está intentando convencerte de algo o si tienes la sensación de estar discutiendo con tu cliente, eso indica que en la interacción están apareciendo elevados niveles de fusión. No necesitas refutar esas razones; en vez de eso, deberías valorar la flexibilidad y la evitación vivencial y conductual que constituye el resultado final de la fusión.

Perseverancia. De la misma manera que la fijación de la atención supone una barrera a la consciencia del momento presente, la perseverancia, por lo general, constituye una característica del cliente fusionado. Básicamente, el cliente pierde la capacidad de pasar, de manera flexible, del tema que está ocupando su consciencia a otro tema de importancia clínica. Los ámbitos vitales importantes pueden proporcionar un método de valoración de la fusión. Como la característica de la fusión es la inflexibilidad, podemos empezar por preguntarle al cliente sobre los aspectos de su vida que sean significativos y, así, observar en qué dirección van las respuestas.

En casos extremos, el cliente se quedará sin respuesta mientras que, en otros casos, puede que solo ofrezca respuestas parciales cuando se cambie el tema de la indagación pero la pauta de respuesta tenderá a incluir contenidos fusionados. En otros casos, puede que la exploración interrumpa momentáneamente la pauta repetitiva (p. e., la preocupación por la depresión) que, a continuación, regresará de inmediato, por lo general, con el mismo tono y ritmo. Un examen detenido del contenido verbal podrá revelar frases y pensamientos que el cliente se repite una y otra vez.

- *Medidas formales de defusión*

Hay un interés creciente en desarrollar medidas estructuradas de defusión. La defusión puede ser difícil de valorar por medio de autoinformes ya que el concepto se refiere más a la relación con el pensamiento que a su contenido y los autoinformes se centran, principalmente, en el contenido. De todas formas, se han logrado avances en este campo.

Una forma muy sencilla de medir la defusión consiste en preguntar sobre el grado de credibilidad de un pensamiento, más allá de su ocurrencia. Los dos conceptos no son isomórficos. Por ejemplo: "me voy a morir" es totalmente creíble pero una persona puede defusionarse de tal pensamiento, o bien, enredarse en él. Distinguir entre la ocurrencia y la credibilidad de un pensamiento cuando tuvo

lugar, constituye una manera fácilmente comprensible de indagar la actitud de los participantes en relación a sus propios pensamientos en áreas concretas.

Casi cualquier medida cognitiva que se centre en el contenido del pensamiento puede ser reformulada en función de la relación de la persona con ese pensamiento cuando este tuvo lugar por primera vez. Por ejemplo, se pueden añadir escalas de credibilidad para establecer mediciones como las del "Cuestionario de Pensamientos Automáticos" (Automatic Thoughts Questionnaire: ATQ; Hollon y Kendall, 1980) preguntando no sobre la frecuencia con que tienen lugar los pensamientos sino acerca de si son creíbles cuando aparecen (es un hecho histórico interesante que la credibilidad, originalmente, formaba parte del ATQ pero los autores la eliminaron después de su publicación). Este enfoque conduce a una medida de "Credibilidad de Pensamientos Automáticos". Este tipo de medidas se han utilizado con éxito desde los inicios de la investigación en ACT (p. e., Zettle y Hayes, 1986) y se han utilizado repetidamente en resultados de ACT (p. e., Hayes et al., 2006; Varra, Hayes, Roget y Fisher, 2008; Zettle, Rains y Hayes, 2011).

Existen medidas específicas de fusión /defusión en algunas áreas, por ejemplo, el "Cuestionario de Evitación y Fusión para Jóvenes" (Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth: Greco, Lambert y Baer, 2008) y la subescala de fusión de la "Escala de Rigidez Psicológica frente al Dolor" (Psychological Inflexibilite in Pain Scale: Wicksell, Ahlqvist, Bring, Melin y Olsson, 2008). Algunas medidas de mindfulness cuentan también con subescalas que miden la fusión (Baer et al., 2004; Baer, Smith, Hopkins, Drietemeyer y Tones, 2006). Varias medidas sobre razones aducidas que se utilizaron en las primeras investigaciones en ACT (Zettle y Hayes, 1986) fueron perfeccionadas en algunas áreas concretas, por ejemplo el "Cuestionario de Razones para la Depresión" (Reasons for Depression Questionnaire: Addis y Jacobson, 1996). Los investigadores en RFT también desarrollaron medidas cognitivas

implícitas de uso repetido en el caso de individuos con fijación en formas específicas de contenido fusionado (Ayden, Barnes-Holmes y Stewart, 2008). También se encuentra en desarrollo una medida general de fusión cognitiva (Dempster, Boulderston, Gillianders y Bond, que se puede descargar en *contextualpsychology.org/CFQ*).

Evaluar el ámbito de los valores y el compromiso: ¿Puede el cliente implicarse en su vida

Las consecuencias derivadas de la dificultad en estar abierto y centrado se manifiestan, por lo general, en el escenario de la implicación vital. El propósito de la ACT consiste en ayudar a los clientes a que desarrollen pautas activas de acción comprometida y basada en valores mediante la determinación de direcciones vitales importantes y la elaboración consciente de pautas amplias de valores coherentes. El modelo de flexibilidad psicológica sugiere que para ello, en parte, es necesario basarse en la apertura y en la capacidad de centrarse. La clarificación de valores y el compromiso con la acción, por lo general, ponen de manifiesto temas esenciales no solo en ese ámbito sino también en los otros dos (apertura y centramiento). Sin embargo, es un error pensar que la intervención con valores y compromiso de acción requiere siempre trabajar en las otras áreas. En algunos casos, el simple hecho de poner al cliente en contacto con sus valores más profundos y desarrollar un plan sencillo de acción congruente es todo lo que se necesita. De la misma manera, el hecho de valorar las dificultades que entraña un compromiso de acción puede poner de manifiesto una manera sencilla y fácil de solucionar la carencia de habilidades a la hora de establecer objetivos personales o un cambio de conducta auto-dirigida. Por este motivo, siempre es importante valorar cada proceso básico de manera individual e incluir los resultados en la formulación de hipótesis de trabajo.

Procesos de clarificación de valores

El tema central en la clarificación de valores es: ¿El cliente experimenta la vida como algo meramente impuesto o, por el contrario, como algo de lo que él o ella puede ser autor de una forma activa y significativa? Mientras que los obstáculos tradicionales para la apreciación y la puesta en práctica de los propios valores, generalmente, eran la fusión y la evitación, el fallo a la hora de establecer un conjunto de valores puede adoptar múltiples formas. Tenemos que conocer algo sobre la vida que el cliente quiere llevar para orientar y contextualizar el tratamiento ACT. En ausencia de un determinado sentido vital, poco se puede hacer para darle un sentido al sufrimiento del cliente y las intervenciones encaminadas a mejorar su vida.

- *Fallos frecuentes en los procesos de valores*

El fallo más habitual se produce cuando los problemas psíquicos del cliente desempeñan un papel tan importante que le hacen perder el contacto con los aspectos esenciales de la vida. Puede que el cliente no tenga una idea clara de lo que podría ser más importante en su vida porque ese tipo de asunto ha quedado "en suspenso" mientras está librando su batalla interna. Por ejemplo, un cliente puede estar tan atrapado por su ansiedad o depresión que podría perder de vista las direcciones vitales que considera más importantes. Su vida, ante todo, va a consistir en un intento diario de controlar la ansiedad y la depresión y de imaginar qué es lo que le puede estar causando esas emociones tan desagradables. Irónicamente, un enfoque fuertemente centrado en solucionar su problema de ansiedad o depresión puede alejar al cliente del tipo de vida que está buscando.

Como la fusión y la evitación son obstáculos clave para una vida basada en valores, el terapeuta debe buscar continuamente señales de fusión cuando se está llevando a cabo una clarificación de valores. A veces, esa necesidad viene indicada directamente por el cliente (p. e., el cliente manifiesta que "tiene que" valorar algo determinado –

asociando, así, esa necesidad con una "razón" fusionada). Otras veces, las claves provienen de evidencias menos directas. Cuando el terapeuta está dirigiendo la intervención hacia los valores del cliente, ¿el cliente vuelve, de nuevo, a la discusión de sus dificultades psicológicas? Cuando se abordan aspectos de valores, ¿el cliente empieza a elucubrar o a preocuparse sobre ese ámbito vital? ¿Está el cliente a la defensiva, diciendo que su vida va bien en todos los terrenos? Si se le pide que describa cómo le gustaría ser, ¿puede el cliente, de forma activa, dar detalles concretos en los diferentes ámbitos importantes?

El habla típica de la fusión está dominada por categorías generales más que por elementos concretos y tiende a ser repetitiva en vez de fluida. En la siguiente transcripción de una sesión, se le pide a una cliente –que dice valorar el ser madre como uno de sus principales valores– que describa un suceso concreto en ese terreno.

Terapeuta: Observo, en el cuestionario, que el ser madre es algo muy importante para ti.

Cliente: Sí; es lo más importante de mi vida.

Terapeuta: Me gustaría que me ayudaras a ver ese aspecto con toda claridad. Tal vez me puedas contar algo concreto que hayas hecho con tu hijo para que yo pueda hacerme una idea lo más exacta posible.

Cliente: Bueno, él es muy importante para mí y yo soy un completo desastre. Él me necesita y yo ni siquiera consigo levantarme de la cama por las mañanas. Me quedo allí, aun sabiendo que debería levantarme. Sé que tengo que ponerme en marcha y oigo a mi marido preparándolo para el colegio y yo no puedo hacer nada.

Obsérvese que, en este ejemplo, el terapeuta pide una muestra concreta de "ser buena madre" pero la clienta responde con una referencia general a sus dificultades psicológicas actuales y a sus anteriores fracasos como madre. Aunque la respuesta de la clienta pueda parecer bastante sensata, en realidad no contesta a la cuestión que se le planteó. Si un cliente está especialmente fusionado, incluso

diferentes intentos pueden fracasar a la hora de activar una respuesta directa a la cuestión formulada. La sensibilidad a este tipo de sondas refleja tanto una medida como una intervención. Si el terapeuta puede ayudar al cliente a que se sitúe en el presente con un ejemplo de valor vital a lo largo de un período de tiempo, la fusión se atenúa, al menos, de momento. Luego, el terapeuta podrá ayudar al cliente en la elaboración de objetivos consistentes con ese valor.

Los valores son una cuestión de elección, no de mero conformismo; de modo que otro fallo en los procesos de valores surge cuando estos se utilizan como una manera de evitar la culpabilidad o de recibir aprobación social. Este tipo de motivación, a veces, puede ser detectada en la entrevista. Por ejemplo, se puede preguntar a un cliente que valora la educación: "¿Qué pasaría si tuvieras una buena formación pero nadie lo supiera?; ¿seguiría teniendo la misma importancia para ti?". Cuando lo que se considera como un valor está, más bien, al servicio del conformismo social o de la evitación vivencial, el hecho de ponerlo a prueba pondrá de manifiesto que ni los valores eran intrínsecos ni la propia acción ha sido elegida libremente.

- *Medida formal de los valores*

Existen numerosos procedimientos de estimación y medida de valores, como el "Ejercicio de la diana" (Lundgren, Dahl, Yardi y Melin, 2008) el "Cuestionario de Valores Personales" (Personal Values Questionnaire: Ciarrochi, Blackledge y Heaven, 2006, basado en el trabajo de Sheldon y Elliot, 1999), o el "Cuestionario de Vida Basada en Valores" (Valued Living Questionnaire-2 (VLQ-2): Wilson y DuFrene, 2009) que se comenta ampliamente en el capítulo 11. En su mayoría, estas medidas son bastante rápidas y su realización no lleva más allá de 15 o 20 minutos. El VLQ es una excepción pero han aparecido versiones específicas del VLQ-2 en áreas como el dolor crónico (Vowles y McCracken, 2008). Si se dispone de tiempo, la incorporación de instrumentos estructurados de clarificación de valores a lo largo de la entrevista clínica, puede proporcionar mayor

claridad sobre la temática de valores. ¿Se trata de ámbitos particularmente importantes en los que el cliente manifiesta una mayor flexibilidad en el habla o, por el contrario, son áreas en las que se tiene una sensación de limitación especialmente fuerte? Cuando un cliente manifiesta una flexibilidad razonable en un ámbito importante, el terapeuta puede avanzar mediante la elaboración de esos valores y la organización de posibles acciones comprometidas con ellos. Cuando el cliente manifieste importantes limitaciones y elevados niveles de fusión y evitación, el terapeuta debería retroceder para centrarse en el trabajo en el momento presente.

Existe un área engañosa en culturas que favorecen los valores centrados en los demás. Los seres humanos son una especie social y, en nuestra experiencia, la mayoría de la gente de cualquier cultura mantiene fuertes valores sociales. En las culturas orientadas hacia los demás, sin embargo, el bien del grupo se cultiva con tal intensidad que puede resultar difícil distinguir entre valores fusionados y valores sociales. Lo importante no es si los valores son socializados o individualistas –los dos pueden ser valores en el sentido de la ACT– sino si el sujeto se hace responsable de sus elecciones. Se necesitan más estudios para llevar a cabo mejores discriminaciones en las distintas condiciones culturales.

Valoración de los procesos de compromiso

Para valorar los procesos de compromiso, nos planteamos si el cliente puede planificar y llevar a cabo comportamientos consistentes con sus valores. Los obstáculos principales frente a los procesos de compromiso son la fusión y la evitación o la falta de motivación que puede surgir cuando tales comportamientos están asociados a la historia del self y no a los valores. La historia del self, a su vez, lleva a pautas crónicas de comportamientos contraproducentes. Los problemas frente al compromiso con la acción se pueden hacer evidentes bajo la forma de falta de acción, falta de perseverancia o comportamientos enfocados a la evitación vivencial y conductual. Los procesos de valoración, por lo general, manifiestan una situación

vital desigual y pobremente organizada. Puede que se produzcan actividades importantes en algunos ámbitos, pero no en otros o puede que tengan lugar ocasionalmente, pero no con regularidad. De ese modo, aun cuando el cliente parece poseer *algunas* destrezas comportamentales, necesita implicarse seriamente en la consolidación de pautas de acción más amplias, más integradas y menos sensibles frente a la aparición de impulsos. Por ejemplo, si el cliente, sistemáticamente permite que su compromiso de acción se vea afectado por determinadas emociones o pensamientos, deberá llevar a cabo un trabajo sobre esos puntos vulnerables al mismo tiempo que mantiene su compromiso.

- *Fallos frecuentes en los procesos de compromiso*

Las razones más frecuentes de fracaso en los procesos de compromiso son la impulsividad, la inmovilidad y la persistencia en la evitación. La valoración inicial de los procesos de compromiso, generalmente, implica pedirle al cliente que cite ejemplos de acciones concretas que sean coherentes con los valores que ha asumido en el pasado y con otros que podría contemplar en el futuro. El terapeuta también podría pedirle al cliente que elaborara una lista de posibles acciones con las que se compromete –desde pequeños actos que podría realizar ese mismo día hasta aquellos que podrían necesitar mucho más tiempo–. Algunos clientes son capaces de señalar bastantes ejemplos con pocas indicaciones pero se quedan bloqueados cuando llega el momento de actuar. A veces, esta reacción puede indicar problemas con algún tipo de contenido fusionado mientras que, otras veces, indica una escasa capacidad para fijar metas. Por esta razón, el terapeuta necesita cubrir todo el proceso mediante el cual el cliente hace y mantiene compromisos concretos. ¿Qué sucede durante ese proceso? ¿El cliente fracasa en su intención de perseverar porque, de pronto, surge algún contenido al que teme? ¿El cliente tiene capacidad para fragmentar la conducta planeada en unidades más pequeñas para, así, dar un solo paso cada vez? ¿El cliente abandona su compromiso de acción a la primera señal de alarma del entorno?

En el nivel más básico, los fallos en los procesos de compromiso de acción siempre apuntan a algún otro proceso, ya sea la fusión o una deficiencia específica en alguna capacidad. Es muy importante para la formulación de hipótesis ser capaz de determinar qué factores son operativos.

Cuando la fusión y la evitación son elevadas, puede que el cliente sea incapaz de citar ningún ejemplo concreto de acciones guiadas por valores, ni en el pasado ni en el futuro. Como muestra el siguiente fragmento, un cliente puede incluso incurrir en preocupaciones, maquinaciones y pautas verbales fusionadas cuando se le pide que haga y mantenga algún compromiso.

Terapeuta: Estábamos hablando antes de la importancia de ser una buena madre y me pregunto si podrías concretarme algún tipo de acción que te gustaría llevar a cabo como madre.

Cliente: Bueno, quiero estar ahí cuando me necesiten.

Terapeuta: Naturalmente, pero ¿podías decirme alguna cosa concreta que podrías hacer y que tuviera ese sello especial de ser el tipo de madre que quieres ser?

Cliente: Bueno, cuando vuelven a casa, del colegio, yo debería estar presente. Quiero decir, no simplemente estar en casa sino, ya sabes, estar como hacía mi madre. Pero no puedo hacerlo. Me siento bloqueada. Hace que me sienta mal. Y me preocupa el efecto que esto pueda tener en ellos. Es como no tener madre; peor aún. Tengo que hacer algo.

Obsérvese que el habla de la clienta está cuajada de "tengo que" y "debería" y que, asimismo, carece de detalles concretos. la clienta no menciona ninguna cosa específica que hiciera su madre –simplemente, "estar allí"–. La flexibilidad y fluidez con que los clientes pueden contestar a esas preguntas es un tema esencial de valoración. Si varios intentos se topan con fusión, es probable que hasta la idea de ponerse en acción resulte paralizadora. Si tiene lugar

una interacción de este tipo, el terapeuta también puede tomar alguna iniciativa fuera de programa y observar si la fusión se atenúa.

Terapeuta: Quiero que sepas que, *de ningún modo quiero* que hagas nada distinto en este momento. Lo que quiero es hacerme una idea de algún pequeño acto que me permita percibir el tipo de madre que quieres ser. Más adelante, ya hablaremos de *hacer*. De momento, lo único que quiero es ver el tipo de vida que estás deseando llevar. De modo que acabas de mencionar "estar allí" cuando tus hijos lleguen a casa del colegio. Y también hablaste de tu madre. ¿Qué tipo de cosas hacía ella?

Cliente: No mucho, realmente. No puedo acordarme. Pero lo que sí recuerdo era que ella estaba allí.

Terapeuta: Bien, tal vez podrías ayudarme a verlo. Entonces, si cierras los ojos un momento, es posible que te veas a ti misma volviendo a casa del colegio. Imagínate delante de la casa de tu infancia y percibe el aspecto del edificio y el del patio. E imagínate a ti misma entrando y empezando a darte cuenta de esas pequeñas cosas que ella hace. Permanece ahí un momento, respirando suavemente – impregnándote de todo eso. Y, ahora, puedes abrir los ojos para decirme lo que hayas visto.

Cliente: Ella estaba en la cocina. Me hizo sentar y me dio algo de comer; uno de esos mini bocadillos que ella solía hacer. Y la puedo ver moviéndose por la cocina y preguntándome cómo me había ido el día, lo que había aprendido y con quién había jugado.

Terapeuta: ¡Bien!

Cliente: Ella siempre estaba allí. No es que fuera mucho, pero yo podía contar con ella.

A lo largo de esta intervención habremos entrado en contacto con posibles compromisos de acción de una manera limpia y libre de amenazas. Como la mujer hizo referencia a su propia madre, el comportamiento de su madre puede servir de sustituto simbólico

para el tipo de acciones valiosas que a ella le gustaría llevar a cabo. También hay que observar que este intercambio implica pedirle a la clienta que se centre –que esté presente en el pequeño ejercicio de volver a casa–. Una pizca de presencia puede ayudar a activar la flexibilidad en torno a los procesos de compromiso cuando la fusión y la evitación son elevadas.

La inmovilidad y la impulsividad, normalmente, son fáciles de detectar. Suele ser más difícil detectar pautas de persistencia en la evitación que pueden presentarse bajo el disfraz de estar basadas en valores. Por ejemplo, un padre adicto al trabajo puede creer firmemente que está trabajando por el bien de su familia pero, tras un detenido examen, queda claro que está evitando las relaciones de intimidad. La flexibilidad a la hora de perseguir valores es un tema clave. De este modo, una acción importante puede, a veces, parecer más una forma de relax, de juego o de conexión social que de duro trabajo.

La parte del modelo ACT dedicada al compromiso de acción varía mucho según la conducta problemática concreta en cuestión. De modo que cualquier consejo general sobre procesos de compromiso tiene que ajustarse a los objetivos conductuales y a los métodos concretos que se vayan a utilizar. Por ejemplo, si se trata de dejar de fumar, el compromiso de acción puede suponer la realización de registros, el fumar programado, el fumar consciente, establecimiento de una fecha de abandono, procedimientos de control estimular, compromiso público y otros procedimientos. Si se trata de depresión, el compromiso de acción podría implicar la activación de la conducta, implicación social, resolución de dificultades familiares, ejercicio, solución de problemas relacionados con el trabajo y cosas por el estilo. Cuando se esté tratando la ansiedad, el compromiso de acción podría implicar la exposición gradual, el aumento de actividades sociales, regularización del sueño, etc. La ACT forma parte de la terapia de conducta y el análisis funcional que proporciona el modelo de flexibilidad psicológica tiene como propósito informar el conjunto

más amplio de temas funcionales específicos para cada uno de los problemas concretos.

Referentes de valoración

Se pueden utilizar métodos numéricos indicativos para examinar los seis procesos de flexibilidad psicológica centrándose en las probabilidades de ocurrencia y en la flexibilidad contextual y conductual de dimensiones clave de respuesta para cada proceso. Las dimensiones de cada proceso de la "Hoja de Valoración de Flexibilidad" se muestran en la figura 4.1. Podemos imaginar una escala de 10 puntos, entre el 0 (no sucede nunca o rara vez) y el 10 (ocurre con flexibilidad y cuando es necesario, funcionalmente hablando), con el 5 como punto medio, indicando que esa dimensión de respuesta tiene lugar solo a veces (incluso cuando sería necesaria y útil) o solo si se estimula al sujeto. Estimando estos valores numéricos durante las siguientes sesiones, se puede obtener una valoración global de los procesos de flexibilidad psicológica haciendo la media de esas áreas genéricas. Este tipo de valoración, a su vez, puede ayudar en la formulación de hipótesis concretas que se describe en el siguiente apartado.

		0	5	10
Procesos	**Configuración clave de la conducta del cliente**	**Nunca o rara vez**	**A veces o si se le anima**	**Fluida y flexible**
Momento presente	Percibe y utiliza los acontecimientos internos y externos en el presente			
	Atención flexible: puede persistir o cambiar según las necesidades			
	Desvinculación del pasado o futuro en lugar de preocupaciones, predicciones o maquinaciones			
Self	**Contacto con un sentido del yo trascendente**			
	Ve la perspectiva de los demás así como otros tiempos y lugares			
	Desvinculación del yo-concepto			
	Muestra empatía y comprensión auténticas			
Aceptación	**Adopta un enfoque abierto y curioso respecto a las vivencias dolorosas**			
	Puede disfrutar de sus emociones positivas sin excesivos apegos ni temor de pérdida			
	Activo y flexible frente a pensamientos, sentimientos, recuerdos o sensaciones corporales difíciles			
Defusión	**Capaz de desentenderse de la necesidad de sentirse bien o tener buen aspecto**			
	Desimplicado frente a historias y razones, en función de una acción eficaz			
	Evalúa los pensamientos en función de su viabilidad en lugar de su "verdad" en sentido literal			
	Percibe el pensamiento como un proceso continuo en lugar de considerar el mundo en función del pensamiento			
	El pensamiento parece abierto, permeable y flexible			

Valores	Sentido claro de los valores elegidos	
	Hace valoraciones intrínsecas en lugar de hacerlo por plegamiento, evitación o fusión	
	Los valores le proporcionan sentido en el presente	
	Distingue entre valores y objetivos	
	Abierto a la vulnerabilidad de los valores elegidos	
Compro. De acción	Sensación de ligereza, fluidez y vitalidad en sus acciones	
	El cliente está dispuesto a cambiar de dirección al servicio de sus valores	
	La acción está vinculada a un propósito definido, no a un intento de evitación	
	Con el tiempo, aparecen nuevas pautas de acción eficaz en vez de impulsividad, incapacidad o inacción pasiva	
	El cliente mantiene sus compromisos	

Figura 4.1. Hoja de Valoración de Flexibilidad. Utilícese para valorar las dimensiones clave de respuesta de los procesos de flexibilidad psicológica.

Formulación de hipótesis ACT

El modelo de flexibilidad psicológica dirige a los agentes de cambio de conducta hacia los procesos funcionales comunes que se elaboran mediante el lenguaje y la cognición humanos. La formulación de hipótesis en ACT es una extensión del propio modelo de flexibilidad psicológica. La formulación de hipótesis requiere especificar los siguientes puntos: 1) Los acontecimientos externos e internos que han desembocado en un estrechamiento de los procesos y que, en la actualidad, mantienen esos procesos; 2) de qué manera los procesos

ACT interactúa para mantener la situación vigente; y 3) el grado de fortaleza de los procesos de ampliación del repertorio que podrían utilizarse para efectuar el cambio. En otras palabras, el terapeuta determina qué procesos son los más débiles, cuáles de esos tienen mayor probabilidad de resultar básicos y cuáles de los procesos más fuertes podrán ser utilizados para promover el cambio. En cada caso, se tiene en cuenta el contexto histórico y situacional. La valoración y la planificación del tratamiento están estrechamente unidas ya que dicha planificación, en buena medida, consiste en consideraciones tácticas sobre la manera de concentrarse en las áreas más débiles.

Se pueden utilizar distintos enfoques innovadores para estructurar y optimizar los procesos de formulación de hipótesis y planificación. Aquí vamos a describir algunos instrumentos pero, dado el ritmo continuo de desarrollo, debemos formular una advertencia importante: el hecho de incluir determinadas herramientas en este capítulo, no descarta la posibilidad de que se utilicen otros instrumentos para la formulación de hipótesis ni que, incluso, se invente alguno nuevo que encaje en la demanda concreta de la intervención. Nuestro propósito consiste en mostrar de qué manera la estructuración del proceso de formulación de hipótesis puede ayudar a aclarar la relación entre los procesos esenciales y a poner de manifiesto objetivos de tratamiento factibles. En lo que queda de este capítulo, vamos a describir tres métodos de formulación de hipótesis ilustrándolos con ejemplos que pongan de manifiesto su aplicación concreta.

Todos los formularios y herramientas del libro se pueden descargar fácilmente en www.contextualpsychology.org/clinical_tools. Hemos comprobado que, utilizados con regularidad, estos formularios pueden constituir una guía eficaz para la formulación de hipótesis, planificación del tratamiento y observación del progreso así como para la supervisión individual o en grupo.

Instrumentos de formulación de hipótesis: Modelo hexagonal

El modelo de flexibilidad psicológica constituye el fundamento de un sistema dimensional de diagnóstico funcional –una idea popularizada por Wilson y DuFrene (2009) –. Como una de las ideas clave propone que la flexibilidad psicológica es central en un modelo unificado del funcionamiento humano y del cambio conductual, el hecho de determinar los puntos fuertes y débiles del cliente mediante el modelo hexagonal, permitirá establecer las debilidades como objetivo de la terapia al mismo tiempo que se ponen de relieve los puntos fuertes. Se puede utilizar el gráfico sencillo de la "Herramienta Hexaflex de Seguimiento de Casos" tal como se hizo en el caso de Jenny, la clienta de la que se habla a continuación. La figura hexagonal está dividida, como un pastel, en seis áreas que representan los seis procesos. Las líneas concéntricas, dentro el hexágono, corresponden a los 10 puntos de una escala de valoración de puntos fuertes en cada proceso. La línea más externa (sin numeración), representa el 10, fortaleza máxima mientras que el cero, en el centro del hexágono (también sin numerar), representa la debilidad máxima. La línea horizontal del centro proporciona la valoración numérica de las demás líneas. Haciendo el promedio de los valores de cada rasgo de la figura 3.1, se obtiene la valoración global del cliente en cada proceso. Se puede visualizar mejor la valoración total marcando en negro la sección externa del proceso correspondiente al valor obtenido.

El caso de Jenny

Jenny[1] es una mujer blanca de 52 años, divorciada, que se queja de estrés familiar y depresión. Tiene dos hijos adultos que viven independientes. En la actualidad, vive con su madre de 88 años de quien es la principal cuidadora. Jenny manifiesta que siempre ha sido una "cuidadora" y que le ha resultado difícil el poder reivindicar sus propias necesidades, especialmente en relación a su madre. Jenny describe a su madre como una persona exigente y crítica respecto a sus habilidades como cuidadora. Destaca que su madre era una

devota cristiana que le enseñó que atender a las necesidades de su madre debía ser su máxima obligación. También le enseñó que pensar negativamente de los demás o anteponer sus propias necesidades a las de los demás significaba ser una mala persona en vez de una buena cristiana. Jenny admite que no quiere que su madre viva en casa y que siente una maraña de emociones que no le resulta fácil expresar. Manifiesta repetidamente sentirse culpable y egoísta mientras comenta su deseo de disfrutar de un mayor grado de independencia y autonomía así como de establecer límites. Informa sentirse deprimida y es muy autocrítica especialmente tras su intento de reivindicar su independencia frente a las críticas de su madre y a sus interminables demandas de atención. Durante la entrevista inicial, manifiesta varias veces que desea unas relaciones auténticas y honestas. Ella lo ha pasado muy mal hablando con su madre sobre sus deseos. Las puntuaciones de Jenny en el AAQ (Cuestionario de Aceptación y Acción) muestran un elevado grado de evitación vivencial. Las estimaciones clínicas promedio referidas a la fuerza de los procesos ACT de Jenny se muestran en la figura 4.2. Los mayores problemas se dan en el ámbito de la defusión (con una valoración de 2) y aceptación (3). Los valores (6) y acción (7) son relativamente fuertes. Los procesos relacionados con estar centrado –ahora (5) y self (4)– se encuentran en la mitad de la escala. Un examen detallado del gráfico puede dar una idea de los temas concretos de la clienta. La propia forma de la figura condensa una buena cantidad de información de manera visual.

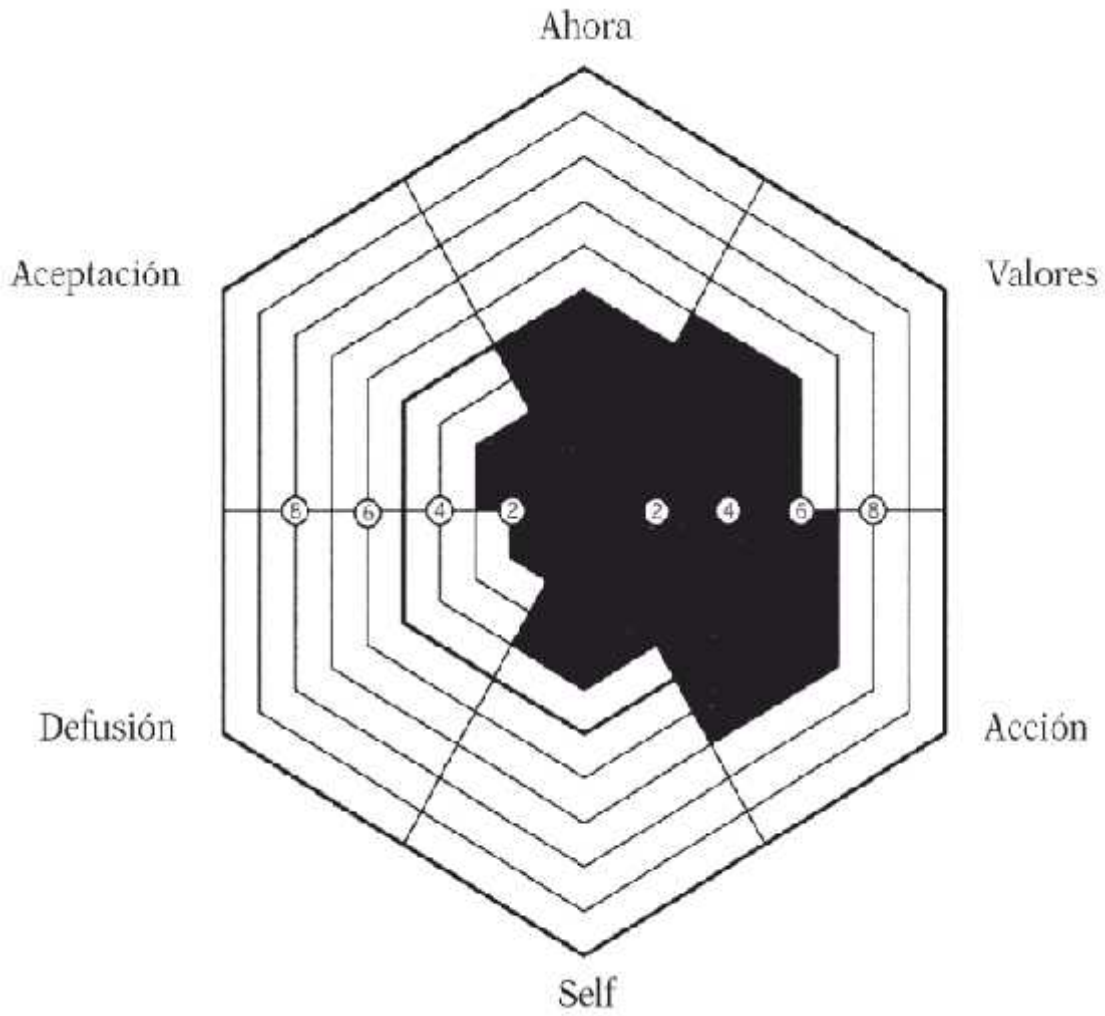

Figura 4.2. Valoraciones de Jenny en elementos de flexibilidad psicológica según la "Herramienta Hexaflex de Seguimiento de Casos".

Cuando se piensa en las posibles influencias internas y externas que afectan a la situación del cliente, se puede utilizar un formato ligeramente distinto, como el que se muestra en la figura 4.3, denominado "tortuga" –precisamente porque la recuerda–. Este instrumento fue desarrollado por el experto japonés en ACT Takashi Muto quien señaló que la palabra japonesa para *hexágono* proviene del signo correspondiente a la concha de tortuga. Cada uno de los procesos centrales se representa mediante un círculo que se dispone alrededor de un hexágono. Cada círculo, a su vez, comprende un conjunto de 10 círculos concéntricos progresivamente más pequeños que representan los valores posibles de los procesos. Los círculos se

pueden cumplimentar con los mismos valores descritos en la figura 4.2. La "tortuga" resulta especialmente adecuada para los equipos de supervisión, entre los que se la puede distribuir o bien representar en un bloc grande, de conferencias, lo que permite que todo el equipo visualice la formulación de hipótesis.

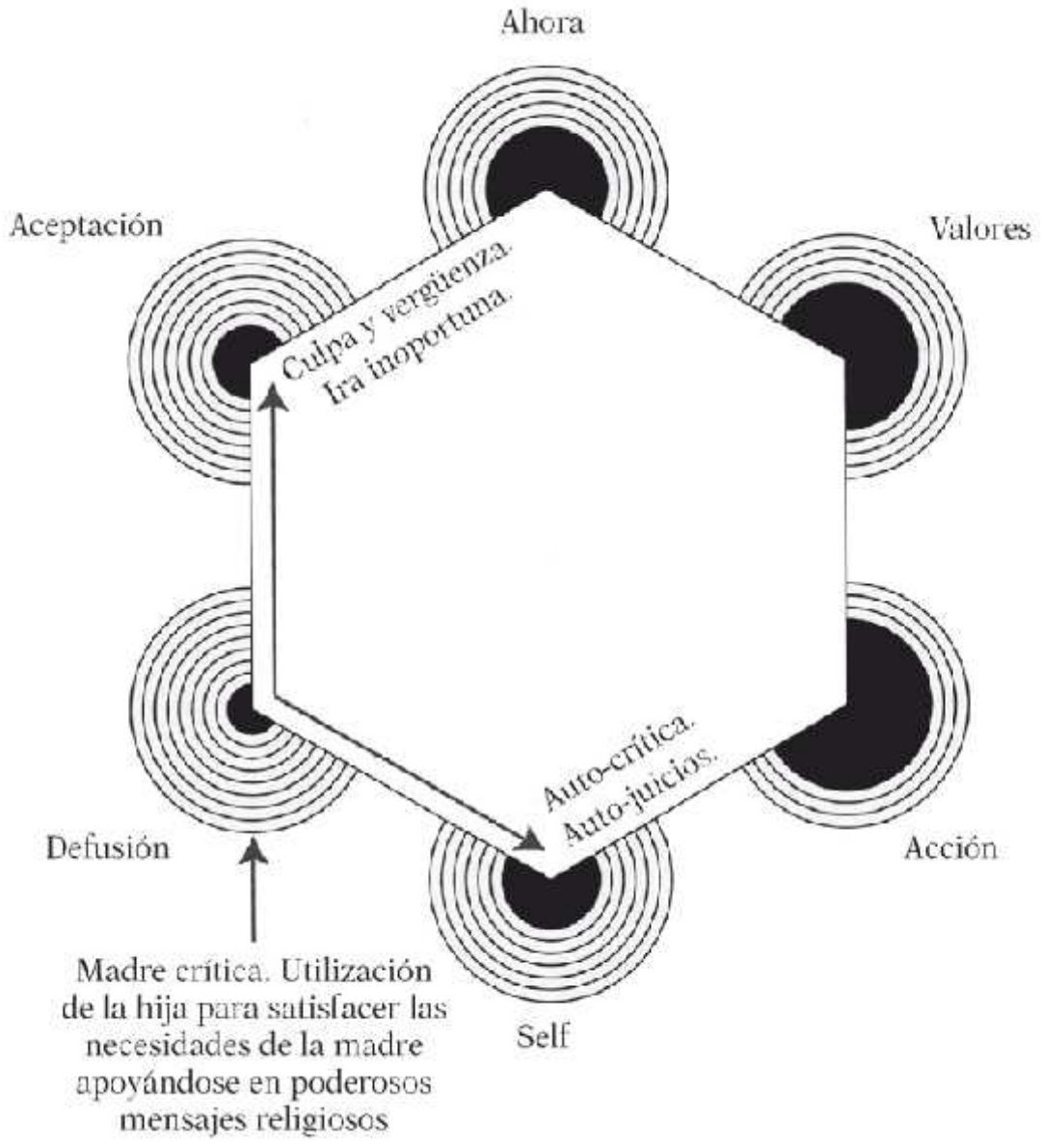

Figura 4.3. Formulación de hipótesis para Jenny siguiendo el dispositivo "tortuga" de formulación de hipótesis.

En el caso de Jenny, el terapeuta cree que la configuración clave es el estrechamiento de repertorio debido a los efectos de la fusión. Esta fusión, según cree el terapeuta, fue favorecida, en principio, por la madre de Jenny que enseñó a su hija a atender las necesidades maternas antes que las suyas propias, vinculando sus demandas al plegamiento social y a una evaluación moral basada en creencias religiosas. Como resultado, la clienta se siente amenazada por sentimientos de irritación y culpa que surgen cada vez que piensa en sus propias necesidades. Ella asumió un yo-concepto negativo y crítico (incluyendo, por ejemplo, la creencia personal de que es egoísta). El terapeuta sospecha que la clienta tiene otros temores adicionales en esta área ("en el fondo, no soy una buena persona"). Las restantes áreas fluctúan en cuanto a intensidad pero se muestran, al menos moderadamente, sólidas, especialmente sus valores relacionados con mantener una relación afectuosa, abierta y honesta con sus hijos así como con su madre. Su capacidad de plasmarlos en comportamientos concretos parece buena.

El elevado grado de fusión de Jenny, evidentemente, va a ser el objetivo del tratamiento pero sus áreas de fortalezas se van a convertir en aliados en este proceso. En este caso, el punto fuerte más claro está en sus valores, asumiendo que Jenny confirme el valor de las relaciones abiertas, honestas, cariñosas y comprensivas y que esté dispuesta a dar algunos pasos para actualizar esas cualidades. Así, esta perspectiva puede servir de indicación no solo respecto a cómo comportarse con su exigente anciana madre sino también cómo hacer frente a las barreras verbales fusionadas que pueden conducir a un endeble establecimiento de límites y a la auto-invalidación. Por ejemplo, el hacer un sitio en la consciencia a los procesos automáticos de auto-juicio podría constituir parte de un esfuerzo basado en valores para escuchar con atención a sus propias vivencias a partir de un juicio menos fusionado; escuchar a su madre con esa actitud también puede formar parte del esfuerzo. Las partes más dolorosas de su historia pueden ser un aliado para ello: Jenny puede recordar lo avergonzada que se sentía cuando, de niña, era acusada de ser una

mala cristiana por no preocuparse por su madre. El terapeuta podría intentar aplicar las habilidades de defusión a ese malestar y a su fuente en busca de aceptación y de una relación más positiva. Por ejemplo, le podría pedir a Jenny que recordara una época en la que era niña y sufría por aquella situación para que, como adulta, mantenga ahora una conversación con aquella niña que fue. También se le podría pedir que dijera algunas de las críticas que se le vienen a la cabeza en el presente, tales como "soy una mala persona" en alto, con la voz de aquella niña. Estas intervenciones de defusión están pensadas para activar la compasión por sí misma y la auto-aceptación para hacer posible el tipo de relación que ella valora: abierta, honesta, cariñosa y compasiva. El plan de tratamiento resultante para Jenny se muestra en la figura 4.4.

Si el plan da resultado, podríamos observar cambios en los procesos que han sido identificados. Como realizamos mediciones de la capacidad de defusión del cliente durante las sesiones y entre sesiones, podemos utilizar la "Herramienta Hexaflex de Seguimiento de Casos" para hacer un seguimiento del tratamiento en el transcurso de la intervención.

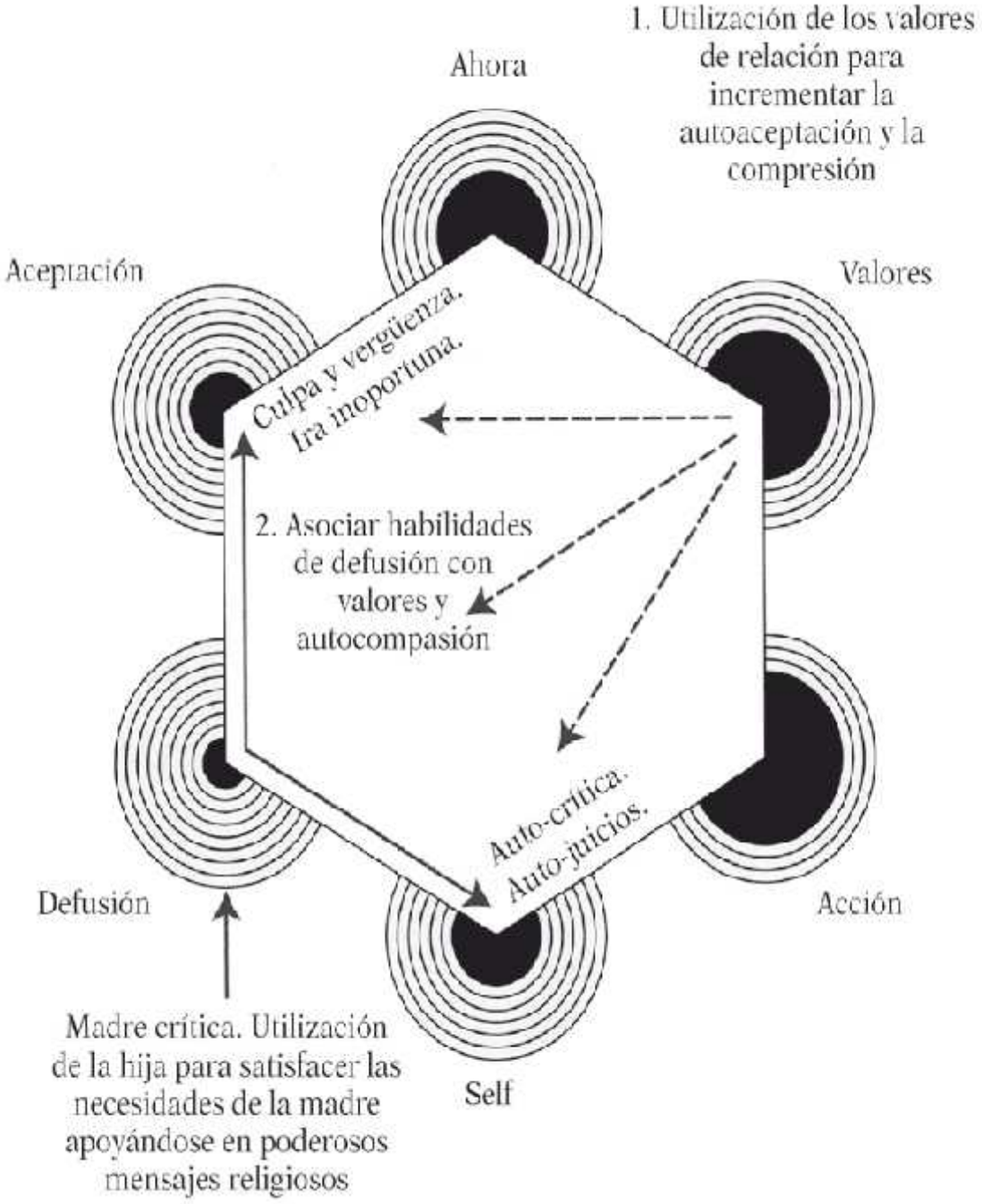

Figura 4.4. Plan inicial de tratamiento para Jenny, esquematizado en la "Herramienta Tortuga de Formulación de Hipótesis".

Herramienta de Planificación Psy-Flex

Como comentábamos a lo largo del capítulo 3, una manera eficaz y práctica de utilizar el modelo de flexibilidad psicológica consiste en analizar los tres estilos básicos de respuesta consistentes, cada uno de ellos, en dos procesos centrales: Centrado (momento presente y yo-como-contexto), abierto (aceptación y defusión) y comprometido (valores y compromiso de acción). Patricia Robinson (experta terapeuta, investigadora y autora de ACT) desarrolló un método sencillo que llama "Herramienta de Planificación Psy-Flex", pensado para condensar la información de la entrevista clínica en un formato de fácil interpretación visual para la formulación de hipótesis y la planificación del tratamiento en ACT.

En el método de formulación de hipótesis Psy-Flex, cada estilo de respuesta se representa mediante un arco que enlaza sus dos procesos. Una vez que el cliente completa la entrevista clínica y demás ejercicios de valoración, el terapeuta hace la valoración correspondiente, de menos a más, en cada uno de los procesos centrales marcando las líneas que aparecen en cada arco, como hicimos en los instrumentos anteriores. Debajo de los arcos hay cuestiones básicas para la formulación de hipótesis y la planificación del tratamiento para cada uno de los estilos de respuesta. Así, el terapeuta se puede centrar en los procesos más importantes que están en juego, con lo que ese estilo de respuesta será el foco de la intervención. Los resultados se formulan según la información recogida en la entrevista clínica y demás información disponible. Por ejemplo, bajo el arco de "Centrado", se le pide al terapeuta que identifique las barreras que le están impidiendo al cliente mantener un contacto flexible con el momento presente y qué estrategias podrían ayudar a favorecer una experiencia basada en el momento actual. Además, se le pide al terapeuta que anote las intervenciones concretas que podrían ser eficaces para corregir cualquier déficit observado en un proceso central. El siguiente caso ilustra el empleo de la "Herramienta de Planificación Psy-Flex".

El caso de Sandra

Sandra es una mujer de 42 años, con un cuadro crónico de preocupaciones y ansiedad diaria. Previamente se le había diagnosticada un trastorno de ansiedad generalizada en otro establecimiento de salud mental. solo parece capaz de mantener un grado parcial de atención a su entorno y se describe a sí misma como una persona que está continuamente preocupada. A lo largo de la entrevista, cambia de tema frecuentemente, al parecer, como respuesta a la activación de sus emociones negativas asociadas a cualquier tema. Sandra tiene poco contacto consigo misma, aparte de sus problemas de ansiedad. En la entrevista, tuvo dificultades, simplemente, para recordar y describir el contenido de los pensamientos que la preocupaban sin incurrir en auto-evaluaciones negativas o en valoraciones del tema de los pensamientos. Se describe a sí misma como "preocupona" y responde a los elementos ambiguos como si fueran potencialmente amenazadores o peligrosos. Sandra no soporta lo desconocido y sus preocupaciones parecen estar desviando su atención de esos fuertes miedos subyacentes. Las preocupaciones de Sandra consisten, por lo general, en categorizar los posibles acontecimientos como "buenos" o "malos" y en planificar cómo podría hacerles frente. Las fuentes de fusión más frecuentes son las cosas "malas" que podrían ocurrirle a ella o a sus dos hijas. Sandra valora mucho su papel de madre. A veces, es capaz de mantener a raya sus preocupaciones, al menos temporalmente, para dedicarse a su relación con sus hijas, que tienen 13 y 15 años. Sin embargo, está insatisfecha por la frecuencia con la que permite que las preocupaciones dominen su atención y su energía y observa que sus hijas comentan, a veces, que "no está aquí" y que parece distante. Sandra, ahora, se preocupa por el efecto de sus preocupaciones en su relación con sus hijas y con su marido.

Como se puede ver en la figura 4.5, se trata de un caso en el que predominan los arcos de "Abierto" y "Centrado". Sandra necesita entrenamiento tanto en aceptación (hacer sitio para los pensamientos

e imágenes del futuro perturbadores) como en atención consciente (permanecer centrada en el momento presente en lugar de ser arrastrada a un futuro de preocupaciones continuas). Este proceso puede resultar favorecido por su principal fortaleza: el cuidado de sus hijas. En vez de asociar ese cuidado con la preocupación que le causan sus relaciones, podría asociarlo con las conductas de relación positiva que valora tanto. Para ello, tendrá que hacer sitio a su tendencia a experimentar pensamientos imágenes y emociones relacionadas con posibles pérdidas y reveses. En otras palabras, el llevar a cabo las conductas que le importan en relación a sus hijas podría desencadenar la activación de contenidos fusionados, llevándola a distanciarse del momento presente. En ese momento, sería necesario que ella actuara de una manera más abierta y centrada para comportarse de un modo acorde con sus valores. Más que centrarse de inmediato en los aspectos más difíciles de su contenido fusionado, parece más recomendable empezar por los elementos que ocupen el lugar más bajo de una jerarquía de conductas que activen un determinado contenido fusionado para, luego, ir avanzando a otras con un mayor grado de dificultad. De este modo, Sandra podrá poner en marcha su compromiso de acción frente a un contenido que está fusionado con menos vivencias negativas asociadas, al tiempo que permanece en contacto con el momento presente y en conexión con sus valores.

Como ocurre con la mayoría de los métodos ACT actuales para formulación de hipótesis, la "Herramienta de Planificación Psy-Flex" puede funcionar, al mismo tiempo, como un ejercicio de evaluación, en la propia sesión, que sirva de guía al terapeuta o como un instrumento de seguimiento de los progresos. Los aspectos más útiles de este método de formulación de hipótesis se refieren a su esquema de evaluación objetiva y sistemática de las fortalezas y debilidades del cliente en cada uno de los procesos básicos así como a la necesidad de "pensar sobre el papel" al requerir que el terapeuta anote por escrito las respuestas del cliente a los temas más importantes.

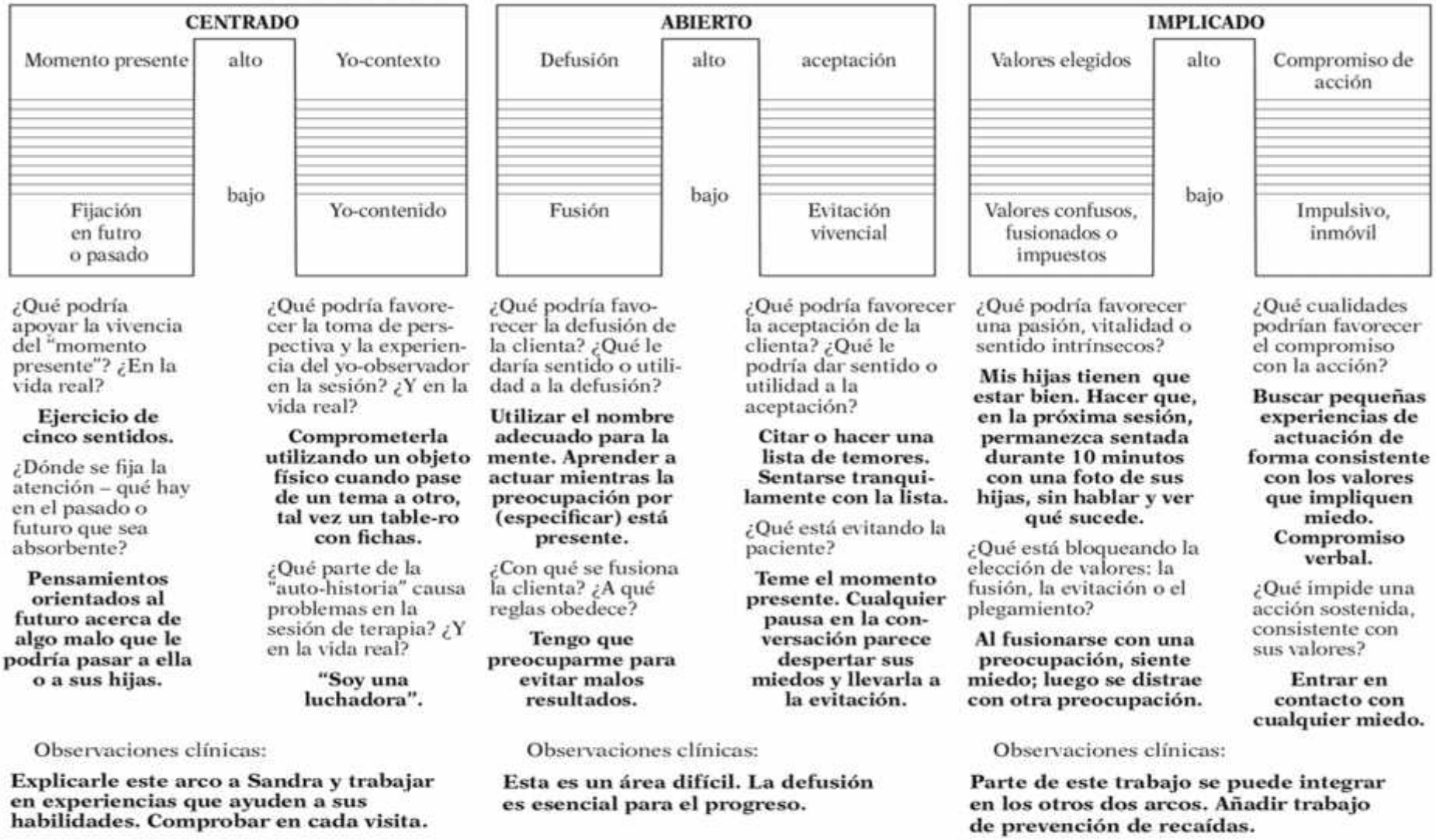

Figura 4.5. Utilización de la "herramienta de planificación Psy-Flex" como ayuda en la formulación de hipótesis y del plan de tratamiento para Sandra. Copyright Patricia. Reproducido con autorización.

El "ACT advisor"

David Chantry, terapeuta ACT en el Reino Unido y editor de un interesante libro sobre ACT (Chantry, 2007), creó el "ACT Advisor" como instrumento de asesoramiento rápido de clientes que se puede utilizar en cualquier contexto de consultas externas. Se representa en la figura 4.6 (aplicado a nuestro siguiente caso como ejemplo). Puede ser muy útil como instrumento de formación y como medio de verificación de las autovaloraciones que los clientes hacen de sus avances en la terapia. El instrumento, básicamente, implica proporcionar al terapeuta y/o al cliente una clasificación numérica para cada uno de los procesos esenciales, utilizando el acrónimo "ACT ADVISOR" como etiqueta nemotécnica (los términos "ACT ADVISOR" – **A**ceptación, **C**ompromiso, **T**oma de iniciativas, **A**tención al presente, **D**efusíón, **V**alores de**I**dentificación, **S**elf **O**bservador, **R**esultado total de flexibilidad psicológica– son especialmente adecuados como regla nemotécnica – con la posible excepción del uso de "identificación" en el proceso de clarificación de valores que es más parecido a elegir o hacerse cargo). Un rasgo característico del "ACT Advisor" es que las valoraciones individuales se pueden tomar juntas para obtener una puntuación global de flexibilidad, de 0 a 60. Esta puntuación, lo mismo que las valoraciones de los elementos individuales, se pueden volver a evaluar pasado un tiempo para obtener una medida cuantificable del cambio clínico para su empleo en asesoramiento de casos (no se ha utilizado en investigación). El instrumento "ACT Advisor" puede servir de ayuda en contextos en los que los intercambios con el cliente son breves y los planes de tratamiento tienen que ser diseñados con rapidez. El siguiente es un ejemplo de formulación de hipótesis a partir de una entrevista de 10 minutos, utilizando el instrumento "ACT Advisor".

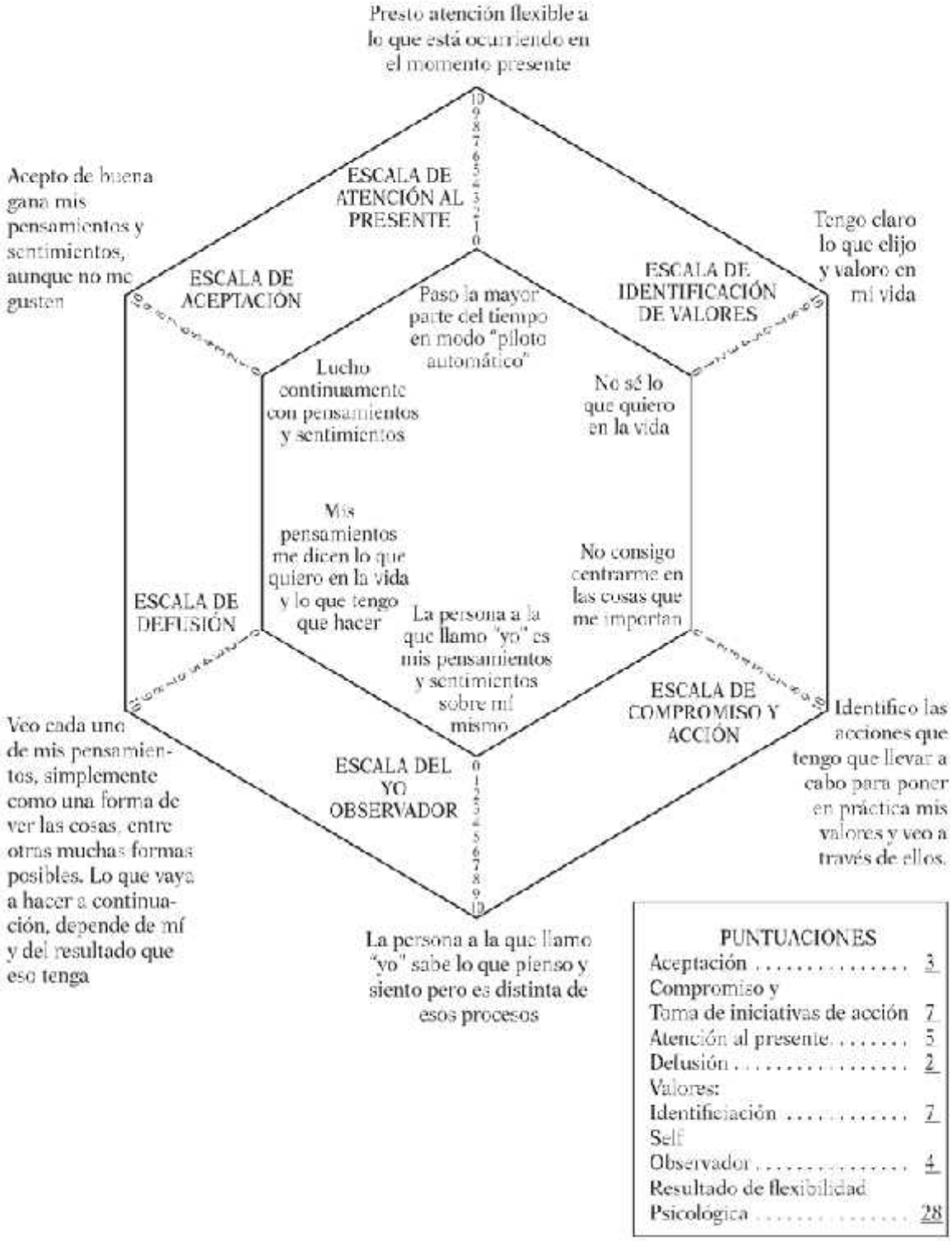

Figura 4.6. Empleo del ACT ADVISOR como ayuda en el seguimiento de las fortalezas y debilidades de Michael. Copyright David Chantry. Reproducido con autorización.

El caso de Michael

Michael, un joven casado, de 27 años, ingresó en el servicio de urgencias tras sufrir múltiples lesiones durante una pelea en el exterior de un bar. Supuestamente, Michael trabaja como escritor por cuenta propia. Evitó el contacto visual con el entrevistador consultando repetidamente la hora y mirando al suelo. Su postura indicaba tensión física y movía la pierna, sin parar, todo el tiempo. Michael hablaba a sacudidas, con rápidos estallidos verbales. Su tono sonaba muy enfadado y varió muy poco a lo largo de la entrevista. El contenido verbal de Michael estaba lleno de auto-evaluaciones de "bueno" o "malo". Por ejemplo, insistía una y otra vez que no era una "mala persona" y que no se había portado como "un hombre" cuando empezó una pelea con otro hombre que le había hecho un comentario ofensivo. La misma pauta de agresión se dio en su matrimonio y Michael reconoció haber provocado algunos episodios de violencia doméstica. Su mujer, de momento, lo apoya pero él se siente avergonzado por su comportamiento y le preocupa que eso pueda alejarla.

Michael indicó que ser insultado y sentir vergüenza eran cosas que le resultaban difíciles de aceptar y respondía a esos sentimientos exigiendo o imponiendo respeto a quien sentía que lo había ofendido. Posteriormente, estos altercados lo llevan a sentirse avergonzado por exigir respeto en vez de hacerse merecedor de él. Él describía esa categoría de respeto/falta de respeto como si tuviera propiedades absolutas y demostraba poca capacidad para imaginarse los pensamientos o sentimientos de la otra persona en ese tipo de situaciones. Su creencia manifiesta era: "o estás conmigo o contra mí; así de sencillo".

A Michael le importa mucho su trabajo como escritor; hasta el punto de manifestar que es la pasión de su vida. Escribe libros de autoayuda y su objetivo, irónicamente, es servir de ayuda a otras personas que hubieran perdido la confianza en sí mismas y el sentido de su vida. Su tono, actitud y estado afectivo cambiaron ligeramente al hablar de

su último trabajo y de sus esperanzas sobre el efecto positivo que podría tener sobre la gente. Se resistía a reconocer ningún tipo de dificultades en relación a su trabajo pero dio a entender que había tenido algún problema al serle rechazado algún libro en el pasado. Era capaz de describir diferentes estrategias que había utilizado, en el pasado, para dominar sus impulsos agresivos, incluyendo el dar largos paseos, leer la Biblia y el alejarse, físicamente, de las situaciones potencialmente peligrosas.

El terapeuta le entregó la escala de valoración "ACT Advisor" de la figura 4.6. La fusión parece ser la debilidad más notoria de este cliente. El contenido fusionado se refiere a evaluaciones rígidas –en términos de "blanco o negro", "tener razón o estar equivocado"– sobre la manera en que debería ser tratado. Esta perspectiva se ve aún mas empañada por un pensamiento fusionado adicional respecto a que la necesidad de tener que obligar a la gente a que lo respete implica que él no es digno de respeto. Su baja puntuación en aceptación es debida a su rechazo del sentimiento de vergüenza que se produce cuando entra en contacto con su "falta de valor" fundamental. Él responde al mensajero de este insulto psicológico con agresividad, independientemente de quien sea ese mensajero (lo mismo da que sea su mujer o un desconocido en un bar). En el lado positivo de la ecuación, sus valores acerca de la ayuda a los demás y su deseo de ser un mejor marido son fortalezas que se pueden utilizar para ayudarle a que trabaje en la defusión de sus ideas actuales y a que acepte mejor las evaluaciones positivas. También parece poseer un cierto sentido de la perspectiva respecto a sus necesidades de "ser respetado" pero esa perspectiva se esfuma rápidamente en cuando se enfrenta con su contenido más provocador. Las estrategias de defusión ACT tendrán que ser dirigidas hacia esa naturaleza "absoluta" de su contenido fusionado en relación al respeto-falta de respeto y a su sentimiento subyacente de sentirse carente de valor. Podría beneficiarse de estrategias referidas al momento presente diseñadas para ayudarle a "permanecer dentro de su propia piel" en presencia de contenidos potencialmente provocadores.

Observaciones finales

El modelo de flexibilidad psicológica es una psicología dimensional de lo normal (Hayes et al., 1996). Todos compartimos los procesos que hemos estado comentando por el hecho de ser seres humanos con capacidad verbal. El objetivo no consiste en "arreglar" a la gente sino, más bien, en hacerla más capaz. Lo que proporciona el modelo de flexibilidad psicológica es una descripción de los rasgos clave que se pueden cambiar pero no especifica cómo asociar una historia a tales rasgos ni tampoco como llevar a cabo una intervención "paso a paso". Buena parte de lo que viene a continuación está dedicado a detallar los aspectos técnicos de la ACT, utilizando ejemplos de casos, ejercicios y comentarios guiados. Nuestro objetivo en el presente capítulo consistía en proporcionar una idea de los miles de matices que pueden presentar los procesos centrales. Si esos procesos se pueden experimentar en el momento en que se está llevando a cabo la terapia, con el tiempo, el cliente le enseñará a su terapeuta lo que debe hacer.

La ACT utiliza tanto los procesos de aceptación y percepción consciente como los de compromiso y cambio de conducta para favorecer la flexibilidad psicológica. La propuesta consiste en utilizar las fortalezas que posee el cliente en un determinado proceso para abordar sus debilidades en otro; emplear los valores del cliente para dar un sentido y enfocar así la terapia utilizando la relación terapéutica para modelar, promover y apoyar los procesos coherentes con la ACT. Como estos procesos requieren tiempo, se necesita generar un elevado grado de flexibilidad psicológica para desarrollar un cambio de conducta que sea significativo. Cuando el cliente puede lograr un cambio significativo por sí solo, la terapia ha terminado y la propia vida se convierte en el terapeuta del cliente. En el siguiente capítulo vamos a explorar la manera de utilizar la relación terapéutica para modelar, promover y apoyar unos procesos psicológicos flexibles.

1 . "Jenny" (a quien corresponden las figuras 4.2 – 4.4) está basada en una cliente real pero se han modificado los detalles para garantizar la confidencialidad. Una sesión grabada con esta cliente está disponible en formato DVD (Hayes, 2009). También se pueden encontrar otros referentes de flexibilidad psicológica más detallados que los de la figura 4.1 en *www.contextualpsychology.org/clinical _tools* (para usuarios registrados)

5 La relación terapéutica en ACT

En este capítulo, aprenderás…

- Por qué una relación terapéutica sólida requiere flexibilidad psicológica tanto por parte del terapeuta como del cliente.
- A modelar los procesos esenciales de flexibilidad psicológica en el contexto de la relación terapéutica.
- A identificar y utilizar los puntos fuertes de la interacción terapéutica para desarrollar una mayor flexibilidad psicológica en el cliente.
- A evitar los principales puntos negativos que pueden socavar la relación terapéutica.

A primera vista, podría parecer que la ACT es, simplemente, una forma de terapia mecánica e intelectualizada porque está asociada a los principios conductuales y supone un enfoque basado en evidencias empíricas. Pero, en realidad, es justo lo contrario: la ACT, por su propia naturaleza, tiende a ser una forma de psicoterapia intensiva y vivencial. Quienes han presenciado alguna sesión de ACT suelen comentar lo intensamente emotivas que resultan las sesiones, advirtiendo con sorpresa el fuerte sentido de conexión interpersonal que se da entre el terapeuta y el cliente cuando aparecen las dificultades y es necesario hacerles frente.

¿Cómo se explica este intenso sentido de conexión entre terapeuta y cliente? Surge a partir de la nivelación de la relación entre cliente y terapeuta ACT que, a su vez, emana del propio modelo de flexibilidad psicológica. La ACT se basa en la psicología de la normalidad y tanto el cliente como su terapeuta tienen que enfrentarse a muchos de los dilemas comunes que aparecen en el transcurso de la vida. Las mismas trampas verbales que atrapan al cliente acechan también al terapeuta; no solo en su papel como terapeuta frente al cliente, sino también en su propia vida personal. La ACT, intencionadamente, rentabiliza las preocupaciones comunes de cliente y terapeuta para ayudar a clientes, y terapeutas, en su avance por la vida.

El establecimiento de una relación terapéutica auténtica se considera, desde hace mucho tiempo, un componente esencial para el éxito de la terapia y, ciertamente, es un mediador importante para la obtención de resultados positivos. Lo mismo se puede decir de la Terapia de Aceptación y Compromiso: al contrario que otros estilos de terapia, la ACT contiene un modelo bien articulado de relaciones terapéuticas que correlaciona muy estrechamente con los procesos esenciales a los que apunta. En este capítulo vamos a exponer de qué manera se aplica el modelo de flexibilidad psicológica a la relación terapéutica. También vamos a examinar de qué manera se puede utilizar la relación terapéutica para abordar los principales puntos positivos y negativos que surgen en el transcurso de las intervenciones.

El poder de la relación terapéutica

No todos los problemas de los clientes son específicamente sociales pero todos los procesos básicos que sostienen la flexibilidad (o la inflexibilidad) psicológica tienen una dimensión social. La fusión y la evitación, en parte, se adquieren y se mantienen socialmente; la perspectiva del self no es, simplemente la de un "Yo" sino un "Yo-y-Tú"; los valores, en parte, se basan en la socialización y las intervenciones psicológicas, normalmente, se llevan a cabo mediante un formato social denominado "terapia". Esta conexión directa entre

el carácter social de las áreas problemáticas y los procesos de psicoterapia, les proporciona a los terapeutas una enorme ventaja porque muchos de los problemas de la gente, así como sus oportunidades de crecimiento, es muy probable que se pongan de manifiesto en la propia sala de consulta, donde pueden ser abordados de una forma directa. Este aspecto social es una de las lecciones más útiles sobre psicoterapia analítica funcional (FAP; Kohlengerg y Tsai, 1991), una tecnología hermana que evolucionó juntamente con la ACT a mediados de los años 80. Ciertamente, nosotros utilizamos algunos principios básicos de FAP a la hora de considerar la naturaleza y el papel de la relación terapéutica en ACT.

Algunas de las destrezas que caracterizan la flexibilidad psicológica no se pueden aprender por medio de simples reglas sino que es necesario asimilarlas a través de la experiencia. Los psicólogos conductuales denominan a este tipo de aprendizaje "modelado por consecuencias" y consideran las acciones y reacciones de los terapeutas en la sala de consulta como fuentes clave de activación y apoyo del aprendizaje modelado por consecuencias. El modelo de flexibilidad simplifica, en gran medida, la labor del terapeuta al encuadrar las áreas problemáticas específicas como aspectos propios de la inflexibilidad y al favorecer los procesos que incrementan la flexibilidad. Para un determinado cliente, el objetivo clave podría ser la evitación de la intimidad mientras que, para otro, podría serlo la fusión con los juicios que hace de sí mismo. Pero los temas básicos son los mismos.

Muchos métodos de intervención ACT son una especie de provocación: están diseñados para desestabilizar las pautas de respuesta que desembocan en repertorios de conducta inflexibles y limitados y a establecer otros repertorios alternativos que puedan ser sostenidos por aquellas consecuencias que el cliente valore de un modo significativo. La relación terapéutica proporciona una firme base para este tipo de cambio progresivo que se basa en la variación y conservación selectiva de conductas sociales nuevas. Intentar algo

nuevo en una relación, puede producir ansiedad, incluso a clientes con un buen funcionamiento. La mente demanda predictibilidad pero sucumbir al impulso de transformarlo todo en una regla verbal bien formulada no es el camino más seguro para el crecimiento y la conexión con los demás. La sala de terapia proporciona un entorno acogedor en el que las ansiedades del cliente se pueden aceptar y se las puede utilizar para moldear una mayor flexibilidad vinculada a las pautas de acción que se consideran valiosas. La terapia es una especie de caldo de cultivo bacteriano en el que pequeños "experimentos" pueden originar y mantener procesos que conduzcan a una transformación personal más amplia. En el corazón de este proceso, está la relación que terapeuta y cliente comparten.

Las relaciones fuertes son, en sí mismas, psicológicamente flexibles

Piensa en alguna relación de tu vida que sea fuerte, edificante, motivadora, sustentadora o, incluso, transformadora. ¿Cómo es para ti esa relación? ¿Te despersonaliza, hace que te sientas juzgado, o te produce un sentimiento profundo de que te aceptan tal como eres? ¿Esa persona está intentando tener razón continuamente para demostrarte lo equivocado que tú estás, o considera tus ideas y pensamientos con un sentido de apertura y curiosidad? ¿Está esa persona física y psicológicamente "ahí", contigo, o está en su propio mundo, fuera de todo alcance? ¿Esa persona puede entender cómo se ve el mundo desde tu perspectiva? ¿Tienes la sensación de que te conoce a fondo, o te parece que tú eres invisible y sin importancia? ¿Reconoce y apoya tus valores, o bien parece desinteresarse de las cosas que, para ti, son más profundamente significativas? ¿La relación está repleta de cosas significativas, grandes y pequeñas, o está marcada por un sentido de repetición, automatismo, pasividad crónica o impulsividad constante?

Estas preguntas están relacionadas con los seis procesos de flexibilidad y, si te pasa como a la mayoría de la gente, el panorama de las respuestas que has dado tenderá a parecerse a una confirmación del propio modelo de flexibilidad psicológica. Este tipo

de respuesta no resulta sorprendente porque la flexibilidad psicológica es importante en todas las formas de acción y cambio humanos. Las relaciones fuertes, edificantes, motivadoras, sustentadoras o transformadoras se caracterizan por su aceptación, defusión, atención al presente, consciencia, asentamiento en valores y actividad flexible –las características de la flexibilidad psicológica–. Aplicada a la relación terapéutica, esta caracterización significa que el modelo de flexibilidad psicológica puede ser una guía para la creación de relaciones profundas y transformadoras. Con solo unas pequeñas variaciones, se puede afirmar lo mismo de los grupos, organizaciones y comunidades prosociales.

Esta concepción de la relación terapéutica está representada gráficamente en la figura 5.1. Cualquier interacción entre dos seres humanos implica procesos de flexibilidad por parte de ambos participantes. En la relación terapéutica, esa interacción significa que los procesos de flexibilidad no son solo el *objetivo* de la intervención sino también el *contexto* para una terapia eficaz por parte del terapeuta. Además, la figura pone de relieve que las interacciones efectivas en terapia son un ejemplo de los procesos de flexibilidad. Por ejemplo, una interacción puede ser aceptante, defusionada, basada en valores y otras muchas cosas –o lo contrario–. El objetivo principal de este capítulo es explorar esta idea.

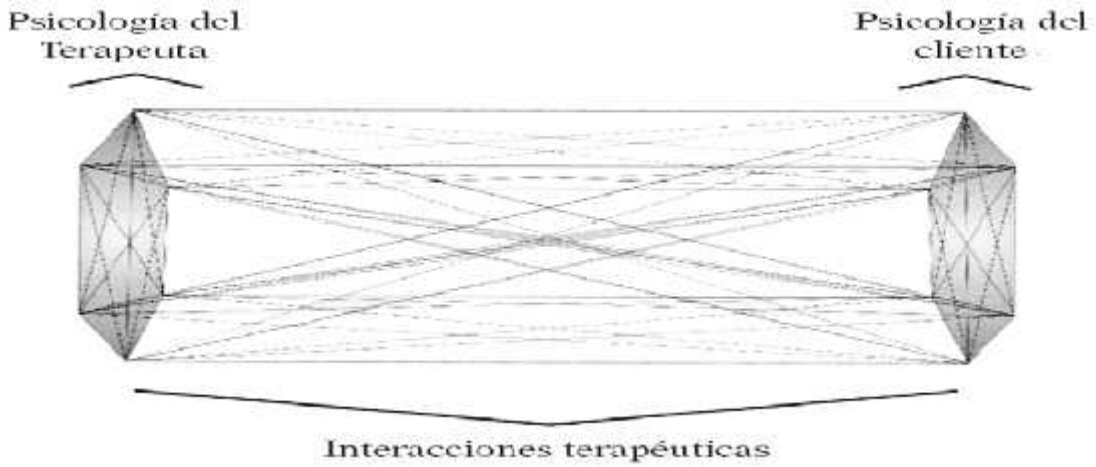

Figura 5.1. Modelo de relación terapéutica modelada en términos de procesos de flexibilidad psicológica reflejada en el terapeuta, el cliente y la relación. Copyright Steven C. Hayes. Reproducido con autorización.

El terapeuta ACT como modelo de conducta

Imagina a un cliente con un tipo de problema que no solo le resulta penoso a él sino también al terapeuta. Tal vez el cliente se enfrente a un profundo sentimiento de vergüenza por un abuso sexual que sufrió en la infancia. Este tema también podría resultarle difícil al terapeuta de muy diferentes maneras: El terapeuta podría haber sufrido una situación semejante o haber sido testigo de ella en su propia familia. Puede que el terapeuta no haya vivido esa situación pero que, sencillamente, se sienta incómodo con sus pensamientos enjuiciadores hacia los perpetradores o víctimas o bien que sea incapaz de identificarse con el profundo sentimiento de vergüenza del cliente. El terapeuta podría temer por sus propios hijos y, de esa manera, no ser capaz de abordar directamente este tipo de temas. Ninguna de esas reacciones es, por sí misma, intrínsecamente perjudicial pero los problemas pueden aparecer si el terapeuta responde a esos temas de una manera poco consciente, evasiva, fusionada, o psicológicamente inflexible. Si intenta dejar fuera el dolor, evitarlo, si el terapeuta se fusiona con sus propios juicios o si el miedo le resulta demasiado envolvente, el cliente empieza a desaparecer con lo que se pierden los momentos terapéuticos clave o bien se responde de una manera menos flexible de lo que sería aconsejable.

En este escenario, el cliente va a sentir que el terapeuta está manteniendo una lucha interna, que se ha rendido, o que está siendo crítico. En todo caso, el cliente se va a sentir abandonado e indefenso porque el terapeuta no puede mostrarse acogedor, defusionado, atento al presente, consciente, fiel a sus valores y, de ese modo, no puede actuar de manera eficaz ante los contenidos angustiosos. Además, lo que está modelando el terapeuta está contraindicado en ACT; es decir, dado que el modelaje es un elemento importante en el aprendizaje por consecuencias, el tratamiento se va a resentir: El cliente no solo va a aprender a ser inflexible en ese tipo de interacciones sino que, además, podría sentirse impulsado a rescatar

al terapeuta de los temas que él mismo ha planteado –posiblemente, a costa del éxito de la terapia–. Además, la carga del trabajo terapéutico es mayor cuando las características de flexibilidad están ausentes. Con el tiempo, el terapeuta que responda al contenido de la terapia de una manera poco consciente, evasiva, fusionada y psicológicamente inflexible resultará más vulnerable al estrés y al "burnout" (Hayes, Bisset et al., 2004; Vilardaga et al., 2011).

Por todas estas razones, es importante que el terapeuta no solo se *centre* en los procesos de flexibilidad psicológica del cliente sino que también *sirva de modelo* de esas destrezas. Esto no quiere decir que los terapeutas ACT deban ser iconos de flexibilidad psicológica para resultar eficaces. Incluso si el terapeuta está teniendo que habérselas con algunas cuestiones personales, el hecho de comprobar lo difícil que resulta este trabajo, sitúa al terapeuta en la piel del cliente y tiende a equilibrar la relación entre ambos. Este sentido de paridad proporciona la oportunidad de incrementar la empatía y de disminuir la tendencia a presumir de "tener razón" sobre la ACT. Lo principal es que el terapeuta asuma, de manera activa, la importancia de las destrezas de flexibilidad y que se esfuerce por desarrollarlas tanto en el terreno personal como en el profesional. Este compromiso puede transformar cualquier dificultad personal en una alianza terapéutica aún más firme.

Imagina, por ejemplo, que un terapeuta ACT se siente confuso durante una sesión. Puede que el cliente haya dicho algo que ha "pillado" al terapeuta por su contenido literal. El terapeuta, inmediatamente, empieza a sentirse ansioso. Hay una sensación de peligro en la sala. El terapeuta intenta pensar lo que debe hacer a continuación y trata de buscar alguna metáfora, ejercicio o respuesta coherente para salir del atolladero. Desde una perspectiva ACT, el terapeuta está experimentando emociones que no son bien recibidas (p. e., confusión, ansiedad, miedo de parecer incompetente). Las verbalizaciones del cliente se toman al pie de la letra. Las propias evaluaciones del terapeuta (p. e., "¡La estoy pifiando!") se toman al

pie de la letra. El resultado es que la dirección y el flujo de la sesión se han venido abajo. El terapeuta está actuando frente al cliente, intentando parecer competente. Terapeuta y cliente ya no están en sintonía.

Quedarse así, atrapado de esa manera, no es nada malo. No hay nada que el "buen terapeuta ACT no hace jamás". Es más, adoptar esta actitud resulta poco realista; es un ejemplo de quedarse atrapado en un pensamiento. Quedarse, así, bloqueado, es algo que a *todo el mundo*le pasa, incluyendo a la gente llamada "clientes" y a la gente llamada "terapeutas". La cuestión no es si el terapeuta, de vez en cuando, se queda bloqueado; inevitablemente, va a ocurrir. De lo que se trata, más bien, es de lo que sucede a continuación. Por ejemplo, el terapeuta ACT podría sentarse en silencio durante un rato, observando sus propias evaluaciones. Después de un silencio, el terapeuta podría formular alguna de las siguientes ideas (o de otras muchas semejantes):

- "Yo también estoy teniendo una interesante charla mental sobre este asunto. En realidad, ¿por qué no nos sentamos un par de minutos y observamos lo que hacen nuestras mentes como respuesta al tema?
- "¡Muchacho, me estoy bloqueando con este asunto! ¿También te está pasando a ti?".
- "En este momento, me estoy sintiendo ansioso, confundido e incompetente. No quiero que vengas a mi rescate –puedo hacerle sitio a todo esto– pero es interesante ver cómo me impulsa a hacer algo para eliminarlo. Ya sé que esto no lleva a ninguna parte de modo que, tal vez, podíamos permitirnos los dos sentirnos ansiosos por un momento y ver cómo es eso".
- "Me siento impotente cuando me tomo mis pensamientos al pie de la letra, como ahora. Siento que debo hacer algo pero no sé qué hacer. ¿Tú qué notas cuando te tomas al pie de la letra tus pensamientos sobre esto?".

- “Solo para ponerlo en perspectiva, ¿por qué no resumimos eso que has dicho en una o dos palabras y las repetimos rápidamente en voz alta, una y otra vez, unas 30 veces? Yo te acompaño y puede que los dos nos sintamos un poco idiotas. Después, ya veremos lo que pasa. ¿Estás listo?”.
- “Eso es duro; incluso para mí. Me gustaría que hiciéramos un pequeño ejercicio. Va a ser con los ojos cerrados. Vamos a poner ese pensamiento sobre la mesa y yo te voy a guiar para explorar lo que hacen tus emociones, tu cuerpo y tu mente cuando aparece ese pensamiento. ¿Estás preparado?

La lista podría seguir indefinidamente. En un momento así se podría aplicar, prácticamente, cualquier técnica imaginable si el terapeuta lo enfoca de un modo coherente con la ACT. A la inversa, se podrían aplicar “técnicas ACT” de una manera poco consistente con el modelo de tratamiento. Por ejemplo, el terapeuta podría luchar con la ansiedad, forzar la situación y pronunciar la frase: “Gracias, mente mía, por esta lucha” en un tono de voz descalificador que, de manera sutil, refleja que el cliente hizo mal en decir lo que dijo. El terapeuta podría utilizar un ejercicio o metáfora ACT con el cliente para evitarse el malestar del momento escudándose tras su papel de terapeuta, o bien podría intelectualizar el asunto, o tratar de deslumbrar y confundir al cliente con un “psico-bla-bla-bla” para salir airoso.

Cuando los terapeutas se tienen que enfrentar a un material doloroso, están en la misma situación que sus clientes. Tales situaciones brindan una oportunidad de crecimiento al terapeuta de la misma manera que representan una oportunidad de crecimiento para el cliente. Al aproximarse a un contenido penoso con una actitud que muestre apertura y aceptación, es menos probable que los terapeutas incurran en juicios sobre los clientes o que conviertan la terapia en un mero dar consejos o en un “tener razón”. Los clientes sabrán valorar lo difícil que es abordar un material tan cargado emocionalmente. Pero habrá menos probabilidades de que esos beneficios añadidos tengan lugar si el terapeuta parece fusionado y a la defensiva. Los

terapeutas no necesitan estar completamente libres de "temas pendientes"; la motivación por intentar mejorar es suficiente para mantener la terapia ACT en su curso. Resultados de investigaciones confirman este punto: en un estudio sobre terapeutas que se estaban iniciando, Lappalainen y colaboradores (2007) encontraron que los que solo contaban con doce horas de entrenamiento, o menos, se mostraban significativamente más inseguros realizando terapia ACT que llevando a cabo una terapia tradicional cognitivo-conductual; por otra parte, a pesar de que, con el tiempo, la preocupación de los terapeutas inexpertos disminuyó menos en los que practicaban ACT que en los que practicaban CBT, los pacientes tratados mediante ACT obtuvieron mejores resultados. Sentirse incómodo practicando ACT no significa, necesariamente, que se sea ineficaz; es más, eso podría humanizar o, incluso, potenciar el trabajo.

No es solo que sea importante fijarse como objetivo, digamos, la aceptación en un entorno de confianza; es especialmente importante hacerlo de una manera acogedora, que abra un hueco para metáforas torpes y equívocos. De este modo, el modelo de flexibilidad psicológica no solo proporciona un mapa para detectar áreas problemáticas y de desarrollo sino que es también una guía funcional para articular interacciones interpersonales importantes en la sala de terapia y, a la vista de las consecuencias, facilitar nuevas habilidades de flexibilidad.

Piensa en una persona que haya sido educada por padres emocionalmente retraídos y críticos. Imagina que esa persona se adaptó al trato recibido volviéndose muy autocrítica y evitando todo sentimiento o señal de intimidad o conexión por miedo al rechazo que podría suponer. La fusión o evitación continuadas, probablemente, serían fuentes de inflexibilidad. Imagina que este cliente ahora, empieza a mostrar una cierta apertura emocional en terapia; es importante que esos primeros pasos se vean apoyados y reforzados pero, en un sentido evolutivo, es importante que la selección de criterios para el éxito evite también los puntos muertos ("picos

adaptativos"). El modelo de flexibilidad psicológica proporciona guía en todos estos aspectos. Por ejemplo, imagina que el terapeuta comenta sus próximas vacaciones y el cliente responde manifestando un sentimiento de malestar. Dada la historia del cliente, esta respuesta puede ser un paso positivo hacia delante a pesar de su tono emocional negativo; puede manifestar una mayor disposición a sentirse conectado emocionalmente aún a costa del malestar y el posible rechazo. Un terapeuta sensato podría reaccionar con aceptación diciendo, por ejemplo: "me siento conmovido por tu disposición a hacerme ver que estás molesto con mi marcha. Se necesita valor para hacerlo y, además, me permite ver que esta relación es importante para ti. También lo es para mí". Es probable que este tipo de respuestas, acompasadas por parte del terapeuta, refuercen la conducta flexible del cliente de modo que los procesos de cambio se puedan desarrollar y mantener.

Si las características de flexibilidad son las que sustentan una relación terapéutica consistente, las medidas referidas a la alianza terapéutica deberían destacarse especialmente en los estudios sobre ACT y, por el momento, las evidencias son consecuentes con este punto de vista (p. e., Karlin y Walser, 2010; Twohig et al., 2010). Además, las medidas de flexibilidad psicológica deberían reflejar tales procesos, lo que también parece ser cierto. Por ejemplo, cuando se comparan medidas de la flexibilidad del cliente con medidas referidas a la alianza terapéutica como predictores de los resultados de la ACT, los cambios en las habilidades de flexibilidad explican una gran parte de la varianza que, de otro modo, sería atribuible a la relación terapéutica (p. e., Gifford et al., en prensa). Esto no ocurre así porque la relación no sea importante en ACT sino porque la relación terapéutica es el medio por el cual se transmiten las habilidades de flexibilidad al cliente. La mejor medida de unas relaciones de aceptación, defusionadas, presentes, conscientes, basadas en valores y flexiblemente activas en un sentido funcional puede ser la evidencia de los cambios que esas relaciones producen en la flexibilidad psicológica del cliente. Hasta ahora, esta idea no se ha tenido en

cuenta fuera de la ACT. Comprobar si también es aplicable a otras formas de intervención sería una prueba contundente del modelo de flexibilidad psicológica de la relación terapéutica.

Hemos considerado distintos aspectos de la relación terapéutica: sus razones para inducir cambios, su función como modelo y su papel para animar a dar pasos hacia delante y reforzar cada uno de los pasos que se van dando. Todos esos puntos referidos a la relación terapéutica en ACT se pueden resumir en la regla nemotécnica: "**AM**o**R desde, hacia, con** él": **A**nimar, **M**odelar y **R**eforzar **desde, hacia** y **con** él. Como se muestra en la figura 5.1, cada interacción entre el terapeuta y el cliente, desde el mismo comienzo de la terapia, es una oportunidad de apoyar la flexibilidad psicológica. El mejor modo de poner en práctica esa flexibilidad consiste en incorporarla no como experto, sino como ser humano, y establecer una relación que también la incorpore.

Si se establece adecuadamente, una buena relación terapéutica proporciona una dimensión humana a las sesiones de psicoterapia. El terapeuta empieza a considerar al cliente no como una mera etiqueta diagnóstica sino como un ser humano que lucha con las mismas cuestiones vitales a las que se enfrenta el terapeuta. Este enfoque le permite al terapeuta distanciarse del combate verbal que tiene lugar durante la psicoterapia para ver las palabras como meras palabras (¡incluso las palabras sobre teoría de la ACT!) y los sentimientos como sentimientos y a ser testigo de la conducta que tiene lugar durante la sesión desde el punto de vista de un observador.

Existen muchas maneras de que el terapeuta pueda establecer un vínculo auténtico con el cliente. Y, a la inversa, existen muchas maneras de que el terapeuta llegue a malograr este proceso de vinculación debido a una falta de disposición personal para enfocar los temas que el cliente está demandando que se atiendan. En lo que queda de capítulo vamos a examinar los aspectos más críticos de estos puntos positivos y negativos que debe tener en cuenta un terapeuta.

Puntos de apoyo positivos en ACT

Lo que distingue al terapeuta ACT eficaz del ineficaz es su sensibilidad hacia la conversación terapéutica que está teniendo lugar. Este proceso no consiste en una simple aplicación mecánica de metáforas, ejercicios y conceptos. Cuando los terapeutas se enfrentan por primera vez a la metodología o a las técnicas ACT, por lo general, reaccionan de un modo muy marcado a las intervenciones específicas. Con frecuencia, se sienten atraídos por las metáforas, los ejercicios vivenciales, los deberes para casa y el sentimiento iconoclasta de estar desafiando a la comunidad verbal tradicional. Pero los procesos de ACT van más allá de esas intervenciones y estrategias. Las bases teóricas aparecen más lentamente, sobre todo para aquellos que tienen una formación analítico-funcional. Los supuestos filosóficos, estar dispuesto a abandonar las reivindicaciones ontológicas y centrarse sobre la viabilidad no suele resultar una cuestión sencilla. Pero el trabajo personal es, posiblemente, lo que supone el mayor desafío. Para que este tipo de intervenciones funcionen como se supone que deben funcionar, el terapeuta debe estar dispuesto a establecer con el cliente una relación que sea abierta, aceptante, coherente y consistente con los principios de la ACT. El terapeuta no puede salirse de la ACT y practicar ACT con seriedad; lo que el terapeuta aporta de sí mismo al trabajo y a la relación es la auténtica clave.

Un rasgo característico de los terapeutas ACT eficientes es la perspectiva que resume y da forma a su trabajo. Es difícil de describir esta perspectiva con palabras y, concretamente, por la sencilla razón de que se trata de un punto de vista que se caracteriza por la renuncia a la literalidad y a la defusión del lenguaje y por la auto-aceptación del propio terapeuta, su disposición y su compromiso a estar a disposición del cliente independientemente de que este le haga "salirse de sus casillas". Dado que los temas que se abordan en la ACT implican también un fuerte impacto para el terapeuta, desde la

perspectiva de la ACT, sencillamente, no es posible mostrar sensibilidad hacia el cliente sin ser sensible consigo mismo.

La perspectiva del observador

El terapeuta ACT desarrolla un desinterés casi intuitivo por los procesos de racionalización, explicación y justificación mediante conductas verbales y, en cambio, prefiere un enfoque consciente y experiencialmente abierto respecto a las vivencias internas. Dicho de manera breve, el terapeuta adopta el punto de vista de un observador. De esa manera, no cuestiona los contenidos que el cliente está manifestando impulsado por motivos de condescendencia o defensa. Más bien, el terapeuta observa lo que está presente y considera de qué manera funciona. Este enfoque, por supuesto, es muy semejante a lo que el terapeuta está intentando conseguir que su cliente aprenda a hacer en medio de sus luchas vitales. Intuitivamente, parece lógico que si el terapeuta no es capaz de modelar esta habilidad de adoptar una actitud de observador de los procesos cognitivos y verbales, difícilmente podrá transmitir esta habilidad al cliente. Una forma especialmente eficaz de modelado tiene lugar cuando el cliente ve que el terapeuta está arriesgando algo o permite que su propia vulnerabilidad personal haga acto de presencia en la sala de terapia cuando la salida más fácil podría haber sido una actitud de evitación.

El saber se consigue por aproximación, no por evitación

Una característica adicional de una relación terapéutica eficaz en ACT es la capacidad de ver el compromiso con los valores elegidos y los objetivos que de ellos se deriven como algo más que un mero ejercicio en busca de resultados de vida positivos. Muchas veces es necesario acudir a la propia experiencia personal del terapeuta con sus fallos desalentadores y sus contratiempos en la vida. El terapeuta ACT enfoca obstáculos, barreras y contratiempos personales como formas legítimas de desarrollo y experiencia. Comprometerse implica entrar en contacto con esos obstáculos y, a pesar de ellos, seguir adelante; no

por haberlos superado o sorteado sino, más bien por el hecho de ser capaz de abrazarlos y continuar a través de ellos o con ellos.

Si la vida actual del terapeuta se caracteriza por la evitación de los contenidos angustiosos, entonces le será mucho más difícil modelar una respuesta sana que ofrecer a su cliente. Una y otra vez, el éxito de la terapia se reduce a la cuestión de si el cliente (y el terapeuta) está dispuesto a aproximarse a los obstáculos indeseables y avanzar a través de ellos en pos de un resultado que valore de verdad. Los terapeutas que han aprendido directamente que la superación de los obstáculos personales da lugar a una sensación de salud y vitalidad son mucho más capaces de transmitir esta convicción a sus clientes.

Contradicción e incertidumbre

Una característica definitoria del "terreno de juego" de la ACT es la disposición a sentarse frente a la paradoja, la confusión y la contradicción sin sentir la necesidad de utilizar la conducta o el razonamiento verbal para resolver las diferencias. La vida está llena de contradicciones, ironías y cosas que no se pueden explicar del todo mediante el razonamiento deductivo. Además, la trampa a la que, en realidad, se tiene que enfrentar la mayoría de la gente, reconduce a la verdad primaria de que construir una vida plena no siempre es una empresa de lógica. Si el terapeuta ACT ha sido testigo de esta verdad experiencial en su propia experiencia vital, no mostrará una tendencia tan acusada a apremiar a su cliente a que empiece por determinar qué contradicciones es necesario eliminar antes de seguir adelante. En otras palabras, el terapeuta podrá conectar vivencialmente con el hecho de que, dado que hay que admitir esas contradicciones, no es necesario resolverlas antes para poder seguir adelante.

En el ámbito de la incertidumbre, el terapeuta ACT le pide al cliente que se comprometa con una empresa que entraña un riesgo significativo de resultados negativos: se llama "vida". El terapeuta no puede garantizar que el avanzar en una nueva dirección vaya a

producir determinado resultado para el cliente. El terapeuta ACT no pretende "rescatar" al cliente frente al hecho de que ningún resultado está garantizado. El proceso de vivir es como emprender un largo viaje por un camino; el destino puede ser importante pero el viaje, vivido día a día y semana a semana, no tiene precio.

Juntos en el mismo fregado

Muchos enfoques terapéuticos destacan la necesidad de que el terapeuta se mantenga separado y diferenciado del cliente (p. e., que tenga mayores conocimientos, que sea profesional, experimentado, equilibrado, con mayor fuerza del ego, etc.). Tales enfoques subrayan que el buen terapeuta debería establecer unos "límites" claros, considerando que cuanto más definidos estén esos límites como parte del proceso terapéutico, más se beneficiará el cliente. Esta actitud se puede transformar fácilmente en una posición de ventaja del terapeuta frente al cliente –en la que se supone que el terapeuta conoce la manera de vivir una vida saludable y el cliente debe asumir el papel de aprendiz del maestro–. Si se traspasa este límite y el terapeuta se convierte, simplemente, en la persona que hay "detrás de la máscara", habrá fallado en algo fundamental.

El terapeuta ACT dispone de otra alternativa: tanto cliente como terapeuta deben hacer sitio para sus vivencias internas y hacer aquello que mejor funcione en cada situación concreta. La actitud del terapeuta ACT eficaz es clara: "Estamos juntos en el mismo fregado; estamos pillados en las mismas trampas. Por un pequeño juego del destino, yo podría estar en tu lugar y tú en el mío, desempeñando los papeles opuestos. Tus problemas son una oportunidad para que aprendas tú y para aprender yo. No estamos hechos de distinta pasta sino de la*misma*". Adoptar este tipo de actitud tiene dos efectos importantes sobre la conducta del terapeuta y la relación terapéutica resultante:

Efecto 1. Actitud de seguridad indulgente y empática. Cuando el terapeuta se identifica con la lucha del cliente, los problemas que el cliente

considera únicos en su propia vida, se convierten en temas mucho más universales. Aunque el cliente pueda sentir angustia por estar convencido de que se enfrenta solo a su problema, el terapeuta puede responder desde una posición genuina de "seguridad indulgente". Por lo general, la seguridad suele tener un matiz negativo cuando implica que "yo soy fuerte y tú eres débil; por lo tanto, voy a ayudarte". Una actitud de este tipo es intrínsecamente incoherente con la ACT. La seguridad indulgente, en cambio, es el apoyo que se produce cuando una persona está dispuesta a tomar contacto con el sentimiento de dolor de la otra persona para validarlo y normalizarlo sin desesperanza y sin tener que acudir al rescate, sin tomárselo al pie de la letra ni huir de él. Las mismas trampas emocionales, cognitivas y conductuales desafían no solo a los demás sino también al propio terapeuta. Un enfoque compasivo y empático de la lucha del cliente es un atributo esencial del terapeuta ACT eficaz. Este enfoque no se puede transmitir meramente mediante metáforas, ejercicios vivenciales y juegos verbales y tampoco se puede fingir. Cuando se mantiene este punto de vista, los ejercicios, metáforas y demás actividades de ACT tienen un poder y una calidad que, de otro modo, no poseerían.

Efecto 2. Disposición a la auto-revelación selectiva. Un segundo efecto de la identificación cercana con el cliente es la disposición del terapeuta a hacer auto-revelaciones cuando resulte útil. La auto-revelación es un aspecto esencial para el desarrollo de unas relaciones humanas profundas –incluyendo, en nuestra opinión, las relaciones terapéuticas–. No se trata de que el terapeuta se pase más tiempo ocupándose de sí mismo que del cliente sino que la auto-revelación fluye como un proceso humano natural que está diseñado al servicio del cliente. Una vez que el cliente se da cuenta de que el terapeuta ha tenido que enfrentarse a los mismos asuntos con los que él está luchando, suele establecerse un sólido lazo de sentido y camaradería. Esta camaradería resulta reconfortante para el cliente y, al mismo tiempo, convierte al terapeuta en un modelo más creíble de aceptación y compromiso. Adicionalmente, muchos de los miedos del

cliente respecto a ser diferente o anormal se disipan cuando el agente de control social (i. e., el terapeuta) reconoce haber tenido que luchar con problemas similares.

Apertura a la espiritualidad

La espiritualidad puede que resulte un tema sorprendentemente difícil para los terapeutas de orientación empírica. Muchos se avergüenzan de abordar el tema –como si fuera intrínsecamente sospechoso o más allá del ámbito del trabajo terapéutico–. El terapeuta ACT que está dispuesto a tener en cuenta el lado espiritual, tiene más espacio para trabajar y dispone de mayor libertad de movimiento para apoyar el proceso de aceptación y cambio del cliente. Muchos terapeutas que entran en contacto con la ACT y que cuentan con una experiencia previa respecto a religiones orientales o a otras formas de desarrollo personal basadas en la atención consciente –mindfulness–, perciben muchos paralelismos entre esta clase de actividades vivenciales y algunos de los procesos que tienen lugar en la ACT. En general, a los terapeutas con este tipo de experiencia les resulta más fácil adaptarse al espacio en el que se lleva a cabo la ACT –con tal de que tengan en cuenta las diferencias específicas de la ACT en términos de sus atributos científicos y clínicos y no la confundan con una mera forma de budismo o algo parecido–.

La espiritualidad como una forma de intervención se valora mucho en ACT. La espiritualidad no supone, necesariamente, recurrir a una religión estructurada ni tan siquiera a creencias en la divinidad sino, más bien, a una visión del mundo que reconozca una cualidad trascendente en la experiencia humana, que reconozca los aspectos universales de la condición humana y que respete los valores y elecciones del cliente. Mediante la desliteralización del lenguaje y la adopción de una perspectiva de observador, la ACT da un paso atrás respecto a los aspectos personales de la lucha para examinarla abiertamente y sin estar a la defensiva. Es un proceso intrínsecamente espiritual en el sentido de que este tipo de toma de perspectiva no

puede ser solo el producto de la lógica sino que también está basada en una vivencia de primera mano en cuanto a la toma de contacto con un sentido trascendente del yo.

Sin embargo, el terapeuta ACT no debe apoyarse en dogmas religiosos o espirituales. Los temas de religión y espiritualidad, como tales, solo se deben tratar cuando el cliente los plantee en una sesión de terapia. Sin embargo, la ACT mantiene una cualidad de espiritualidad intrínseca y sin palabras. El terapeuta de ACT necesita superar la resistencia inicial que algunos manifiestan hacia temas tales como: "¿Quién eres?" o "¿qué deseas que represente tu vida?". Además, si el cliente desea hablar sobre esos temas en términos espirituales o religiosos, no hay razón para oponerse si eso supone una vía de conexión con los pasos claves de la ACT. La mayoría de conceptos de la ACT tienen su correlato en las principales tradiciones religiosas de modo que no supone un problema el establecer un enlace transicional entre creencias religiosas y conceptos ACT. Así, por ejemplo, se podría animar a un cristiano que asuma el concepto de fe a que se comprometa con algún ejercicio para "aumentar su fe".

Respeto exquisito

Uno de los atributos más importante de un terapeuta ACT es su postura de absoluto respeto mediante la cual se protege de un modo integral la facultad básica del individuo de procurar los fines que considera dignos de valor. Básicamente, la ACT está, de manera intrínseca, centrada en el cliente.

La terapia contiene una gran cantidad de influencias sociales implícitas. Ahora bien, la influencia social vinculada a los objetivos del cliente es una cosa mientras que la influencia social como sustituto de los propios valores y decisiones del cliente es algo completamente distinto. Muchos terapeutas que utilizan palabras como *elección* y *valores*, sutilmente, dirigen al cliente hacia resultados que consideran que le resultarán beneficiosos a este. Esta tendencia, por lo general, ocurre de manera explícita cuando el terapeuta trabaja

con clientes que están implicados en comportamientos inaceptables socialmente, tales como violencia doméstica, alcoholismo crónico o cosas por el estilo. Generalmente, el objetivo del terapeuta con estos clientes es eliminar el comportamiento, independientemente de los objetivos que el cliente pueda haber traído a la terapia. El terapeuta, en respuesta a un nuevo episodio de bebida por parte de su cliente, podría decir: "Bien, es decisión tuya volver a beber de nuevo. Espero que estés dispuesto a soportar las consecuencias que, con total seguridad, eso va a tener". Aquí, el terapeuta, básicamente, está diciendo: "Tu decisión no es la correcta –tu decisión debería ser dejar de beber–. Por lo tanto, ¡te mereces lo que te va a pasar a continuación porque has tomado la decisión equivocada!". Utilizar el término *decidir* de esta manera, puede conseguir que el cliente se avergüence y, así, hacer que, temporalmente, consiga el objetivo de mantenerse sobrio pero, en realidad, este proceder es una forma de control social coercitivo y no una "elección" fundada en valores que surja del cliente de forma espontánea. Una situación parecida, e igualmente perversa, se da con clientes de grupos de diferente cultura (o de distinta orientación sexual, religión, etc.). Utilizar el lenguaje de la elección para coaccionar a un cliente por cualquier motivo, es algo totalmente opuesto a la relación terapéutica que se busca en la ACT.

Para encaminar al cliente hacia lo que, realmente, le puede ayudar, el terapeuta de ACT tiene que estar dispuesto a adoptar una postura que esté enfocada hacia la experiencia real del cliente en lugar de estarlo hacia sus ideas preconcebidas. El terapeuta eficaz tiene que abordar la interacción terapéutica sin nada en la "trastienda" o, de lo contrario, la relación de cliente y terapeuta resultará asimétrica y, en cierta medida, fraudulenta. Por ejemplo, en la agorafobia, la ACT implica abandonar la idea automática preconcebida de que el cliente debe empezar a salir inmediatamente de su casa. Después de todo, el terapeuta de ACT no está jugando ningún juego mental con el cliente sino que, más bien, está implicado en una búsqueda comprensiva de alternativas, basada en las experiencias vitales y en el respeto más absoluto hacia el cliente. No hay ninguna ley en contra de permanecer

encerrado en casa. La verdadera cuestión es si hacer eso está al servicio de los objetivos vitales y de los valores del cliente.

Esta verdad vivencial implica entender que la fórmula para vivir de la manera más adecuada es única para cada individuo. No existe una única manera correcta ni equivocada de vivir la propia vida; solo hay consecuencias que siguen a las conductas concretas. Esta postura es muy difícil de mantener por parte de los terapeutas ACT noveles frente a comportamientos socialmente inadecuados. Adoptar esa actitud, sin embargo, no significa que el terapeuta ACT esté de acuerdo con el cliente que afirma que todo marcha bien cuando, de hecho, no es así. Por ejemplo, si un drogadicto está a punto de perder a su esposa como consecuencia de su adicción –y tiene en alta estima su relación–, el terapeuta de ACT no puede pretender que el problema de drogadicción no está teniendo demasiado efecto sobre los objetivos que su cliente considera valiosos. Debajo de la piel del drogadicto más inveterado hay un espíritu humano que está intentando conseguir que suceda alguna cosa positiva en su vida. Al reconocer la vitalidad de ese espíritu y subrayar el hecho de que la vida consiste en tomar decisiones, el terapeuta puede establecer una alianza sincera. Si un cliente se plantea valores vitales que el terapeuta no puede secundar, entonces el terapeuta debería renunciar a la terapia y remitir al cliente a algún otro profesional. Aunque es raro que suceda una cosa semejante porque los objetivos desviados que se presentan al inicio de la terapia como valores que se eligen, por lo general, no han sido elegidos en absoluto. Un cliente puede *decir* algo así como: "Lo que yo quiero es emborracharme", pero cuando se explora más a fondo esa afirmación, normalmente resulta que es un medio, no un fin. El papel del terapeuta no consiste en proporcionar valores pero sí que lo es examinar los medios según sus conocimientos técnicos y científicos. De ese modo, el 99% de los supuestos conflictos en relación a valores resultan ser solo conflictos respecto a los medios y, ahí, el terapeuta tiene muchas alternativas que ofrecer –basándose en la teoría y en las evidencias– en función del rol que el cliente le ha pedido que asumiera.

Respetar la diversidad y la comunidad

El terapeuta ACT también respeta y fomenta la diversidad humana y responde de manera personalizada al contexto social que presenta cada individuo. El cliente percibe el mundo desde un contexto social y es importante tomarse el tiempo necesario para ver el mundo a través de los ojos del cliente, de manera humilde y abierta. Tal vez esto no resulte muy diferente a otro tipo de terapias pero el modelo unificado da a esta idea una fuerza especial en el ámbito de los valores y del sentido trascendente del yo. Más adelante comentaremos este tema.

El cliente que está bajo esa piel comparte una consciencia con el terapeuta, lo que significa que no es posible aceptar el propio dolor y rechazar el ajeno sin violentar el modelo. De la misma forma, debido al marco deíctico que subyace a la consciencia, el "ahora" está relacionado, de manera inextricable, con el "entonces" y el "aquí" con el "allí". No es posible preocuparse del mundo actual y no hacerlo del mundo que vamos a dejar a nuestros hijos; no es posible preocuparse de nuestra comunidad de "aquí" sin estar conectado psicológicamente con el sufrimiento de quienes están lejos.

Lo que estamos diciendo es que, en cuanto a proceso básico, la flexibilidad psicológica incluye preocuparse de la diversidad al tiempo que se es pro social. Sexismo, racismo, contaminación ambiental, injusticias sociales y económicas: estos y otros problemas atañen a la comunidad humana y, en alguna –pequeña– medida, se nos plantean en cada sesión de terapia. Intentar ver el mundo a través de los ojos del cliente significa que cada pizca de cuidado que aportemos a los temas de diversidad y comunidad es importante para el trabajo terapéutico que llevamos a cabo.

Aún nos queda mucho por aprender sobre la manera de adaptar la ACT a distintas poblaciones pero no es por casualidad que los investigadores sobre ACT se han situado en cabeza en cuanto a la utilización de métodos psicológicos para aumentar las conductas pro

sociales y disminuir los prejuicios e injusticias en áreas como las cuestiones raciales (Lillis y Hayes, 2008), la orientación sexual (Yadavaia y Hayes, en prensa), los prejuicios contra quienes tienen problemas mentales o conductuales (Hayes, Bissett et al., 2004; Masuda et al., 2007) y otras muchas causas parecidas. Lo cual no significa que la ACT esté libre de valores culturales; más bien, proporciona un método enfocado en el proceso para la incorporación de adaptaciones culturales (véase Masuda, en prensa para un tratado de este tema).

Humor políticamente incorrecto

Como el terapeuta de ACT ha vivido las mismas dificultades que el cliente, tiene la oportunidad de sacar partido de las vivencias compartidas adoptando una actitud ligeramente irónica o "políticamente incorrecta" respecto al enfoque que el cliente hace de su situación. "Incorrección" no es lo mismo que ser condescendiente con el cliente. La irreverencia del terapeuta parte de la apreciación de los disparatados enredos verbales que acechan a todos los seres humanos.

Muchos conceptos, técnicas o dichos son intrínsecamente "poco correctos". Por ejemplo, un terapeuta podría decirle a su cliente: "El problema no es que tú tengas problemas… sino que siguen siendo *los mismos* problemas. ¡Necesitas tener alguno nuevo!". Si los demás aspectos positivos del enfoque terapéutico de la ACT están bien establecidos, no se va a tomar ese comentario en un sentido crítico ni peyorativo. El terapeuta se está burlando del sistema que *a todos* nos agobia, no solo al cliente. Mediante el humor negro o la ironía y aligerando los problemas de esa forma poco correcta, el terapeuta ACT consigue, muchas veces, que el cliente se cuestione si debería o no tomarse sus problemas tan en serio. El presunto culpable es la fusión con la creencia de que la vida está llena de peligros, amenazas e incertidumbres y, de ese modo, uno se la toma demasiado en serio. El humor oportuno es intrínsecamente una herramienta de defusión.

Tal vez esta observación nos ayude también a explicar por qué los métodos de defusión en ACT suelen ser tan humorísticos.

Seguimiento de diferentes niveles del contexto del cliente

El modelo de flexibilidad psicológica se puede aplicar en terapia en tres niveles: al contenido y función de un tema específico que presenta el cliente; a ese tema como muestra de la conducta social del cliente fuera de la terapia y al propio tema como manifestación de la relación con el terapeuta. Si un cliente saca un tema relacionado con un problema en su casa, merece la pena examinarlo como un tema de su vida doméstica, es decir, considerar esa manifestación verbal del cliente para abordar tanto su contenido como su función. También merece la pena observar que ese tema podría ser un ejemplo de la conducta social del cliente de un modo más amplio o bien que pudo haber salido a colación en un momento concreto de la interacción con el terapeuta y que podría desempeñar una función especial en ese contexto. El terapeuta de ACT eficaz, de manera sistemática, sigue la pista de los contenidos que manifiesta el cliente en todos esos múltiples niveles centrándose siempre en aquellos que sean de mayor importancia. Por ejemplo, si un cliente está hablando del pesar por una relación que terminó con un sentimiento de abandono por su parte, el terapeuta también debe examinar la posibilidad de que el relato de una historia parecida podría tener lugar en otros contextos y considerar qué funciones podría cumplir. Por ejemplo, podría encajar en una visión más general, relativa a que el mundo es injusto y que hay que desconfiar de la gente. La historia también podría ser una manifestación directa sobre la propia relación terapéutica en la que el cliente puede estar expresando su temor de que el terapeuta lo pueda abandonar o podría estar advirtiendo al terapeuta de posibles consecuencias en caso de que tal cosa sucediera. La utilidad clínica servirá de guía respecto a sobre cuál nivel o niveles conviene centrarse en un momento determinado pero, a menos que se tengan en cuenta todos los niveles con el modelo de flexibilidad psicológica, se podrían perder fuentes de información importantes.

Puntos negativos a tener en cuenta en ACT

La Terapia de Aceptación y Compromiso, por lo general, implica una exploración profunda de los pensamientos, sentimientos, valores o consideraciones más recónditos sobre sí mismo y, al mismo tiempo, supone la formación de un fuerte lazo emocional y terapéutico con el cliente. Por todo ello, el terapeuta debe ser consciente de las trampas más frecuentes que llevan a un mal uso de las estrategias de ACT.

La ACT no es, simplemente, un ejercicio intelectual

La ACT incorpora un complejo entramado de filosofía, estrategias y técnicas. Aunque la terapia intenta disminuir las formas contraproducentes de control verbal, la mayoría de los principios y técnicas ACT deben ser comunicados, inicialmente, de manera verbal. Las ideas filosóficas, la investigación teórica básica, los dichos ingeniosos, las metáforas y ejercicios que forman parte de la terapia ACT, tienen un fuerte atractivo intelectual para muchos terapeutas. Es esencial que este atractivo no se convierta en una consideración de la ACT como un ejercicio meramente –o predominantemente– intelectual con el cliente. Cuando se exagera el contenido verbal, el resultado es que el terapeuta se enreda en técnicas de persuasión verbal para conseguir que el cliente esté de acuerdo en que el terapeuta tiene razón y que él "ha perdido el tren" por completo. Este tipo de interacción es la antítesis de una relación ACT efectiva por cuanto, básicamente, refuerza la idea de que hay una formulación verbal "correcta" sobre la forma de vivir y que el cliente, sencillamente, ha adoptado la postura equivocada –como si el cliente estuviera destrozado mientras que el terapeuta es "tan sabio"–.

No le corresponde al terapeuta de ACT convencer al cliente de que crea en los principios de la ACT. Si un terapeuta dice: "No te creas ni una palabra de lo que te digo", tiene que ser sincero (en otras palabras, no se tiene que creer ni siquiera esa misma frase). Y eso reza también para el terapeuta, no solo para el cliente.

Cuando un terapeuta empieza a intelectualizar la Terapia de Aceptación y Compromiso, las sesiones se caracterizan por un exceso de verbalizaciones por parte del terapeuta, relativa pasividad del cliente y ausencia de ejercicios vivenciales no verbales que podrían poner fin a los enredos verbales. El terapeuta excesivamente intelectual suele reaccionar con frustración cuando su cliente le dice que no es capaz de seguir lo que trata de decirle o de conseguir. Y, para hacerlo aún peor, el terapeuta vuelve a la carga moralizando, sermoneando y dando más y más explicaciones.

Este problema es uno de los temas más comunes a la hora de hacer supervisión de ACT. Las propias palabras del terapeuta, por lo general, revelan la verdadera fuente del problema. En las supervisiones, los terapeuta demasiado intelectuales suelen decir cosas como: "*Hablamos* de aceptación" o "*comentamos* la idea de compromiso" o bien "*mencioné* el tema de su evitación" o, incluso "estuve *intentando hacerle entender* al cliente que…" Las palabras en cursiva indican una intelectualización. La ACT no consiste en adoptar nuevos conceptos sino en operar en el "aquí y ahora". Sí, ACT implica determinados temas y utiliza palabras –pero solo como herramienta para entrar en contacto con aquello que, de una manera directa, es vivencialmente importante para el cliente–.

Si, sencillamente, se pudiera entender de manera intelectual lo que supone una vida plena, no hay duda de que el cliente ya estaría enfocando su vida de una manera "correcta". La amarga ironía es que intelectualizar la perspectiva ACT –y, luego, idealizarla en la terapia– es la manera más probable de impedir que el cliente se desarrolle en un sentido funcional. Cuando es evidente que el cliente no entiende o se siente confuso, no tiene sentido –y es contraproducente– que el terapeuta pase el tiempo racionalizando premisas lógicas o intimidando al cliente.

La intelectualización puede ser un proceso muy difícil de corregir una vez que ha comenzado en serio porque el cliente, tácitamente, se sitúa en posición de intentar agradar al terapeuta adoptando las respuestas

ACT "correctas". Pero, entretanto, el sentimiento de vitalidad del cliente y su conexión con el terapeuta desaparecen. Mientras que la ACT, correctamente aplicada, supone una confrontación compasiva, su versión intelectualizada tiende a ser acusatoria y burlona.

La manera más habitual de corregirlo, consiste en reducir el tiempo de intervención verbal del terapeuta durante la sesión. Como regla de oro para corregir esta situación, no más del 20% del tiempo de la consulta debería estar dedicado a principios y conceptos en un sentido estrictamente verbal (e incluso esta cifra podría ser excesiva). En vez de eso, el terapeuta debería utilizar metáforas, ejercicios y procesos relacionados con el "momento presente" –actividades relacionadas todas ellas con acontecimientos de la vida real de importancia para el cliente–. Si se queda atrapado en la intelectualización, el terapeuta debería buscar supervisión adicional y pedirle a un colega que le supervisara una o dos sesiones. Una vez que las cosas hayan vuelto a su lugar, se podrá prescindir de esas guías y la terapia podrá continuar de una manera más espontánea.

Un problema parecido puede surgir cuando el compromiso con las técnicas de ACT dificulta la forma de proceder. Las respuestas sencillas, genuinas y naturales tienen su lugar en terapia lo mismo que las metáforas y ejercicios. Es perfectamente posible llevar a cabo una sesión de ACT sin utilizar ninguna metáfora ni ejercicio, basándose en las interacciones naturales que personifican los procesos ACT (p. e., un terapeuta sirviendo de ejemplo de "estar dispuesto" al permanecer junto con el cliente mientras este evoca algún suceso traumático). La función triunfa sobre la forma en todos los ámbitos y la marca del buen terapeuta es la flexibilidad para seguir y procurar cambios funcionales.

Modelar la inflexibilidad psicológica

A veces, ocurre que el terapeuta se convierte en un modelo de inflexibilidad psicológica, especialmente, frente a clientes fuertemente perturbados que pueden llegar a alarmar o a preocupar

al terapeuta con sus conductas de alto riesgo como el suicidio, la automutilación, comportamientos extraños y cosas por el estilo. Si el terapeuta no puede aceptar al cliente como ser humano con dilemas sobre su vida real, legítimos y honorables, entonces, ¿cómo los va a poder aceptar el cliente para avanzar frente a ellos?

El problema puede manifestarse de diferentes maneras en el curso de la ACT. El terapeuta puede reforzar selectivamente los pensamientos o conductas del cliente que resultan socialmente deseables al tiempo que ignora o contradice experiencias que tienen una connotación negativa. En otras palabras, el terapeuta está modelando la aceptación de las vivencias positivas y el rechazo de las negativas –justo lo que el cliente, con toda probabilidad, estuvo haciendo antes del tratamiento–.

Algunos terapeutas responden a un conjunto negativo de conductas, cogniciones y sentimientos intentando averiguar "dónde aprendiste esa manera de pensar". Preguntar al cliente de dónde puede venir esa colección de pensamientos y sentimientos –como para averiguar la forma de eliminarlos– es una señal segura de problemas. El empleo clínico de la pregunta *por qué* casi siempre es un error. Es una invitación a buscar razones o a crear una historia lo cual, la mayoría de las veces, lleva tanto al cliente como al terapeuta a un callejón sin salida. Por lo general, es más productivo pedirle al cliente que describa sus vivencias internas (incluyendo los pensamientos sobre su historia) que aparecen junto con el material perturbador. El programa consiste en ver qué es lo que surge, no en resolverlo –como si la vida del sujeto fuera el problema–.

La forma de abordar esas dificultades consiste en reconocerlas, defusionarse de ellas y volver a lo esencial del trabajo. El terapeuta debería reconsiderar qué valores personales están en juego en la terapia y desde qué postura abordar la siguiente sesión. Los sentimientos de temor, disgusto o frustración que el cliente deja entrever no son, en sí mismos, malos. Esos sentimientos no significan lo que parecen significar. La solución es la misma tanto para el

terapeuta como para el cliente. Tomadas adecuadamente, este tipo de dificultades pueden suponer algo positivo porque significan que el terapeuta puede percibir más plenamente lo difícil que es conseguir lo que le está pidiendo hacer al cliente. Aportar ese sentido de humildad a la terapia la puede hacer más eficaz y humana al tiempo que sitúa la relación terapéutica en un plano más equilibrado.

Excesiva atención a los procesos emocionales

Un error frecuente sobre la ACT es creer que su objetivo central es hacer que el cliente entre "en contacto con sus sentimientos". Este equívoco tiene su origen en la creencia popular sobre la necesidad de liberar sentimientos reprimidos y frustraciones del pasado. La consecuencia secundaria de esta postura es creer que toda la angustia psicológica del cliente se puede explicar en función de su evitación de determinados sentimientos. De esa manera, la primera maniobra del terapeuta puede consistir en preguntar al cliente qué es lo que está evitando de una manera más o menos directa. El supuesto implícito es que si el cliente entra en contacto con aquello que ha estado evitando, su vida, automáticamente, tomará un nuevo rumbo positivo.

La evitación vivencial es un tema central en el trabajo en ACT –pero solo en cuanto supone un bloqueo para que el cliente se comprometa con alguna cuestión importante de su vida–. Las vivencias internas que más le interesan al terapeuta ACT son aquellas que afloran una vez que el cliente ha emprendido acciones que considera valiosas. A medida que el cliente avanza para establecer un proceso de vida plena, de hecho, aflorarán los sentimientos, pensamientos y recuerdos negativos que se estaban evitando. Tratar esas vivencias no es un ejercicio esotérico de "entrar en contacto con los sentimientos" solo porque se supone que las emociones son, por sí mismas, intrínsecamente curativas. Estas vivencias son útiles para la terapia ACT porque su objetivo es la flexibilidad psicológica y la acción basada en valores.

El terapeuta puede sentirse tentado a subirse al carro de la evitación emocional en los primeros minutos de la sesión inicial pero el lenguaje que acompaña a esta decisión, por lo general, es muy distinto del lenguaje de otras psicoterapia populares que destacan la revelación emocional sin más ("Necesitas experimentar tus propios sentimientos"). De todos los errores que puede cometer un terapeuta de ACT este es, probablemente, el más seductor porque está de acuerdo con buena parte de la literatura contemporánea y, a veces, se puede parecer mucho a un loable trabajo con ACT. Además, es difícil –incluso para un terapeuta con experiencia– diferenciar con seguridad y rechazar esta invitación al regodeo emocional como si el avance del tratamiento se pudiera cuantificar en "lágrimas por minuto". La solución a este error consiste en volver a los ejercicios activos relacionados con los valores y el cambio de conducta. Si el trabajo emocional es útil, será evidente en este punto.

Abordar los temas personales

Es fácil que el terapeuta se quede bloqueado cuando tanto él como el cliente tropiezan en temas que son igualmente importantes para ambos. Este problema puede surgir cuando el terapeuta tenga creencias morales especialmente fuertes sobre determinados comportamientos del cliente (p. e., conducta suicida) o cuando el problema del cliente refleje muy de cerca un tema que el terapeuta ha abordado sin éxito en su propia vida. Los errores habituales resultantes son la evitación de los temas cargados emocionalmente, el dar consejos o el resaltar demasiado la experiencia personal (p. e., "¡No hagas lo que hice yo!").

Hasta los "buenos" terapeutas tienen asuntos personales y contenidos psicológicos que temen. Tienen lo que, generalmente, se conoce como "contratransferencia" y por mucha terapia que se realice o experiencia que se tenga, no es posible eliminar ese tema porque, al fin y al cabo, los terapeutas *son* seres humanos. El modelo de flexibilidad psicológica sugiere lo que se debería hacer: reconocer el asunto (en principio, en privado; luego, comunicándoselo al cliente si

se considera que eso puede ser de utilidad), mostrarse más abierto psicológicamente hacia el tema y centrarse en las acciones basadas en valores que se pueden emprender en servicio del cliente. Algunas veces, las cuestiones personales resultan tan absorbentes que no van a resultar de ayuda para resolver el dilema del cliente y, en tal caso, el objetivo debe ser, sencillamente, la autoaceptación. Al adoptar esta actitud, el terapeuta ACT modela justamente lo que se le pide hacer al cliente: persistir en avanzar mediante pasos guiados por valores, independientemente de los sentimientos que puedan aparecer. También ocurre, otras veces, que la afinidad personal con un determinado asunto puede sugerir otras vías alternativas para el avance.

Observaciones finales

En ACT, la relación terapéutica es firme, abierta, aceptante, mutua, respetuosa y amable. En pocas palabras, la relación ideal en ACT es el epítome de la flexibilidad psicológica. Al mismo tiempo, la relación terapéutica, por sí misma, no se considera como un objetivo final de la terapia. Más bien es un potente vehículo para el cambio. Hay otros "sistemas de entrega" igualmente eficaces. Ciertamente, las evidencias empíricas sugieren que el modelo de ACT puede funcionar incluso sin el requisito de la relación; por ejemplo, mediante libros de autoayuda (Muto, Hayes y Jeffcoat, 2011) o utilizando un tratamiento asistido por ordenador. En general, los efectos de ese tipo de intervenciones son un poco menores, sin embargo, debido a que la relación personal supone un aliado eficaz para el cambio.

El trabajo con ACT implica un desafío personal. Tal es la auténtica naturaleza del trabajo con cualquier cliente y, así, resulta inevitable para un terapeuta honesto. La ACT puede ser una intervención muy eficaz pero, por su propia naturaleza, es intrusiva al hacer surgir cuestiones de valores, sentido y auto-identidad. La distinción entre la ACT definida topográficamente y la ACT definida funcionalmente se relaciona con la naturaleza y propósito del trabajo del terapeuta.

Cuando se desarrollan convenientemente, las relaciones en ACT son intensas, personales y significativas. Los límites de la relación terapéutica son naturales, no arbitrarios y relacionados con la viabilidad. Cuando se establece de forma adecuada, esta relación toma como referente los propósitos y la naturaleza del propio modelo de la ACT.

6 Crear un contexto de cambio

Mente frente a experiencia

En este capítulo aprenderás…

- Por qué el hecho de acudir a terapia es una ampliación del plan de cambio del cliente.
- A utilizar la definición que el cliente hace de *mejor* para recurrir al plan de cambio subyacente.
- A utilizar el concepto de viabilidad para evaluar los anteriores intentos de cambio del cliente y los costes emocionales concomitantes.
- Cómo tratar las diferencias clave entre lo que la mente del cliente dice que debería funcionar frente a los resultados que el cliente está obteniendo en realidad.
- A favorecer un sentimiento creativo de desesperanza, de tal manera que el cliente esté dispuesto a empezar a creer a su propia experiencia en lugar de culparse por sus defectos.
- A utilizar la información recogida en las primeras sesiones para decidir hacia qué proceso ACT apuntar en primer lugar.

De entrada, una pregunta: ¿por qué ahora?

Los terapeutas experimentados saben que la cuestión de "¿por qué ahora?" siempre se les viene a la mente cuando ven a un cliente por primera vez. ¿Por qué pide ayuda el cliente justamente ahora y no hace una semana, o un mes o un año? ¿Qué es lo que ha cambiado en la vida del cliente para llevarlo a tomar la decisión de buscar ayuda?

Los terapeutas deberían reflexionar sobre el significado que tiene acudir a terapia dado el estigma cultural que supone el acudir a un servicio de salud mental o buscar un tratamiento mediante psicofármacos. Por lo general, algo significativo ha tenido que ocurrir para que el cliente se haya decidido a dar el paso.

Lo más frecuente es que el cliente se haya esforzado, trabajado, considerado, evaluado, contemplado y lidiado con el problema durante algún tiempo. Generalmente, habrá recurrido a muchas soluciones distintas sin éxito: puede haber hablado con amigos, comentado la situación con algún familiar o con su pareja, orado, leído un par de libros de autoayuda, conversado con un sacerdote, ministro o rabino y, naturalmente, puede que incluso haya visitado a otros terapeutas. El cliente también podía haber intentado alguna solución no demasiado útil, como evitar a los amigos y familia, rehusar a conducir el coche, beber, tomar drogas, comer de manera bulímica, infligirse heridas y otras cosas por el estilo.

Tomadas una a una, podríamos considerar algunas de esas respuestas como "positivas" y otras como "negativas". Tomadas en conjunto, sin embargo, todas esas estrategias, son "pájaros del mismo plumaje" porque tienen su origen en la misma agenda cultural que está siguiendo el cliente para solucionar el problema. Por lo general, el objetivo de estas estrategias consiste en controlar o eliminar el malestar psicológico. En esencia, el cliente está intentando encontrar una manera de sentirse mejor. De la misma forma que el hecho de retirar la mano de un quemador encendido hace que uno se sienta mejor, el cliente transfiere esa misma definición de *mejor* a su universo psíquico. *Mejor* consiste en sentirse libre de las emociones, pensamientos, recuerdos o sensaciones dolorosas que el cliente pueda estar experimentando.

Estas respuestas están altamente organizadas; no ocurren al azar. Si fueran aleatorias, el cliente estaría mucho mejor porque habría abandonado rápidamente las soluciones inviables y habría descubierto otros enfoques más funcionales mediante ensayo y error.

De la misma manera que la evolución biológica no puede progresar sin variabilidad y selección, la evolución del comportamiento saludable se ve favorecido por la flexibilidad psicológica y el enfoque sobre su viabilidad. De manera paradójica, la ACT pretende ayudar al cliente a recuperar la capacidad de ser más variable, a atender a los resultados y a mantener un enfoque experimental de forma constante. Este progreso no puede producirse en tanto en cuanto el cliente se mantenga firmemente aferrado a la aplicación de un modo mental de solución de problemas que pone todo su énfasis en la necesidad de conseguir un resultado inalcanzable.

En la mayoría de los casos, los clientes acuden a terapia con la sensación de que están "bloqueados" –incapaces de iniciar o mantener un impulso positivo para el control o la eliminación del malestar emocional–. Por lo general, el cliente acude a terapia con la convicción de que el terapeuta le va a proporcionar determinado "insight" o le va a dar alguna estrategia práctica que le permita llevar a cabo su plan actual. Los terapeutas experimentados saben que el simple hecho de que el cliente busque ayuda no significa que está dispuesto a implicarse en un cambio de conducta real. Este tipo de clientes suele ser descrito como "resistente" pero, en realidad, prácticamente cualquier cliente es resistente a su manera.

Resistencia modelada culturalmente

Si una persona se ha esforzado mucho por reducir su malestar emocional y, aun así, acude en busca de ayuda, entonces es que ha ocurrido una de estas cosas: o bien (1) esa persona no ha dado con la manera adecuada de resolver el problema o bien (2) el "resultado esperado" era consecuencia de un enfoque previo erróneo e inviable respecto a la situación problemática. De manera prácticamente unánime, los clientes creen que es la primera posibilidad la que les es aplicable. La ACT, sin embargo, parte del punto de vista de la segunda alternativa. Los clientes, por lo general, se culpan a sí

mismos por no encontrar la fórmula adecuada y buscan que el terapeuta legitime su agenda básica y les revele el paso que les falta para que ese enfoque les dé resultado. Lo que esperan es que el rumbo que vaya a determinar el terapeuta o bien ratifique la agenda de cambio modelada culturalmente o bien que haga avanzar el proceso en alguna dirección inesperada. Tal es la encrucijada a la que cada terapeuta debe enfrentarse.

Sin embargo, la perspectiva ACT consiste en que el resultado conceptual –es decir, la supuesta solución– es, por lo general, el verdadero problema. La mayoría de los clientes son personas inteligentes, sensibles y preocupadas que, si tuvieran una oportunidad razonable, probablemente darían con la solución adecuada. El problema es que su entrenamiento cultural no les da la menor oportunidad de conseguirlo. Por el contrario, los esfuerzos de resolución de problemas por parte del cliente están canalizados mediante reglas culturalmente aprobadas que determinan de qué manera tienen que ser identificados, analizados y resueltos los problemas. Estas guías mentales y supuestos culturales especifican qué resultados psicológicos y vitales son importantes así como la forma de conseguirlos. Ya nos hemos referido anteriormente a las características esenciales de este plan de cambio defectuoso:

- Los problemas psicológicos se pueden definir por la presencia de sentimientos, pensamientos, recuerdos y sensaciones corporales desagradables y otras cosas por el estilo.
- Se considera que estas vivencias indeseables son "señales" de que hay algo que no funciona bien en el cliente y que, por lo tanto, debe ser corregido.
- No es posible una vida sana mientras esas vivencias negativas no hayan sido eliminadas.
- El cliente necesita librarse de las vivencias negativas corrigiendo los déficits que las están causando (p. e., falta de confianza, recelo en las relaciones).

- Esto se consigue mejor si se entienden y modifican, en primer lugar, los factores que son causa de las dificultades (p. e., baja confianza en uno mismo como resultado de haber tenido unos padres hipercríticos; desconfianza debida a un abuso sexual).

Seguir este enfoque de resolución de problemas genera resultados tóxicos para muchos clientes; sin embargo, esos clientes mantienen con firmeza la validez de tal enfoque. Por lo general, los clientes miran con desconfianza al terapeuta cuando este cuestiona abiertamente la utilidad de tal enfoque. Lo que quieren es que el terapeuta les dé la varita mágica que les asegure que su próxima ronda de esfuerzos va a tener éxito.

El elefante en el salón

El modelo cultural de salud personal y el modo de conseguirla constituyen el núcleo de las dificultades que tenemos que afrontar cada vez que intentamos ayudar a un cliente que está sufriendo. Básicamente, este modelo sugiere que vivencias internas incontrolables –tales como sentimientos dolorosos, pensamientos angustiantes, recuerdos atemorizadores, imágenes desagradables o sensaciones físicas desagradables– deben ser controladas o eliminadas para alcanzar el bienestar personal. En lugar de considerar las vivencias internas no deseables como señales que habría que atender y utilizar para emprender una acción eficaz (la raíz latina de *emoción* significa "movimiento"), la norma cultural es "matar al mensajero emocional". En lugar de reconocer que las emociones rara vez son "malas" en un sentido *funcional*, el cliente ha aprendido, de manera tradicional, que las emociones negativas son "tóxicas" y, por lo tanto, constituyen el problema que es necesario solucionar o eliminar. Esta instrucción cultural –sencilla pero letal– desencadena un efecto dominó de intentos equivocados de resolución de problemas que, por lo general, desembocan en un bloqueo del cliente. En tanto en cuanto se permita que tales esfuerzos de resolución de problemas prevalezcan sobre la experiencia de primera mano, el cliente continuará con su sufrimiento. Como estas reglas

culturales tradicionales están basadas en el propio lenguaje, no son detectadas de forma natural por los clientes ni por los terapeutas.

El problema básico al que el terapeuta debe enfrentarse desde el comienzo es que el cliente está fusionado o que se identifica en gran medida con la idea de que la salud consiste en la ausencia de malestar emocional y que, por lo tanto, tiene que realizar esfuerzos deliberados de control para conseguirlo. El cliente no ve "el elefante en el salón" y el hecho de señalarle que hay uno no lo va disuadir de continuar con su agenda programada. Al igual que en otros muchos ámbitos de la ACT, el terapeuta debe utilizar las palabras de un modo estratégico para ayudar al cliente a que avance centímetro a centímetro hacia el reconocimiento de la trampa verbal que se ha disparado.

¿Cómo conseguir que el cliente desvíe su atención de las explicaciones autocríticas y reforzadoras de su agenda respecto a la causa por la que sus esfuerzos no han dado resultado (p. e., "no tengo suficiente fuerza de voluntad"; "me falta la confianza que necesito"; "mi historial de abusos impide que consiga imponerme"; "este es otro ejemplo de cómo pierdo lo que es importante para mí")? ¿Cómo conseguir que los clientes empiecen a cuestionarse la legitimidad del propio modelo tradicional de cambio (p. e., "a lo mejor, el objetivo no consiste en controlar cómo me siento o pienso o lo que se me viene a la memoria; a lo mejor, el objetivo consiste en luchar por mis valores en esta situación y emprender la acción aunque me sienta angustiado; a lo mejor, esa es la forma de fomentar el sentimiento de salud y bienestar")? Si tuviéramos una fórmula mágica que pudiera ayudar a cada persona que sufre a salirse totalmente de sus condicionamientos culturales, este libro solo sería un pequeño ingrediente. Pero, como sucede con la mayoría de las lecciones más importantes de la vida, el cliente tiene que aprender a partir de su propia experiencia.

A un nivel conductual, el hecho de acudir a terapia supone admitir que –con independencia de lo diligentemente que el cliente haya seguido la "agenda de cambio mediante control y eliminación"– los resultados esperados no se han materializado. Esta falta de avances

nos brinda, como terapeutas, una clara ventaja en la relación. Si volvemos una y otra vez a los resultados que el cliente está experimentando en vez de hacerlo sobre los resultados que le promete el modelo de cambio cultural, tendremos una herramienta basada en la motivación. Normalmente, el cliente ni siquiera reconoce que está siguiendo unas reglas mentales inviables. Ponérselo de manifiesto en una interacción verbal puede funcionar muy bien con algunos clientes altamente funcionales. Y si la descripción del problema es exacta, se puede llegar al estadio del contrato terapéutico casi de modo inmediato. Sin embargo, la mayoría de clientes –incluso los que tienen un considerable insight y motivación para el cambio– van a defender tenazmente la idea de que sabrán que están sanos cuando ya no experimenten ningún sufrimiento personal significativo. Por esta razón, lo primero que hay que abordar es la exploración de la mente en contraste con la experiencia directa.

Lo que sigue es una descripción de lo que, generalmente, tiene lugar antes del desarrollo de un contrato terapéutico. Ocasionalmente, con clientes especialmente receptivos, uno puede saltarse alguna de estas etapas pero, por lo general, no de una forma completa. La temporalización y secuenciación exactas dependerán de lo accesible que sea el cliente durante la fase de descripción del problema y de lo rápido que el terapeuta pueda confrontar directamente el sistema que ha mantenido bloqueado al cliente.

¿Qué has intentado anteriormente?, ¿Cómo ha funcionado?, ¿Qué coste ha tenido?

Al comienzo de la terapia, el objetivo inmediato es neutralizar la fijación del cliente respecto al seguimiento de las reglas culturales para empezar a sembrarle dudas sobre la eficacia del enfoque básico que ha estado siguiendo. La mejor forma de tratar con este sistema consiste en reconducir continuamente cualquier comentario que surja hacia la cuestión de lo que está funcionando y lo que no. El contraste

entre lo que las reglas culturales dicen que debería ocurrir y lo que está ocurriendo realmente es la pieza esencial para crear un contexto diferente para el cambio.

Por lo general, el terapeuta ACT comienza este proceso trazando un esbozo del sistema que ha estado siguiendo el cliente, lo que implica centrar el diálogo en cuatro cuestiones clave:

1. ¿Qué es lo que el cliente desea como el mejor de los resultados?
2. ¿Qué estrategia (o estrategias) ha intentado ya el cliente?
3. ¿Cuál ha sido el resultado?
4. ¿Cuál ha sido el coste personal del seguimiento de esa, o esas, estrategias?

La base lógica de este enfoque es importante. El cliente está operando bajo la influencia de una pauta general que es como sigue: identificar el problema (los "malos" pensamientos, sentimientos, etc.), eliminar el problema (eliminar los "malos" pensamientos, sentimientos, etc.) y, de ese modo, la vida mejorará (p. e., "tendré un trabajo o un matrimonio satisfactorio…").

La finalidad de activar en el cliente las distintas estrategias que ha utilizado es ayudarle a que reconozca su plan estratégico y a que tome contacto con los costes personales de seguir ese plan. El objetivo consiste en hacer que el cliente entre en contacto con su propia experiencia sobre la viabilidad de ese enfoque de manera que se posibilite la apertura a otras alternativas. Se pretende, asimismo, que el cliente empiece a considerar las similitudes entre las diferentes estrategias de afrontamiento de manera que la discusión se pueda centrar sobre el tema genérico de los intentos de controlar o eliminar las vivencias internas. Conviene encuadrar varios ejemplos en una categoría más amplia porque hace que el logro de la extinción de alguno de ellos conduzca, con mayor probabilidad, al debilitamiento de toda la categoría (Dougher, Auguston, Markham y Greenway, 1994; Dymond y Roche, 2009). Básicamente, lo que intenta el terapeuta ACT es agrupar la mayoría, si no todas, las "soluciones"

previas del cliente en una clase de "control de vivencias internas que signifique vivir con éxito" de manera que la validez de toda esa clase de "soluciones" pueda ser, en última instancia, revisada y desbancada porque, en realidad, no están dando resultado.

Cuando el cliente entra en contacto con la naturaleza inviable de su agenda interna centrada en "controlar y eliminar", por lo general, no sabe qué hacer a continuación; llamamos a esta fase del proceso "desesperanza creativa". Durante este período de transición, se pueden desarrollar estrategias completamente nuevas sin quedar abrumado por el sistema de reglas anteriores. Desde una perspectiva motivacional, también es importante que el cliente entienda muy claramente los considerables costes que supondría el seguir adelante con la agenda de cambio inviable. Las estrategias de control y eliminación no son inofensivas –materialmente empeoran la situación del cliente–. No se trata solo del hecho de que el cliente, inadvertidamente, se causa un mayor dolor psicológico sino que, además, el mantenimiento de estrategias de control se extiende también al mundo exterior. Y esto ocurre así porque una estrategia clave de evitación vivencial consiste en la evitación de situaciones o conductas. En el momento en que el cliente se implique en algún tipo de evitación situacional, va a tener lugar, inexorablemente, algún tipo de consecuencias en el mundo real: la relación de pareja se resiente, el rendimiento laboral se deteriora y las conductas saludables (como comer adecuadamente, dormir bien o hacer ejercicio) disminuyen. De este modo, el cliente tiene que enfrentarse al martilleo de una angustia psicológica cada vez más fuera de control y a las consecuencias negativas de la conducta de evitación en el mundo real. A algunos clientes les bastará con comprender de una forma intelectualizada la naturaleza inviable de sus estrategias de afrontamiento pero es más eficaz establecer contacto con el coste de esas estrategias en el mundo material. Ver lo que no funciona es lo que, realmente, motiva al cliente a buscar nuevas soluciones.

¿Qué es "mejor"?

El cliente ha estado luchando con un propósito determinado, no simplemente al azar. La mejor manera de poner de manifiesto las intenciones del cliente es hacerse una idea de cómo sería la situación si el problema subyacente estuviera resuelto. En ACT, se le puede preguntar al cliente: "¿Qué es lo que te haría ver que te va mejor la vida? ¿Qué harías de otra manera?". O bien: "Si ocurriera un milagro y se solucionara esta situación, ¿qué cambio observarías que te permitiera ver que las cosas iban mejor?" estas preguntas permiten que el terapeuta suscite la definición de "solución" del cliente para el problema del que se trate. Aquí resulta especialmente importante escuchar con "oídos ACT". Por lo general, el cliente describe un *objetivo procesual* –hacer desaparecer alguna vivencia interna indeseable que, supuestamente, le está impidiendo conseguir lo que desea en la vida–: "Me despertaría sin sentirme tan deprimido"; "podría tener relaciones íntimas con mi pareja sin tener que experimentar flashbacks"; "no me sentiría tan despreciable cuando alguien me critique"; "podría pasar el día sin tener que recurrir a la bebida". Estas respuestas tienden a poner de manifiesto las vivencias internas que el cliente intenta suprimir, controlar o evitar. También dan pie para empezar a hablar de evitación conductual, es decir, de los intentos por parte del cliente de evitar las situaciones, acontecimientos o relaciones que las desencadenan. Como, por definición, esos obstáculos emocionales constituyen las preocupaciones actuales (por las cuales el cliente ha acudido a terapia), el terapeuta puede darle la vuelta a la cuestión y decir algo como:

Terapeuta: De modo que despertarte sintiéndote deprimido es un problema que no has conseguido remontar -¿no es verdad?– ¿Qué va a ocurrir la próxima vez que te despiertes y te des cuenta de que estás deprimido?

Cliente: bueno, tendré que decidir si voy a trabajar o no. Si me siento realmente deprimido, llamo para decir que estoy enfermo y me vuelvo a la cama para intentar que desaparezca.

Terapeuta: De manera que una estrategia que utilizas para controlar tu depresión es optar por no ir a trabajar para recuperar fuerzas; ¿no es así?

Este tipo de intercambios empiezan a proporcionarle al terapeuta una "instantánea" de los diferentes obstáculos emocionales que el cliente está intentando superar.

El segundo objetivo de este conjunto de preguntas es implicar al cliente en una breve conversación sobre valores personales y sobre lo que le gustaría alcanzar en la vida. Esta perspectiva de una vida mejor constituye los *objetivos a alcanzar.* Como veremos más adelante, algunos de los objetivos así enunciados son verdaderos objetivos mientras que otros, seguramente, funcionarán mejor como valores. La siguiente entrevista inicial no constituye la exhaustiva clarificación de valores y planificación de objetivos que puede tener lugar más adelante, en el transcurso de la terapia; es, simplemente, un intento de dar con lo que a la clienta le gustaría que ocurriera.

Terapeuta: ¿Qué harías de forma distinta si no estuvieras experimentando esos flashbacks y esos ataques de ansiedad cuando tu pareja y tú estáis a punto de tener relaciones íntimas?

Cliente: Podría relajarme, disfrutar del momento de intimidad y responder a sus necesidades. Sería capaz de compartir con él lo mucho que lo quiero.

Terapeuta: Eso suena como que has puesto un gran empeño en conseguir que esta relación sea un reflejo de lo que tú quieres ser como compañera de vida. Está muy bien. Da la sensación de que es el impacto de los flashbacks y la ansiedad lo que está tratando de impedirte que consigas tu sueño respecto a tu relación.

En este caso, el terapeuta está reconociendo simplemente los valores de la clienta y poniendo de manifiesto el hecho de que se está dando un conflicto entre lo que ella quiere y los obstáculos a los que ha de enfrentarse en el terreno emocional. Esta estrategia es una especie de apunte. El terapeuta, simplemente, anota este importante valor y los obstáculos asociados y lo pincha en el tablero para tenerlo en cuenta más adelante, en el transcurso de la terapia.

El sistema que, generalmente, está estrangulando al cliente implica el hecho de que éste relaciona, de manera equivocada, objetivos de resultado y de proceso. La consecución de un objetivo de proceso rara vez garantiza que se vaya a lograr un objetivo de resultado pero la agenda de cambio tradicional se basa en este supuesto. El terapeuta debería estar al acecho de expresiones que pongan de manifiesto una conexión directa entre el logro de un objetivo de proceso y el cumplimiento de un objetivo de resultado. Por ejemplo, en el siguiente diálogo, la clienta está deprimida, ansiosa y en medio de un desagradable e inacabable proceso de divorcio que solo se atrevió a iniciar después de muchos años de soportar una relación desgraciada.

Terapeuta: ¿Qué te gustaría que tratáramos hoy?

Cliente: Necesito sentirme mejor conmigo misma. A veces creo que llego a odiarme a mí misma. La mayor parte del tiempo no me siento segura. Y esto es así desde mis primeros recuerdos, incluso siendo una niña. Recuerdo que pensaba que era mala y que nunca iba a conseguir nada bueno. Creo que, en realidad, nunca he llegado a crecer lo suficiente para hacerme cargo de lo que me pasa. Mi matrimonio resultó ser una farsa, mis hijos no quieren estar conmigo. Todo es un desastre. Durante años, lo soporté recurriendo a la bebida pero, naturalmente, eso empeoró las cosas. Pero ahora que he dejado de beber, me doy cuenta de lo mal que me sentía casi todo el rato. Creo que si hubiera sabido lo duro que iba a ser, no habría sido capaz de dejarlo.

Esta respuesta presenta una complicada mezcla de objetivos de resultado y de proceso y no está claro si la clienta distingue cuál es cuál. Los objetivos de resultado incluyen el hacerse cargo de su vida, conseguir una relación que sea válida e íntima y mantener buenas relaciones con sus hijos. Estos resultados están bloqueados por diversos obstáculos psicológicos: desprecio por sí misma, sentimientos de inseguridad, sentirse mal y pensar "soy mala". Al plantearle esta inocente pregunta, el terapeuta ha puesto de manifiesto el núcleo del impracticable sistema de la clienta: cuando la inseguridad y los sentimientos negativos hayan desaparecido, ella será capaz de vivir una vida más plena y satisfactoria. Cambiar los sentimientos negativos es un objetivo de proceso. Vivir bien es un objetivo de resultado. La respuesta también pone de manifiesto algunos de los esfuerzos que la clienta ha llevado a cabo para intentar conseguir que el sistema funcionara: la clienta se "siente mejor" cuando bebe; pero sentirse mejor no la lleva a una vida mejor; es más, beber hace que su vida sea mucho menos vital. El logro del objetivo de proceso (sentirse mejor), en realidad, estaba negativamente relacionado con el objetivo de resultado (vivir una vida más gratificante).

¿Qué cosas has intentado?

La mayoría de los clientes funcionan dentro de un sistema en el que las vivencias internas no deseables se consideran como barreras para una vida plena. El terapeuta debería dedicar algún esfuerzo (incluso un *gran* esfuerzo, si fuera necesario) a procurar identificar los diferentes métodos que se han utilizado y los resultados obtenidos. Mientras recoge esta información, el terapeuta debería adoptar un punto de vista objetivo y sin juicios respecto a los diferentes intentos de solución del problema por parte del cliente. El terapeuta ACT debería procurar que el cliente describiera cada estrategia de afrontamiento con detalle y, luego, relacionarlas con la agenda de cambio del cliente. Por ejemplo, el siguiente fragmento corresponde a una entrevista con un cliente con preocupaciones obsesivas:

Terapeuta: ¿Qué otras cosas has intentado hacer?

Cliente: Bueno, a veces intento hablar conmigo mismo sobre el tema. Me digo: "Es una tontería; estás haciendo una montaña de un grano de arena".

Terapeuta: En otras palabras, te criticas y te haces reproches a ti mismo. ¿Y qué propósito tiene toda esa crítica?

Cliente: Conseguir pararlo.

Terapeuta: Conseguir cambiar; dejar de preocuparte.

Cliente: Sí… las cosas por las que me preocupo son tonterías. Quiero decir, algunas de las cosas que se me vienen a la cabeza son chifladuras.

Terapeuta: Y la idea es que si consiguieras librarte de esas preocupaciones, de esos pensamientos, entonces la ansiedad disminuiría y tú serías capaz de enfrentarte a tu vida de cada día de mejor manera.

Cliente: Justo. Pero me resulta difícil convencerme a mí mismo para parar. A veces, me funciona y otras veces, no.

Terapeuta: Entonces, si pudieras convencerte a ti mismo de que no tienes necesidad de preocuparte, daría resultado y las cosas empezarían a salir adelante. De acuerdo. De manera que tenemos críticas a ti mismo, reproches e intentos de convencerte para que pares. ¿Qué más cosas has intentado?

En este ejemplo, el terapeuta está actuando como un espejo ligeramente cascado, reflejando la esencia de lo que dice el cliente pero con una ligera distorsión. Al reformular las soluciones en términos del resultado deseado del cliente, el terapeuta está empezando a ayudarle a reconocer que: 1) ha probado un cierto número de soluciones; 2) esas soluciones, por lo general, estaban dirigidas a conseguir objetivos de proceso que, supuestamente, estarían conectados con objetivos de resultado y 3) todas comparten

una misma estrategia subyacente que está relacionada con el control o eliminación de la vivencia interna no deseada.

Es una buena idea incluir el escenario de la terapia en este tipo de exploración. Se puede invitar al cliente a que revele de qué manera el hecho de acudir a terapia es, también, otro intento de cambio. Esta sugerencia puede ser conveniente porque demuestra que el terapeuta no está a la defensiva respecto al hecho de ser, meramente, un elemento de la agenda de cambio del cliente.

Veamos un ejemplo de una sesión con un cliente con depresión, inmerso en un proceso de divorcio.

Terapeuta: Y, el hecho de venir aquí, ¿forma parte, también, de esos esfuerzos por cambiar lo mal que te sientes?

Cliente: Por supuesto. En realidad, no estoy seguro de lo que voy a sacar en limpio de todo esto, pero si pudiera sentirme un poco mejor conmigo mismo, ya habrá valido la pena.

Terapeuta: Entonces, esperas librarte de algunos de tus sentimientos negativos y conseguir tener más sentimientos positivos porque, entonces, serías capaz de avanzar.

Cliente: (*Hace una pausa*) Supongo que sí.

Terapeuta: Entonces, esto es un nuevo intento. Bien, Vamos a añadir a la lista el hecho de acudir a terapia. Es otra cosa que estás intentando poner en práctica para sentirte mejor.

Cliente: He intentado casi todo lo que conozco para sentirme mejor.

Terapeuta: Estoy seguro de que es así. Y esto –la terapia– es un nuevo intento.

Cliente: Lo dices como si hubiera alguna otra alternativa.

Terapeuta: Bueno, no lo sé. De momento, lo que quiero es tener claro las cosas que has intentado y qué resultado han dado.

¿Cuál ha sido el resultado?

El terapeuta tiene una ventaja clara debido al siguiente principio básico: si las cosas hubieran funcionado tal como "se anunciaba", el cliente no estaría ahora sentado frente a ti. Hay algo que no concuerda y el objetivo es ayudar al cliente a que vea cuál es el problema básico. En ACT, el terapeuta está poniendo al cliente en una especie de concurso entre dos jugadores. Por una parte está la mente del cliente; por otra, la sabiduría de su propia experiencia directa. El cliente ha experimentado de manera directa algunos resultados. Cuando el cliente sufre es porque su mente y su experiencia directa están en un conflicto fundamental. La mente le dice que el seguimiento de determinadas estrategias (p. e., aumentar la confianza en sí mismo) le brindará el resultado deseado (p. e., conseguir caerle bien a la gente), pero el sistema no produce los resultados esperados. En vez de desafiar al sistema, los clientes se creen firmemente las explicaciones que les da su mente acerca del hecho de que no haya funcionado la estrategia (p. e., no intentaste aumentar la confianza en ti mismo con la suficiente intensidad; debe ser que aún estas demasiado flojo para conseguirlo). Debido a la estrecha relación que tenemos con nuestra mente, a la mayoría de los clientes les resulta muy difícil reconocer el juego en el que están envueltos. Sacar a colación una y otra vez el tema de la viabilidad es la única manera de sembrar en los clientes una duda inicial sobre la pertinencia de seguir a su mente. La situación de partida es que, por más que lo intenten, los clientes no consiguen experimentar buenos resultados cuando siguen los consejos de la mente. Ese es el motivo por el que terminan acudiendo a terapia. El reto para el terapeuta consiste en poner de manifiesto esos fallos de tal manera que no genere en el cliente una postura de resistencia defensiva. El siguiente diálogo con la persona aquejada por preocupaciones obsesivas, a quien nos referíamos antes, muestra cómo evaluar el funcionamiento de un sistema de normas:

Terapeuta: Bien, déjame que te pregunte: Tu mente te dice que cuando te convenzas a ti mismo de que tus preocupaciones son una tontería, vas a dejar de tenerlas, vas a sentirte menos ansioso y, por lo tanto, te vas a sentir mejor, ¿cierto?

Cliente: Cierto.

Terapeuta: De acuerdo. ¿Y qué resultado te ha dado eso? ¿Qué es lo que te dice tu propia experiencia?

Cliente: A veces funciona. Pero no siempre puedo convencerme de eso.

Terapeuta: E incluso cuando funciona, si ampliamos un poco más el marco temporal, ¿dirías que, con el tiempo, siguiendo las reglas que te da tu mente, en general, hay más o menos preocupación?

Cliente: …En general, hay más.

Terapeuta: Parece una paradoja, ¿verdad? Quiero decir: tú haces lo que la mente te dice; a veces, incluso parece que funciona y, luego, de alguna manera, parece como si las inquietudes y preocupaciones aumentaran en lugar de disminuir. Se vuelven más importantes, no menos.

Cliente: ¿Y qué puedo hacer?

Terapeuta: ¿Qué te dice tu mente que hagas?

Cliente: Que lo intente con más fuerza.

Terapeuta: Interesante. ¿Y lo has intentado con más fuerza?

Cliente: Con más y más fuerza.

Terapeuta: ¿Y qué resultado te ha dado *eso*? ¿Ha valido la pena, a largo plazo o en algún sentido importante, de modo que, al hacerlo, hayas conseguido cambiar la situación de tal forma que ya no siga siendo un problema? ¿O estás, sorprendentemente, hundiéndote más y más a media que lo estás intentando con más y más fuerza?

Cliente: …Me estoy hundiendo más.

Terapeuta: Si tuviéramos aquí un asesor de inversiones con estos datos, ya lo habríamos despedido hace mucho tiempo. Pero tu mente sigue indicándote que hagas esfuerzos que, real y básicamente, no merecen la pena; pero ella sigue rondándote con su "bla, bla, bla" y resulta difícil no intentarlo una vez más. Quiero decir, ¿qué otra cosa puedes hacer si no es lo que tu mente te dice? Pero, tal vez estemos llegando a un punto en el que la cuestión es: "¿Con quién te vas a quedar: con tu mente o con tu experiencia?". Hasta ahora, la respuesta ha sido "con tu mente"; pero quiero que, simplemente, tomes nota de lo que te dice tu experiencia sobre lo bien o mal que ha funcionado eso.

Centrarse en el funcionamiento del sistema tiene un doble efecto: En primer lugar, anima implícitamente al cliente a volver atrás para "ser testigo" de los resultados de identificarse demasiado con la mente; en esencia, esa es la forma más sencilla de defusión. Cuando el terapeuta utiliza el lenguaje de "tu mente" está entrenando al cliente a mirar *hacia* su actividad mental en lugar de mirar el mundo *desde* la perspectiva de su mente. Es más fácil distanciarse de la conversación interna cuando se la considera como un "acontecimiento-objeto" porque el entrenamiento lingüístico resalta la separación de roles entre hablante y oyente. Aunque los clientes pueden manifestar curiosidad sobre lo que queremos decir con *mente* y puede que no capten el sentido de forma inmediata, implícitamente entienden el proceso de hablar y escuchar. En segundo lugar, comentar los resultados de esta forma objetiva y no evaluativa implica modelar en el cliente una forma de aceptación. Esta es una base importante desde la cual trabajar porque, por más que el cliente se defienda, el hecho de que haya acudido a terapia es una evidencia innegable de que algo no está marchando bien. El dolor por el fracaso es nuestro mayor aliado en terapia. Hace que el cliente cambie su marco de referencia y, por lo general, es una condición previa para buscar soluciones creativas.

Aunque ahora nos estamos centrando en las primeras sesiones con un nuevo cliente, el principio de viabilidad (p. e., "¿Qué resultado te ha dado eso?") es una estrategia básica para mantenerse apartado de las interacciones que no conducen a ninguna parte en terapia. Cuando un terapeuta ACT se queda atrapado en la historia, fascinante pero autoderrotista, de un cliente, la cuestión de la viabilidad proporciona un medio fiable de desviar la atención hacia elementos del contexto que sean realmente más importantes. Por ejemplo, si un cliente explica de manera "lógica" porqué las cosas están como están, el terapeuta puede pararse y decir: "¿Y qué resultado te ha dado ese enfoque de explicar lógicamente por qué las cosas no van cambiar? ¿Qué te dice tu experiencia? ¿Has considerado el problema desde otra perspectiva que te permita tener más espacio para moverte?

¿Cuánto te ha costado?

El último elemento de la discusión inicial sobre la situación del cliente es hacer entre los dos una valoración de los costes que ha tenido el seguimiento de las recomendaciones de la mente. Como hemos señalado antes, los efectos de las estrategias de control y evitación no son nimios en modo alguno pero muchos clientes ven esas consecuencias adversas como un "daño colateral" necesario en su búsqueda de control sobre la angustia y las vivencias internas negativas. En su opinión, las medidas extremas están justificadas para controlar tales vivencias. En esta discusión inicial, el terapeuta intenta cambiar la etiqueta de "daño colateral" por la de "principal resultado". Los intentos de control y eliminación no solo no consiguen neutralizar los contenidos angustiosos sino que, además, causan estragos en el espacio psíquico del cliente y en el mundo externo. Al ayudar al cliente a hacer frente a este coste real, el terapeuta le está proporcionando el carburante motivacional necesario para buscar otras alternativas. Como ya señalamos, esta discusión inicial, por lo general, solo toca superficialmente el tema de los valores del cliente, principalmente, debido a que la discrepancia entre sus deseos personales y lo que está ocurriendo en la realidad

genera mucha ansiedad. El siguiente diálogo con una víctima de abusos sexuales presenta algunos de los principios clave mencionados anteriormente.

Terapeuta: Tengo una curiosidad: antes, comentaste que tu ansiedad está en su punto más alto cuando tu pareja se te acerca en el momento de prepararte para irte a la cama. También sientes miedo y empiezas a recordar lo que te hizo tu tío. Esa debe una situación muy penosa y aterradora para ti; ¿cómo te enfrentas a eso?

Cliente: La única manera que tengo de controlar la ansiedad es salir a dar una vuelta o distraerme en la sala con la TV.

Terapeuta: Tiene que resultarte realmente difícil. Quiero decir, te sientes básicamente obligada a alejarte de tu pareja y es la persona por la que, obviamente, tienes unos sentimientos más fuertes. Me pregunto de qué manera os puede estar afectando esto a los dos.

Cliente: ¡No te puedes hacer una idea de lo difícil que me resulta! Después de eso, me quedo temblando como una hoja. Simplemente, no quiero hacerlo. También me siento mal porque mi novio se siente muy frustrado conmigo. Incluso ha sugerido que durmiéramos en habitaciones diferentes e incluso habla de quedarse en su casa más noches a lo largo de la semana.

Terapeuta: ¡Vaya! Son malas noticias. Supongo que otra manera de decirlo es que tú compras alivio para tu ansiedad a base de renunciar a algunos de tus sueños respecto a esta relación. ¿Es así?

Cliente: Así es, a pesar de lo triste que suena… permitir que mis problemas personales destrocen esta relación.

Terapeuta: Bueno, no suena como si tus angustias estuvieran haciendo el trabajo sucio en esto. Es lo que tú haces cuando surgen las angustias lo que, en realidad, está causando el daño. Para reducir tu ansiedad, dejas la habitación. Dado el coste que te está suponiendo, controlar tu ansiedad debe ser la tarea número uno.

Cliente: Si me quedo en el dormitorio y dejo libre mi ansiedad, me temo que me volvería loca.

Terapeuta: Justamente, tu mente está muy ocupada diciéndote que te podrían ocurrir cosas aún peores si no te sales de inmediato. Lo gracioso es que salir de la habitación te produce aún peores consecuencias, ¿no es cierto? ¿Qué tiene que decirte tu mente acerca de la posibilidad de perder tu relación y las ilusiones que tenías sobre ella?

Cliente: No sé cómo contestar a eso.

Terapeuta: ¿Quieres decir que tu mente no tiene una respuesta? Déjame que te pregunte: ¿Qué es más importante aquí: no sentir ansiedad en el dormitorio o mantener tu relación con el hombre de tus sueños? Tu mente te está diciendo que la ansiedad es la cosa más importante de tu vida, pero me gustaría saber: ¿Qué es lo que *tú* crees que es más importante?

Cliente: Mi relación.

Terapeuta: Y si continúas atendiendo los consejos de tu mente en esta situación, ¿qué crees que va a ocurrir?

Cliente: Él se cansará de todo esto y me dejará. ¡No sé que hacer!

Terapeuta: Bueno… no saber es un buen comienzo…

En este encuentro, el terapeuta está cuestionando la idea de que perder la relación sea, simplemente, un daño colateral justificable al servicio del objetivo mucho más importante de controlar la ansiedad y el miedo. El coste real va a tener consecuencias irreversibles para toda la vida. Discusiones como esta sobre el control y la evitación no deben llegar a convertirse en una crítica hacia el cliente. El terapeuta tiene que mantener el foco de su atención en hacer aflorar las consecuencias ocultas al tiempo de mirar al cliente con "ojos compasivos".

Crear un acuerdo para el tratamiento

Las cuestiones de consentimiento y acuerdo para el tratamiento varían en función del contexto terapéutico: los servicios externos, primeros auxilios, programas en lugares de trabajo y demás suponen distintas limitaciones prácticas. Por lo general, hay una descripción de los principios y procesos operativos; la naturaleza y disponibilidad de formas alternativas de terapia y la evidencia respectos a los distintos cursos de acción son también temas importantes.

Como la ACT puede activar temas personales muy vitales y dolorosos, es recomendable hacer que el cliente se comprometa con un determinado curso de tratamiento y que acuerde no hacer valoraciones de progreso prematuramente. Este enfoque, normalmente, implica la aceptación de un número determinado de encuentros con el cliente y, luego, revisar los resultados antes de las subsiguientes sesiones. Se le debe decir al cliente que son de esperar altibajos así como hacerle comprender que el éxito no debe ser definido como la ausencia de malestar personal.

Un conocido autor y terapeuta de ACT, Russ Harris, ha desarrollado un formato acelerado para llegar a un acuerdo terapéutico en ACT que consiste en examinar los problemas del cliente en términos relativamente objetivos, valorando el malestar originado por la diferencia entre lo que está ocurriendo y lo que se desea y tomando nota de la lucha del cliente con sus pensamientos y sentimientos así como de la ausencia relativa de cualquier conducta basada en valores. Termina con un acuerdo para seguir una alternativa básicamente distinta, orientada a disminuir el impacto de los pensamientos y sentimientos difíciles y a emprender acciones que se consideran valiosas. Este último requisito resulta esencial porque, a menos que se logre un contrato en firme que se apoye en la ACT, las ideas mantenidas culturalmente, que se oponen a la ACT, pueden infiltrarse implícitamente en el propio contrato en cuyo caso, muy probablemente, se originarán un desacuerdo y confusión innecesarios.

Externalización del problema

La formulación original del problema por parte del cliente no solo contiene fines –que están determinados por el propio cliente– sino también medios o procesos –que no lo están–. "Estoy deprimido", por lo general, implica que la depresión del cliente *tiene* que ser eliminada. Pero, si se observa con mayor atención, esa demanda constituye un medio o un proceso, no un fin. Si la depresión del cliente desapareciera, ¿qué estaría haciendo el cliente que nos pudiera indicar que su vida está mejor enfocada? La respuesta a esta pregunta nos revela que librarse de la depresión no es, en sí mismo, el objetivo más importante para el cliente.

Si expresa el problema en términos más conductuales, el terapeuta puede evitarse el caer en esta trampa. Una estrategia eficaz consiste en expresar los problemas del cliente como barreras y desafíos que son cuestión de historia y circunstancia. Por ejemplo, un terapeuta podría decir: "A ver si lo he entendido correctamente: te estás enfrentando a toda una serie de retos; en primer lugar, perdiste tu trabajo; luego, falleció tu padre y, ahora, estás teniendo problemas de salud. Cada vez te está resultando más difícil salir adelante en la vida. Ahora, también estás teniendo problemas de relación en casa". El truco consiste en expresar el problema del cliente en toda su extensión pero sin adoptar la formulación causa-efecto del cliente. En la síntesis del problema es importante *no* incluir etiquetas diagnósticas ni el papel estresante de pensamientos o sentimientos ya que, con toda seguridad, el cliente ya habrá incluido todo eso en una explicación de causa-efecto para hacerse una idea del desarrollo de su problema y esa explicación, precisamente, *es lo que más se necesita cambiar.* Se pueden incluir algunas conductas en la síntesis del problema pero el objetivo principal debería ser la historia y circunstancias específicas del cliente ya que, después de todo, esas son las características contextuales que más afectan a la propia conducta.

Este enfoque no supone sustituir los objetivos del terapeuta por los del cliente. Los terapeutas trabajan *para* sus clientes –son

“asalariados”–. Tienen más experiencia acerca de los mejores medios para obtener los mejores resultados. Imagina que alguien llama al fontanero porque tiene una filtración y esa persona se cree, erradamente, que lo que está goteando es el retrete. El fontanero, en cambio, ve que hay una cañería rota. Sería poco ético por parte del fontanero ponerse a trabajar en el inodoro solo porque el cliente formuló incorrectamente el problema. El problema es la gotera y el fontanero tiene la responsabilidad profesional de buscar la causa de la filtración. De manera parecida, los psicoterapeutas tienen la obligación de utilizar los medios más eficaces en lugar de los ineficaces por mucho que el cliente o la cultura consideren que son la clave del cambio. El cliente tiene un problema particular con su vida; el terapeuta tiene la responsabilidad profesional de analizar la fuente del problema y su resolución.

Confirmar el desnivel

La angustia del cliente y su sentimiento de que su vida no está yendo bien deberían ser confirmados por el terapeuta. La validación de las vivencias del cliente ayuda a normalizar las emociones y pensamientos desagradables.

“Cuando piensas cómo te gustaría que fuera tu vida, frente a cómo es en realidad, te sientes angustiado. Te sientes deprimido y empiezas a criticarte a ti mismo. Pero todo eso es algo muy natural, dado el enorme desnivel entre cómo son las cosas ahora y el tipo de vida que deseas para ti”.

Reconocer la lucha del cliente con sus pensamientos y sentimientos

Puede resultar conveniente crear una metáfora general para la fusión, la evitación y la atención rígida así como resumir la situación de tal modo que se establezca un centro de atención que sea útil para la intervención.

“Suena como si tu mente te estuviera recordando constantemente lo mal que te va la vida. Te sientes triste. Tu mente empieza a juzgarte. [Añadir aquí aquello que esté haciendo el cliente, como sumirse en

cavilaciones o sentirse ansioso]. Da la sensación de que te has metido en una especie de "guerra interna". Cada vez que te quedas atrapado por sentimientos y pensamientos difíciles, estos se convierten más y más en el centro de tu consciencia. Muchas veces, luchas activamente con sentimientos de depresión y de autocrítica; otras veces, simplemente, te arrastran. ¡No resulta fácil intentar vivir en una zona de combate!".

Destacar los costes

Después de que hayas reconocido los problemas actuales del cliente, procura desarrollar las implicaciones y consecuencias que tienen:

"Y cuando te quedas completamente atrapado por esos pensamientos y sentimientos, suena como si la vida se hubiera quedado en suspenso. Terminas haciendo cosas que no ayudan demasiado o que, en realidad, te merman tu vitalidad o hacen que las cosas vayan a peor con el tiempo: Duermes, evitas [añadir lo que se corresponda con el problema del cliente]. Y, realmente, todo eso te da un cierto alivio durante un tiempo; pero, a la larga, el tipo de vida que deseas está más lejos todavía. Las cosas que te interesan se resienten. Por ejemplo, ya no dedicas ningún tiempo a tus amigos, y has dejado de ir a cantar con el coro de la iglesia. Y como eso hace que las cosas sean aún más penosas, el desnivel entre el punto en el que te encuentras y el lugar donde querrías estar se hace aún más profundo, los sentimientos negativos se vuelven más intensos y la lucha se hace más enconada. Hay algo que no funciona; pero no está claro lo que deberías hacer. Y por eso has venido a verme. ¿Lo he entendido bien?

Establecer un acuerdo de tratamiento

Tras revisar todo el panorama del dilema del cliente, procura llegar a un acuerdo para el tratamiento:

"De modo que parece que debemos hacer dos cosas. Lo primero, tenemos que encontrar otra forma de manejar esos pensamientos y sentimientos negativos de manera que no tengas que someterte a ellos. Y, en segundo lugar, tenemos que trabajar para mejorar tu vida

en estas áreas importantes [lista de valores y acciones necesarias] de manera que los [lista de obstáculos] no se puedan permitir seguir dirigiendo tu vida ni arrebatarte lo que tú valoras. De modo que, ¿qué te parece si trabajamos juntos en algo realmente diferente en estas dos áreas? En vez de implicarte en esa guerra interna, tal vez podríamos trabajar para salir de ella, de manera que todos esos pensamientos de autocrítica y esos sentimientos de tristeza no sigan siendo un obstáculo tan grande en tu camino y, así, podríamos avanzar hacia aquello que realmente te importa. ¿Podría valer la pena explorar un enfoque realmente distinto?".

Si se logra un acuerdo, se debería informar al cliente de que algunos aspectos del tratamiento pueden resultarle confusos o contradictorios con lo que haya podido aprender sobre la manera de enfrentarse a las angustias personales ya que, al fin y al cabo, eso es lo que significa que el enfoque sea "nuevo". Recuérdale al cliente que no es infrecuente que la gente se cuestione sus compromisos. El terapeuta debería resaltar bien que es normal este tipo de miedos y el cliente debe de sentirse libre de sacar a colación cualquier duda o miedo durante la sesión. Si un cliente manifiesta evitación o rigidez, esas señales se deben tomar como una oportunidad de intentar algo diferente. Por ejemplo:

"También sabemos, por las pruebas iniciales, que cuando te sientes angustiado tiendes a mostrarte "evitativo" –lo que es probable que suceda aquí también–. Si empezaras a sentirte ansioso, por ejemplo, podrías querer no venir a la sesión o retirarte. Pero eso puede ser la señal de que es el momento de hacer justo lo contrario; puede ser una señal de que estamos llegando a alguna parte y que tú necesitas traer esa ansiedad a esta sala para que podamos trabajar con ella".

También conviene recordar a los clientes que no se les va a presionar para que se comprometan en acciones para las que todavía no están preparados. El cliente es el que tiene el control de la terapia en cada paso.

El control es el problema, no la solución

Llegados a este punto, es importante ponerle nombre a la estrategia que está acogotando al cliente. Incluso en la primera o segunda sesión, los clientes llegan a reconocer vagamente que puede que algo de lo que están haciendo esté contribuyendo a su propio sufrimiento pero, por lo general, no están seguros de lo que puede ser. Cada uno de los pasos anteriores proporciona un punto de apoyo para pasar de considerar de forma individual a cada una de las soluciones inviables a tratarlas a todas ellas como una clase de respuesta. Un principio esencial del enfoque ACT es que los intentos de controlar y eliminar las vivencias internas indeseables están regulados por normas culturales que definen la salud como una liberación de las vivencias personales angustiantes. La mayor parte de los clientes trae a la terapia cuatro supuestos que parecen justificar el control voluntario como la estrategia de afrontamiento preferida en el terreno de las vivencias internas:

1. "El control voluntario me da buen resultado en el mundo externo".

2. "Me enseñaron que debería enfrentarme a mis experiencias personales" (p. e., "No tengas miedo").

3. "Parece que a los demás les funciona" (p. e., "Mi padre nunca parecía asustado").

4. "Incluso parece funcionar con algunas vivencias con las que he luchado" (p. e., "La evitación consigue reducir mis síntomas de ansiedad durante un rato").

El mundo que está al otro lado de la piel funciona según reglas elaboradas verbalmente que aseguran que "si se eliminan los acontecimientos negativos, entonces se evitarán los resultados negativos". Desde una perspectiva cultural, la solución de problemas basada en el control constituye un elemento innegable de una adaptación eficaz. La dificultad radica en que este enfoque básico no funciona en el universo de las vivencias internas. Desgraciadamente, la mayor parte de los clientes parte de una fe incuestionable en la

legitimidad y exactitud de esta regla verbal. Pero aunque las estrategias de cambio centradas en el control parecen una opción sensata, cuando se aplican a los objetivos equivocados, tienden a suscitar o intensificar esas mismas vivencias que el cliente está tratado de evitar. Las vivencias internas no son meros objetos que se puedan manipular; más bien, derivan de la propia historia del individuo, son automáticas y no responden a los intentos de supresión, evitación o eliminación. Los costes asociados al hecho de guardar esas experiencias en el "trastero" (evitación emocional, escape y embotamiento) son peores que el daño que se provoca cuando a esas vivencias se les permite estar sin obstáculos ni represiones. En el caso de la víctima de abusos sexuales, el terapeuta aborda esta cuestión:

Terapeuta: De manera que te encuentras en la proverbial "encrucijada vital". Un camino está señalizado con el rótulo de "Controla tu ansiedad" y el otro con uno que dice: "Vive la relación de tus sueños". Ahora bien, sabemos que tu mente quiere que vayas por el primer camino y tú ya has intentado ese camino con mucho empeño y has persistido en mantenerlo a pesar de que está llevando a tu compañero a la situación de empezar a hablar de poner una cierta distancia entre los dos. Me pregunto… ¿Te parece que ahora tienes un mayor control de tu miedo, ansiedad y flashbacks que, digamos, hace seis meses?

Cliente: No… Bueno, supongo que depende de lo que quieras decir con "control de mi ansiedad".

Terapeuta: Sabemos que, a corto plazo, dejar la habitación te supone un alivio de tu ansiedad. Sabemos que evitar las situaciones sociales te ayuda a que te sientas más segura. Sabemos que cuando estás en casa no es muy probable que se desencadenen esas ansiedades. Lo que te pregunto es: cuando piensas en el papel que la ansiedad, el miedo y los flashbacks tienen en tu vida, ¿ese papel se hace más grande o más pequeño?

Cliente: Tengo más ansiedad y miedo y me ocurre en más situaciones que antes.

Terapeuta: De modo que lo que estás diciendo es que tus estrategias para disminuir el miedo y la ansiedad, en realidad, te están generando mayor ansiedad. ¿Podría ser que te encontraras en una extraña espiral de manera que cuanto más intentas controlar tu ansiedad, más incontrolable se vuelve?

Cliente: Bueno, todo lo que sé es que está empeorando en vez de mejorar y podría ser que yo lo estuviera haciendo peor.

Terapeuta: ¡Qué raro suena eso! Tu mente te está diciendo que la forma de enfrentarte a la ansiedad es evitar las situaciones que la desencadenan. Pero tú me estás diciendo que lo cierto es que cada vez tienes más ansiedad y en más situaciones.

Aquí, el terapeuta se limita a ampliar los resultados de la valoración: "¿Qué has intentado?, ¿cómo te ha funcionado?, ¿cuánto te ha costado?" y a presentar la idea de que hay un problema general con los distintos tipos de respuesta –tal vez como una categoría general– que el cliente está poniendo en práctica. Con muchos clientes altamente funcionales, el hecho de señalarles este resultado paradójico es todo lo que se necesita para inducirles cambios inmediatos. Para maximizar el efecto clínico de este diálogo, el terapeuta no solo debería apoyarse en razonamientos verbales sino también en metáforas y analogías. Las metáforas pueden ser herramientas muy potentes a la hora de hablar del tema del control; como ocurre, por ejemplo, con la metáfora del polígrafo:

"Imagina que estás conectado al mejor polígrafo que se ha construido jamás. Se trata de una máquina perfecta, la más sensible de todas. Cuando te encuentras conectado a ella, no hay forma de que te puedas sentir activado emocionalmente o ansioso sin que la máquina lo detecte. Bien, pues aquí vas a tener que hacer una sencilla tarea: ¡Lo único que tienes que hacer es permanecer relajado! Si te pones nervioso, la máquina lo detectará. Sé que lo vas a intentar en serio

pero quiero añadir un incentivo extra, y es que vas a tener una *Magnum 44* apuntándote a la cabeza. Si permaneces relajado, no te volará los sesos pero si te pones nervioso (y lo detectaremos porque estás conectado a esa máquina tan perfecta), vamos a tener que liquidarte. De modo que ¡relájate!... ¿Qué crees que ocurriría?... ¿Lo adivinas?... El menor asomo de ansiedad sería terrible. Tú, naturalmente, estarías pensando: "¡Oh, dios mío! ¡Me estoy poniendo nervioso! ¡Van a disparar! ¡Bang! ¿Podría ser de otro modo?".

Se puede utilizar esta metáfora para destacar los aspectos más paradójicos del sistema de control y evitación aplicado a las emociones negativas. Algunas modificaciones en la forma de presentarlo permiten mantener el impacto del ejercicio cuando se aplica a diferentes temas, como se sugiere en los siguientes guiones:

1. Contraste entre la conducta que puede ser controlada y la que no se puede controlar mediante reglas verbales.

"Piensa lo siguiente: Si yo te digo, 'pasa el aspirador por el piso o te pego un tiro', tú, inmediatamente empiezas a aspirar el piso. Si te digo, 'pinta la casa o te pego un tiro', inmediatamente empiezas a pintar. Así es como funciona el mundo al otro lado de la propia piel. Pero si te digo, sencillamente, 'relájate o te pego un tiro', no solo no va a funcionar esa orden sino que, además, va a tener el efecto contrario. El hecho mismo de pedirte una cosa semejante va hacer que te pongas tremendamente nervioso".

2. Aplicar la metáfora a los propios esfuerzos del cliente por controlar las vivencias internas angustiosas.

"Ahora bien, en realidad ya estás conectado al polígrafo más sensible: ¡es tu propio sistema nervioso! Funciona mejor que cualquier máquina diseñada por seres humanos. En realidad, no puedes sentir nada sin que tu sistema nervioso esté en contacto con ello, casi por definición. Y hay algo que te está apuntando y es más potente y más amenazador que una pistola: tu propia autoestima, la valoración de ti mismo, la viabilidad de tu vida. De modo que, en realidad, estás en

una situación muy parecida a esta. Estás apuntándote con la pistola a la cabeza mientras dices '¡Relax!' Así que adivina lo que va a pasar: ¡Bang!".

3. Incluso los intentos de utilizar estrategias de control y evitación que aparentemente tienen éxito, en realidad, no dan resultado a largo plazo.

"Mira a ver si no es cierto esto: lo que ocurre es que has visto que si te sales de la situación [o lo que sea que haga el cliente: alcohol, evitación, negación, etc.], al menos en cierta medida, parece que puedes controlar cómo te sientes. Pero enseguida se desvanece. En lugar de ver todo el juego como lo que es –un intento inútil y sin esperanza– has estado intentando ganarlo ¡casi a costa de matarte en el intento!".

La regla de los procesos mentales

Como demuestra la metáfora del *polígrafo*, los intentos deliberados de controlar o de eliminar las respuestas internas indeseables, siempre salen al revés. Hasta ahora, el terapeuta ha demostrado que los intentos de control y evitación no dan resultado a largo plazo, como había asegurado la mente del cliente. Sin embargo, es importante que el cliente entienda también que tales estrategias, de hecho, empeoran las cosas porque los intentos deliberados de suprimir o controlar emociones, pensamientos, recuerdos, imágenes o sensaciones, en realidad, generan el efecto contrario. En resumen, cuanto más empeño ponga el cliente en deshacerse de los pensamientos indeseables, más invasivos y dominantes se vuelven.

Hay otro aspecto en estas consideraciones que conviene pinchar en el "tablero de avisos" para futuras discusiones. Tiene que ver con la actitud del cliente hacia los contenidos internos amenazadores o angustiosos. El siguiente diálogo muestra cómo presentar este asunto de una manera general.

Terapeuta: Bien, creo que entiendo lo que has venido haciendo. ¿Hay alguna otra estrategia con la que hayas intentado manejar esas experiencias estresantes cuando aparecen?

Cliente: No, eso es todo.

Terapeuta: De acuerdo. Lo cierto es que, lo más probable es que haya otras muchas que irán apareciendo a medida que avancemos pero no es demasiado importante, por el momento, que las conozcamos todas. Lo que necesitamos es hacernos una idea del tipo de estrategias que están implicadas. Lo que me gustaría que hiciéramos hoy es intentar tener una visión más clara de esa clase de estrategias. Me gustaría aclarar mejor el plan que has estado siguiendo. Y me gustaría darle un nombre; no para descifrarlo intelectualmente sino, simplemente, para llamarlo de algún modo cuando hablemos de él.

Cliente: Quieres que le pongamos un nombre.

Terapeuta: Eso es. Creo que la mayor parte de las cosas que has estado haciendo son bastante lógicas, sensatas y razonables; al menos, de acuerdo con tu mente y la mía. El resultado no ha sido el que deseabas pero, la verdad, me parece que has hecho muchas de las cosas que se hacen normalmente: has intentado librar una gran batalla. Todas esas cosas que has enumerado ¿no es el tipo de cosas que suele hacer la gente?

Cliente: Tal vez la gente normal, no; pero la gente como yo, seguro que lo hace. Es como el grupo de apoyo al que acudo. Resulta casi cómico. Cada miembro del grupo tiene la misma historia; quiero decir que la puedes imaginar incluso antes de que digan una sola palabra.

Terapeuta: Exacto. Porque sabemos cómo funciona el sistema. Considera esta posibilidad: Cada una de las historias es parecida a las demás (y a la tuya) porque lo que estáis haciendo es aquello para lo que todos hemos sido entrenados. El lenguaje nos ha dado una enorme ventaja como especie porque nos permite dividir las cosas en partes, formular planes, construir futuros que nunca habíamos experimentado. Y todo eso funciona muy bien. Si miramos lo que

ocurre al otro lado de nuestra piel, funciona genial. Por ejemplo, echa un vistazo a esta habitación. Casi nada de lo que vemos estaría aquí si no fuera por el lenguaje y la racionalidad humanos –las sillas de plástico, las luces, la calefacción central, nuestros vestidos, este ordenador. Aquí estamos calentitos, no nos llueve encima y tenemos luz. Si le damos todo esto a un perro o a un gato –calor, refugio, cobijo, alimento, estimulación social– serán casi todo lo felices que puedan llegar a ser. Pero sin los seres humanos, estarían a la intemperie, al frío. De manera que hemos resuelto los problemas a los que los animales tienen que enfrentarse. Y, a pesar de eso, podemos sentirnos muy desdichados mientras que ellos podrían estar felices. ¿Y si existiera una relación entre ambas cosas? Existe una regla operativa para las cosas que pertenecen al mundo exterior: si no quieres alguna cosa, imagínate el modo de librarte de ella y líbrate de ella. Y esa regla funciona muy bien en la mayor parte de los ámbitos de la vida. Pero piensa la posibilidad –piénsala solamente– de que esa regla no funcione en el universo que tenemos entre las orejas. Y el universo de la cabeza es muy importante porque es donde residen las satisfacciones. En tu experiencia, no en tu mente lógica, observa lo que te está pasando y mira si no es algo parecido. En el universo interno, en realidad, la regla es: Si no quieres tenerlo, lo tendrás.

Cliente: Si no quiero tenerlo, lo tendré… *(Hace una pausa)*.

Terapeuta: Piénsalo. Por ejemplo, has estado luchando con la ansiedad, los flashbacks, el miedo y el sentimiento de temblar por dentro.

Cliente: Sí, es cierto.

Terapeuta: Y no quieres tener nada de eso.

Cliente: ¡De ninguna manera!

Terapeuta: Pero si es de verdad, de verdad, importante no tener síntomas de ansiedad, entonces, en cuanto empiezas a sentirte ansioso, ya tienes algo por lo que preocuparte.

Cliente: Si no lo quiero, lo tendré…

Terapeuta: Por llamarlo de alguna forma, déjame decirlo de esta manera: En el mundo exterior, la fascinación de la mente por la predicción y el control funciona de manera genial. Imagínate que quieres librarte de algo, ¡déjale el trabajo a tu mente y desaparecerá! Pero cuando se trata de pensamientos, sentimientos, recuerdos o sensaciones físicas desagradables, los intentos deliberados de control puede que tengan un efecto distinto.

Cliente: ¿Quieres decir que si no estoy tan tenso por la posibilidad de estar ansioso, estaré menos ansioso?

Terapeuta: Pero observa que aquí hay una paradoja. Imagina que es cierto que "si no estás dispuesto a tenerlo, lo tendrás" ¿Qué podrías hacer sabiendo eso? Si estás dispuesto a tenerla para librarte de ella, entonces… es que no estás dispuesto a tenerla y, por lo tanto, la tendrás. De manera que no te puedes hacer trampa a ti mismo con esto…

Muchas veces, los clientes interpretan la palabra *control* de manera que significa eficaz; por ejemplo: "Siempre he tenido problemas cuando dejaba el control" o "mi marido está obsesionado con el control" o "yo soy una persona muy controladora". Si eso ocurre, el terapeuta puede aprovecharlo para la agenda terapéutica. Por ejemplo, el terapeuta puede contestar: "*Todos* somos fanáticos del control; ¡tenemos una mente que no puede desprenderse de la idea de que el control es la solución para todo!".

Es conveniente poner de manifiesto el resultado paradójico de los esfuerzos de control mental mediante ejercicios vivenciales o metáforas, como la tarea del *pastel de chocolate*:

"Imagina que ahora te digo que no quiero que pienses en una cosa. De hecho, te lo voy a decir enseguida. Y cuando te lo diga, no pienses en ello ni un solo segundo. Aquí viene. Recuerda, no pienses en esto: no pienses en… ¡Un pastel de chocolate calentito! Ya sabes cómo huele, recién salido del horno… ¡No pienses en eso! El sabor del

glaseado de chocolate cuando le das el primer mordisco… ¡No pienses en eso! Cómo el trozo calentito y húmedo se desmigaja y algunas migas caen en el plato… ¡No pienses en eso! Es muy importante: ¡No pienses en nada de eso!".

La mayor parte de los clientes lo entiende inmediatamente y puede que echen una risita nerviosa, que asientan con la cabeza o sonrían. Otros, puede que insistan en que no estaban pensando en nada. Como se ve en el siguiente diálogo, el terapeuta ACT puede utilizar este ejercicio para subrayar la inutilidad del control mental o de las estrategias de supresión de pensamiento.

Terapeuta: De manera que ¿podrías hacerlo?

Cliente: Por supuesto.

Terapeuta: ¿Y cómo lo harías?

Cliente: Pensaría en alguna otra cosa.

Terapeuta: De acuerdo, ¿y cómo sabrías que lo habrías conseguido?

Cliente: ¿Qué quieres decir?

Terapeuta: La tarea consistía en no pensar en un pastel de chocolate; entonces ¿en qué pensarías?

Cliente: En conducir un coche de carreras.

Terapeuta: Magnífico. ¿Y cómo sabrías que pensar en un coche de carreras te iba permitir hacer bien la tarea que te puse?

Cliente: Bueno, estaría pensando: "Bien, estoy pensando en un coche de carreras…" *(Se para)*.

Terapeuta: Sí, continúa… "Estoy pensando en un coche de carreras y no en…".

Cliente: … Un pastel de chocolate.

Terapeuta: Justo. De modo que cuando funciona, no funciona.

Cliente: Es verdad. Pensé en un pastel pero lo deseché tan rápido que casi no pensé en él.

Terapeuta: ¿Y no es muy parecido a lo que has hecho con tus síntomas de ansiedad?

Cliente: Intento echarlos fuera de mi mente.

Terapeuta: Pero ya ves el problema: Parece que lo que estás haciendo es añadir coches de carrera al pastel de chocolate. No puedes eliminar el 100% el pastel de chocolate porque para hacerlo deliberadamente tienes que formular la regla y, entonces, ahí lo tienes de nuevo, porque está incluido en la regla. Si no estás dispuesto a tenerlo…

Cliente: Lo tienes.

Terapeuta: ¿Se parece esto a tu experiencia?

Cliente: Es justo la historia de mi vida.

Terapeuta: Y, además, mira lo que sucede: ¿Qué se te viene a la cabeza cuando digo "coche de carreras"?

Cliente: ¡Ag!... Pastel de chocolate.

También se puede centrar el tema sobre las reacciones físicas. Podríamos decirle al cliente algo como: "No salives cuando te imagines mordiendo un gajo de limón. No salives cuando imagines el sabor de su jugo en los labios, legua y dientes". Estos ejercicios ayudan al cliente a tomar contacto directo con la inutilidad de intentar imponer un control consciente intencionado en este ámbito.

Cuestionar la confianza en las reglas programadas

Un ejercicio que puede resultar útil consiste en darse cuenta de lo fácilmente que se puede condicionar una respuesta irrelevante y no funcional. Y es útil observar cómo tiene lugar el condicionamiento porque eso hace que se debilite la credibilidad en los contenidos como un medio para la salud psíquica. Resulta absurdo definir el propio valor en función de unos determinados sentimientos, pensamientos, actitudes y demás cuando lo cierto es que tales reacciones, por lo

general, se establecen a través de circunstancias accidentales y caprichosas que están totalmente fuera del propio control. El ejercicio *¿Cuáles son los números?* Es una intervención de ACT ideada para demostrar la naturaleza arbitraria de la historia personal.

Terapeuta: Imagina que llego yo y te digo: "Te voy a decir tres números para que los recuerdes. Es muy importante que los recuerdes porque, dentro de algunos años, te voy a dar un toquecito en el hombro y te voy a preguntar: ¿Cuáles son los números?". Si sabes responder correctamente, te voy a regalar un millón de euros. De modo que recuerda; es muy importante. No debes olvidar esos números ¡Valen un millón de pavos! Bien; aquí están los números; ¿estás listo? …Uno, …dos, …tres". Bien, ¿cuáles son los números?

Cliente: Uno, dos, tres.

Terapeuta: Muy bien. No los olvides. Si lo haces, tendrás mucho que perder. ¿Cuáles son los números?

Cliente: (*Riéndose*) Pues eso… uno, dos y tres.

Terapeuta: Estupendo. ¿Crees que serás capaz de recordarlos?

Cliente: Supongo que sí. Si fuera verdad lo que me has dicho, los recordaría.

Terapeuta: Pues créeme. Un millón de euros. ¿Cuáles son los números?

Cliente: Uno, dos, tres.

Terapeuta: Bien. Pero, la verdad, es que te he mentido. No hay tal millón. Pero todavía te acuerdas de los números, ¿no es cierto?

Cliente: Pues claro.

Terapeuta: ¿Y la semana que viene te acordarás?

Cliente: Por supuesto.

Terapeuta: ¿Y es posible que aún te acuerdes dentro de un año?

Cliente: Seguramente.

Terapeuta: ¿Y no te parece ridículo? Me refiero, solo porque a un loquero se le ocurra algo así, tú tienes que pasarte el resto de tu vida con el "uno, dos, tres". Sin que haya ninguna razón para que lo hagas; solo por un mero accidente, una simple cuestión de azar: Te he tocado como terapeuta y, a continuación, tienes unos números dándote vueltas en la cabeza sabe dios por cuánto tiempo. ¿Cuáles son los números?

Cliente: Uno, dos, tres.

Terapeuta: Bien. Y una vez que los tienes en la cabeza, no hay forma de que se vayan. Nuestro sistema nervioso funciona por adición, no por sustracción. Una vez que entra un material, allí se queda. Compruébalo: Qué pasaría si te dijera: es muy importante que te olvides de que los números son uno, dos, tres. ¿OK? De manera que te los voy a preguntar otra vez y quiero que me contestes algo que no tenga nada que ver con uno, dos, tres; ¿de acuerdo? Bien, ¿cuáles son los números?

Cliente: Cuatro, cinco, seis.

Terapeuta: ¿E hiciste lo que te pedí que hicieras?

Cliente: Pensé: "cuatro, cinco, seis" y los dije.

Terapeuta: ¿Y eso cumple el objetivo establecido? Te lo preguntaré de otra manera: ¿Cómo sabes que cuatro, cinco, seis es una buena respuesta?

Cliente: (*Se ríe*) Porque no son uno, dos, tres.

Terapeuta: ¡Justo! Entonces, cuatro, cinco, seis aún tienen algo que ver con uno, dos, tres y yo te pedí que no fuera así. De modo que vamos a intentarlo de nuevo: Piensa en cualquier cosa menos en uno, dos, tres. Asegúrate de que tu respuesta no tiene nada que ver con uno, dos, tres.

Cliente: No lo puedo hacer.

Terapeuta: Ni yo tampoco. El sistema nervioso funciona por adición –a menos que te hagan una lobotomía o algo parecido–. Cuatro, cinco, seis es *añadir* a uno, dos, tres. Cuando tengas 80 años, yo podría acercarme a ti y preguntarte: "¿Cuáles son los números?" y tú, seguramente me responderías "uno, dos, tres" solo porque un tipo fumado te dijo que recordaras semejante cosa. Tu mente está programada por todo tipo de experiencias [el terapeuta puede añadir unas cuantas que sean significativas para el cliente, como por ejemplo: "Tú piensas 'soy malo' o piensas 'no encajo aquí'"]. Pero ¿cómo sabes que todo eso no es más que otro ejemplo de uno, dos, tres? ¿No tienes a veces la sensación de que esos pensamientos suenan con la voz de tus padres o que están conectados con cosas que te dijo la gente? Si tú no eres más que tus reacciones, tienes un problema. Porque tú no elegiste cómo iban a ser, no puedes controlar lo que se te viene a la cabeza y tienes todo tipo de reacciones tontas, prejuiciosas, miserables, odiosas y demás. No vas a conseguir jamás salir vencedor en este juego.

El poder ver que las reacciones están programadas disminuye la credibilidad en poder llegar a tener éxito en la lucha contra un contenido psicológico indeseable (porque esas reacciones son respuestas condicionadas automáticas). Y, lo que es más, disminuye la necesidad de semejante lucha porque los pensamientos internos no significan necesariamente lo que dicen significar. El pensamiento de "soy malo" no tiene, por sí mismo, un significado más importante que el de "uno, dos, tres".

Viabilidad y desesperanza creativa

De todos los conceptos esenciales de ACT, el de "desesperanza creativa" es uno de los que peor se entiende y mayor controversia levanta. En el lenguaje cotidiano, la desesperanza no es un estado mental aceptable. Muchos modelos clínicos consideran la desesperanza como un estado disfuncional de la mente que predice conductas de alto riesgo tales como el intento de suicidio o, incluso, su consumación. Este tipo de desesperanza implica que uno no es

capaz de ver un futuro esperanzador por delante junto con la creencia de que el sufrimiento que se experimenta va a continuar eternamente. Los terapeutas suelen trabajar mucho para contrarrestar este tipo de desesperanza e inculcarle al cliente un poco de optimismo en el futuro.

La desesperanza creativa, *grosso modo*, se parece a aquello del famoso libro de Paul Watzlawick sobre terapia estratégica: *La situación es desesperada, pero no demasiado seria* (1993). Si el cliente puede renunciar a todo lo que *no* ha funcionado, es posible que aún pueda hacer algo. Así, intentamos ayudar a que los clientes crean en su propia experiencia y que empiecen a abrirse a una alternativa transformadora. El objetivo no es provocar un *sentimiento* de desesperanza ni una *creencia* en la desesperanza; más bien, el objetivo es abandonar las estrategias *cuando la propia experiencia del cliente dice que no están dando resultado*, incluso aunque no se sepa qué es lo que va a venir a continuación. Se trata de un acto generativo, de autoafirmación y el sentimiento que surge de él es, muchas veces, una especie de esperanza irónica o una anticipación de nuevas posibilidades.

Una forma de confrontar una situación inviable es describirla como tal. El terapeuta ya ha recogido una larga lista de cosas que el cliente ha tratado de controlar o eliminar: malestar emocional, pensamientos inquietantes y/o otras vivencias psíquicas. El terapeuta conoce la principal estrategia que el cliente ha estado intentando utilizar en el pasado. Ya se ha confeccionado una lista de las distintas formas en que el cliente ha intentado manipular pensamientos y sentimientos (p. e., drogas, alcohol, evitación, sexo, atacar a otros, alejarse, evitación social y cosas por el estilo) y se han examinado todas ellas minuciosamente. A lo que aún no se ha enfrentado el cliente es a la posibilidad de que el propio plan sea erróneo. El siguiente diálogo con la clienta citada anteriormente, víctima de abusos sexuales, sirve de ejemplo para mostrar cómo introducir el tema de la desesperanza creativa.

Terapeuta: Entonces, vamos a sentarnos aquí para examinar el dilema que tienes. Prácticamente, has intentado todo lo que tenías a tu alcance para controlar tu ansiedad, miedo y flashbacks. Has pensado mucho cómo hacerlo y has intentado controlarlo muy, pero que muy en serio. Y el resultado que pareces haber conseguido es que tu ansiedad está peor que nunca. No solo eso sino que, además, estás perdiendo terreno en tu trabajo, con tus amigos y tus relaciones de pareja. Me pregunto lo que crees que va a ocurrir en el futuro.

Cliente: Más de lo mismo. Aunque no consigo evitar mi ansiedad, no sé qué otra cosa puedo hacer.

Terapeuta: Esto se parece a intentar librarse de un dolor de cabeza a base de golpearla con un martillo. Alguien te indica que esa estrategia puede que no dé mucho resultado para tratar un dolor de cabeza y tú contestas: "Pero es el único tratamiento que conozco; así que voy a seguir con él".

Cliente: (*Se ríe*) Espero que no sea tan desastroso. Lo único que digo es que estoy al límite de mis recursos respecto a lo que puedo hacer.

Terapeuta: ¿Qué crees que va a ocurrir si sigues utilizando las mismas estrategias que has venido utilizando para controlar tu ansiedad y tu miedo?

Cliente: Que, probablemente, las cosas irán a peor.

Terapeuta: Puede que estés engañada en este asunto. Te han hecho creer que el camino de la felicidad consiste en el control de tu ansiedad, miedos y recuerdos y que, conseguido eso, vas a ser capaz de funcionar bien en tu trabajo, con tus amigos y con tu pareja. ¿Y si todo eso fuera un engaño?

Cliente: ¿Un engaño? ¿Respecto a qué me estoy engañando?

Terapeuta: Escucha a tu experiencia, no a tu mente. Cada día que tú intentas controlar y evitar tus ansiedades, esas ansiedades aumentan y tu vida se deteriora. ¿Y si resulta que el asunto no es que no lo estés intentando con suficiente empeño o que te falte alguna estrategia que,

finalmente, te permita conseguirlo? Eres una persona brillante, sensible y cariñosa. Si ese enfoque pudiera dar resultado, tú serías la persona adecuada para conseguirlo. ¿Y si la vida te estuviera diciendo algo así como: "esa estrategia jamás va a dar resultado; no es que tú lo estés haciendo mal, es que, sencillamente, no puede dar resultado"?

Cliente: Bueno, ¿y qué debería hacer entonces?

Terapeuta: Bueno, supongo que forma parte de lo que estamos aprendiendo aquí; pero vamos a empezar por lo que has aprendido por las malas. Ya *sabes* algo: sabes lo que *no debes* hacer. Has tenido que pagar mucho por aprenderlo pero es muy valioso si estás dispuesta a guiarte por eso.

El empleo de este enfoque solo consigue aflojar la tenaza del plan de control. Con los clientes más bloqueados puede que sea necesario dedicar toda una sesión o más y puede que se precise volver sobre el tema a lo largo de la terapia. Con los clientes más jóvenes y menos bloqueados, o en contextos de prevención, se puede parecer más a una intervención simplemente psico-educativa.

Por lo general, las metáforas pueden cumplir su objetivo sin provocar demasiada resistencia porque brindan un ejemplo sensato que se relaciona más con la propia experiencia del cliente que con las habituales instrucciones directas. Distintas investigaciones muestran que las metáforas provienen, al menos, de dos fuentes. El objetivo de la metáfora y el propio vehículo metafórico tienen que poseer funciones específicas que resulten pertinentes a los elementos o funciones ausentes en la situación objetivo que el terapeuta intenta cambiar. Una buena metáfora parte de lo que uno ya sabe, siente o hace y lo representa en un ámbito en el que faltan las funciones adaptativas conductuales. En cierto sentido, una metáfora se emplea para evitar el lenguaje analítico normal en favor de un aprendizaje más vivencial. Esta cualidad permite al cliente responder más en función de las consecuencias directas (rastreo) que por aquello que

podría gustarle más al terapeuta o que este pudiera considerar como adecuado (plegamiento).

Se pueden utilizar estos conceptos de RFT para generar nuevas metáforas de ACT sobre la marcha (para un amplio ejemplo, véase Hildebrandt, Fletcher y Hayes, 2007) pero este tema va más allá de nuestro propósito actual. Otra forma de utilizarlos consiste en aumentar la cualidad vivencial de las metáforas. La metáfora de la *persona en el hoyo* es una intervención esencial de ACT que se utiliza durante las primeras fases de la terapia. Presentamos aquí un ejemplo en su forma vivencial, que está pensado para adaptar versiones más concretas y evocadoras de esa metáfora. Cualquiera de las metáforas más didácticas que aparecen en este libro –o en cualquier otro– se pueden presentar de esta forma más vivencial una vez que se conocen los principios básicos, que colocamos entre corchetes en la siguiente interacción con un cliente que sufría ansiedad.

Terapeuta: Me gustaría hacer contigo un ejercicio para que podamos entender mejor la situación. Imagina que estás en un campo y que llevas una venda en los ojos y una pequeña bolsa de herramientas. Te han dicho que tu tarea consiste en correr por el campo, con los ojos vendados. Así es como se supone que debes vivir tu vida y, por eso, tú haces lo que se te ha dicho. Ahora bien, sin que tú lo sepas, resulta que en el campo hay unos cuantos hoyos bastante profundos, esparcidos por toda el área. Al principio, tú no lo sabes –eres un ingenuo–. De modo que empiezas a correr y, antes o después, caes en un profundo agujero. Palpas a tu alrededor y parece bastante claro que no vas a poder subir otra vez. Está enfangado y resbaladizo y no parece haber ninguna salida que puedas tomar. ¿Te lo puedes representar en tu mente? ¿Cómo te sientes en una situación semejante? [El terapeuta está utilizando el tiempo presente para que la situación parezca más inmediata. Esta estrategia le permite al cliente responder más rápidamente a los aspectos concretos de la situación en lugar de tener que trabajar con una abstracción].

Cliente: Seguramente estaría sorprendido, un poco molesto. [Por lo general, cuando el cliente empieza a responder en condicional, el terapeuta debe traerlo de nuevo al presente].

Terapeuta: Sí, me puedo imaginar que te sientes molesto por haber caído en el hoyo. ¡Yo también lo estaría! [El terapeuta valida la reacción del cliente y le envía el mensaje de que esa es una respuesta natural]. De modo que imagina que estás allí; entonces, ¿qué haces?

Cliente: Bueno, supongo que quiero salir del agujero, encontrar el modo de salir de aquí.

Terapeuta: Tienes la bolsa de herramientas que se te proporcionó; tal vez quieras averiguar qué hay dentro; puede que haya alguna cosa que puedas utilizar para salir del agujero. Tienes los ojos vendados pero puedes tantear dentro de la bolsa. Hay una herramienta pero se trata de una pala; al parecer, es todo lo que tienes.

Cliente: No es la herramienta más útil para salir de un hoyo…

Terapeuta: Pero imagina que quieres salir del agujero a toda costa, que has intentado durante horas trepar por la pared resbaladiza sin conseguirlo… ¿Qué pensarías al encontrarte la pala?

Cliente: Que podía intentar cavar. Tal vez cavar unas escaleras.

Terapeuta: De acuerdo, y así lo haces. Cavas y cavas y el barro se te viene encima. Intentas sacártelo de encima. Intentas hacer una escalera pero todo se viene abajo y cada vez que intentas empezar a subir, los peldaños se derrumban literalmente bajo tus pies por lo que tienes que cavar de nuevo. Estás agotado, sudoroso, cansado y jadeante. Y después de todo ese tiempo cavando, resulta que estás en un hoyo aún más profundo. Tómate un tiempo para experimentar cómo se debe sentir eso [al enfatizar cualidades sensoriales parecidas a las de la ansiedad, el terapeuta está haciendo la conexión más vivencial]. ¿Qué estás sintiendo?

Cliente: Me siento desesperado. Todo eso no me lleva a ninguna parte.

Terapeuta: Incluso parece que te está hundiendo cada vez más… Todo ese esfuerzo y todo ese trabajo para que el agujero se haga cada vez más grande y más y más. No hay salida. ¿Y esto no se parece a tu propia experiencia? Lo que me pregunto es si no habrás acudido a mí pensando: "A lo mejor, él tiene una pala realmente grande –una de acero, chapada en oro". Bueno, pues no. Y aunque la tuviera, no la iba a utilizar porque cavar no es la salida del hoyo; cavando es como se hacen los hoyos. De modo que, tal vez, todo el plan de control de la ansiedad no tenga sentido; tal vez no sea más que un truco. No puedes conseguir salir cavando; lo único que consigues así es enterrarte más [el terapeuta mezcla intencionadamente los términos de la metáfora y de la situación real vivida por el cliente para destacar implícitamente la equivalencia entre las dos situaciones].

Esta metáfora es muy flexible. Se puede utilizar para trabajar con muchos temas iniciales. En la interacción con el cliente, el terapeuta puede variar la metáfora para adecuarla a los temas específicos que plantea el cliente o que el terapeuta considera importantes. También es conveniente procurar integrar las respuestas del cliente en la propia metáfora como se demuestra en los siguientes guiones:

1. A lo mejor, debería soportarlo

"Has probado otras cosas. Has intentado soportar el vivir en un agujero. Te sientas, cruzado de brazos, y esperas a que ocurra algo. Pero ya comprobaste que no da resultado y, además, no tiene gracia pasarse la vida en un hoyo. De modo que cuando dices 'soportarlo' o 'rendirme' lo que me parece que estás diciendo es que, realmente, sigues con el mismo plan (cavar para intentar salir) pero ya no lo pones en práctica porque no te da resultado. Yo te sugiero algo distinto: te sugiero que cambies de plan".

2. Necesito comprender mi pasado

"Otra tendencia que podrías tener sería intentar hacerte una idea de cómo llegaste a caer en el hoyo. Podrías decirte a ti mismo: 'Vaya, me fui a la izquierda, subiendo una cuesta y ahí me caí'. Y, desde luego,

eso fue lo que pasó; estás en este agujero porque seguiste justamente esa trayectoria. Tu propia historia te condujo aquí. Pero date cuenta también de otra cosa: el conocer cada paso que diste no te va a sacar del agujero. Y, además –recuerda que tienes los ojos vendados– aunque no hubieras seguido ese mismo camino y hubieras tirado por otro sitio, podrías haber caído en otro agujero porque hay muchos hoyos. De modo que tú encontraste la ansiedad, otro encontró una drogadicción, otro dio con una mala relación, algún otro cayó en una depresión. Ahora bien, no estoy diciendo que tu pasado no tenga ninguna importancia ni tampoco quiero decir que no vayamos a trabajar con temas relacionados con el pasado. El pasado es importante, pero no porque el hecho de imaginártelo te vaya a permitir librarte del sufrimiento emocional. Sólo necesitamos trabajar con el pasado cuando surja "aquí y ahora". Y aparecerá en el contexto de tu avance por la vida. Cuando aparezca, trabajaremos con él. Pero ocuparse del pasado, del pasado que está muerto, no es la forma de salir del agujero".

3. ¿Y si tengo la culpa de estos problemas?

"Date cuenta de que en esta metáfora tú eres responsable. Responsabilidad es reconocer la relación entre lo que hacemos y lo que obtenemos. ¿Te das cuenta de que la palabra *respons-able* hace referencia a "responder" y "capacidad"? Ser responsable es, simplemente, tener la capacidad de responder. De modo que, sí; tú tienes capacidad de responder. Y, sí; tus acciones son las que te han llevado al hoyo y son las que te pueden sacar de él. Responsabilidad es saber que *eres capaz de responder* y que si lo hicieras, el resultado sería muy distinto. Si intentas evitar tu responsabilidad, el precio será muy penoso: si no puedes responder, lo cierto es que, entonces, nada va a funcionar. Lo que estoy diciendo es que no hay ninguna esperanza en seguir cavando, no que tú no tengas ninguna esperanza. De modo que no evites tu responsabilidad; si tienes la capacidad de responder, entonces hay cosas que puedes hacer. Tu vida puede salir adelante".

4. ¿Debería culparme a mí mismo?

"Culpar es lo que hacemos cuando intentamos motivar a la gente a que haga algo –que cambie o que haga lo que es correcto–. Pero a mí me parece que estás bastante motivado. ¿Necesitas más motivación? ¿Necesitas creerte que "tienes la culpa"? Culpabilizarse es como situarse al borde del hoyo para lanzarle tierra a la cabeza del que está dentro y decirle: "¡Sal de ahí! ¡Sal de ahí!". El problema de la culpabilización, en este caso, es que resulta inútil. Si, encima, se le lanza tierra al individuo del hoyo, eso no le va a facilitar el salir del agujero. Eso no ayuda para nada. Cuando tu mente empieza a culparte, el hecho de asumir esos reproches ¿te da fuerzas o te debilita? ¿Qué te dice tu experiencia? De manera que si tú te tomas al pie de la letra los reproches de tu mente, adelante, pero responsabilízate de lo que haces. Si te lo crees sin más, estarás haciendo algo que tu experiencia te dice que no funciona".

5. ¿Cuál es la salida?

"No lo sé, pero empecemos por lo que no está funcionando. Mira, si todavía mantienes un plan que dice: "Cava hasta morir", ¿qué pasaría si, en realidad, te proporcionaran una salida? Imagina que alguien coloca ahí una escalera de metal. Si primero no abandonas tu plan de seguir cavando, pues lo que harás será ponerte a cavar con ella. Y las escaleras, como palas, son muy malas. Si lo que quieres es una pala, ya tenías antes una muy buena".

6. La necesidad de rendirse primero

"Hasta que no dejes la pala, no vas a tener ocasión de hacer ninguna otra cosa. Tus manos no van a poder agarrar ninguna otra cosa hasta que sueltes la pala. Tienes que soltarla. ¡Suéltala!".

7. Un salto en el vacío

"Date cuenta de que no puedes saber que otras opciones tienes hasta que no hayas soltado la pala; de manera que eso es como un salto en el vacío. Es abandonar algo sin saber si hay alguna otra cosa. En esta

metáfora, al fin y al cabo, tú tienes los ojos vendados; solo vas a poder saber qué otras cosas hay tocándolas y solo podrás tocar algo cuando hayas soltado la pala de tus manos. Tu mejor aliado en esto va a ser tu propio sufrimiento: aquí, es tu amigo y aliado. El hecho de que tu estrategia actual no esté dando resultado es la única razón por la que puedes pensar en hacer algo tan descabellado como soltar la única herramienta que tienes".

8. La oportunidad del sufrimiento

"Tienes la posibilidad de aprender algo que la mayoría de la gente no va a conseguir aprender jamás: a salir del hoyo. Tú no habrías tenido un motivo para aprenderlo si no hubieras caído en este agujero. Has hecho lo más razonable para salir del paso. Pero si eres capaz de permanecer con esto, puedes aprender algo que va a transformar tu vida. Vas a aprender a liberarte de tu propia mente. Si hubieras podido salirte con la tuya –más o menos– nunca habrías podido aprender esto".

Metáforas como la de la *persona en el hoyo* interfieren con la tendencia del cliente hacia la solución de problemas y el buscar un sentido ("debo merecerme sufrir"; "perdí la confianza que necesito tener en mí mismo para conseguir el éxito", etc.) Son referencias potentes y útiles –no se pueden desechar del todo durante mucho tiempo–. Sobrepasan la experiencia de los resultados negativos del plan de control y eliminación del cliente. Durante los primeros encuentros con el cliente, el terapeuta de ACT engrana, una y otra vez. la aparente contradicción entre el plan de cambio del cliente y los resultados de la vida real. Sin embargo, incluso un contacto directo momentáneo con las contingencias del mundo real proporciona una cuña que se puede utilizar para romper la soldadura de "controlar-las-vivencias-internas-para-controlar-la-vida" que liga procesos y resultados.

¿Por dónde empezar?

En el capítulo 4 describíamos un enfoque relativamente sencillo y directo de formulación de hipótesis y planificación del tratamiento basado en el modelo unificado de flexibilidad psicológica. A nivel general, tenemos que establecer los tres estilos básicos de respuesta: abierta, centrada y comprometida; a pequeña escala, hay seis procesos centrales que definen esos estilos básicos de respuesta.

Los terapeutas novatos en ACT, a veces, se creen que tienen que seguir una secuencia en sus intervenciones, independientemente de las fortalezas y debilidades específicas del cliente. La realidad es que muchos clientes tienen un "talón de Aquiles" específico por lo que responderán rápidamente a una intervención dirigida a esa área. Por ejemplo, algunos clientes altamente funcionales con problemas de salud mental o de consumo de drogas o clientes con temas relacionados con la necesidad de un cambio en su estilo de vida (p. e., tabaquismo, automanejo de diabetes, control de peso, mejora del estado físico) puede que solo necesiten un breve trabajo con ACT centrado en una clase concreta de respuesta y puede que en un único proceso nuclear. El terapeuta no tiene que suponer que se necesita pasar por todos los procesos esenciales con cada uno de los clientes.

Los primeros intercambios con el cliente deberían orientar al terapeuta en una dirección concreta a través de uno o varios de los métodos de formulación de hipótesis que apuntábamos en el capítulo 4. Tomemos el ejemplo de la víctima de abusos sexuales que presentamos anteriormente en este mismo capítulo. La podríamos valorar como bastante fuerte en la dimensión de *implicación* porque, claramente, mantiene valores bien establecidos sobre lo que quiere en términos de relaciones. Lo que le falta en esta dimensión son acciones de compromiso respecto a la intimidad con su pareja a pesar del miedo que pueda experimentar. Al mismo tiempo, ella es consciente de que esa es la iniciativa que le gustaría tomar en el mundo real. En términos de la dimensión de *centramiento*, ella es muy autoconsciente y puede mantenerse presente durante la entrevista. El problema en

este terreno es que no es capaz de mantenerse presente cuando se le activan las vivencias internas que la llevan a actuar de forma impulsiva. Su talón de Aquiles radica en la dimensión de *apertura*: La clienta está fusionada con sus evaluaciones sobre la naturaleza nociva de sus ansiedades, flashbacks y miedos hasta tal punto que es incapaz de aceptarlos por lo que son y, en vez de ello, intenta controlar su aparición evitando aquellas acciones que los podrían desencadenar. En este caso, la principal tarea del terapeuta debería consistir en defusionarla de sus evaluaciones tóxicas y animarla a que utilice, en cambio, un tipo de aceptación sin prejuicios. Como ocurre con la mayoría de intervenciones ACT, el hecho de centrarse en un proceso tiene ramificaciones hacia los demás procesos. Si esta mujer aprende a aceptar la presencia de flashbacks, ansiedad y miedo, seguramente que va a ser capaz de centrarse en el momento presente y enfocar su energía hacia acciones comprometidas que favorezcan la intimidad que ella valora.

En posteriores capítulos vamos a utilizar los términos convencionales que se detallan para describir las estrategias clínicas dirigidas a uno o varios procesos esenciales. Las convenciones siguen el esquema espacial del diagrama "Hexaflex" en el que el centro y punto de partida es la dimensión de "consciencia" (incluyendo la consciencia del momento presente y del yo-como-perspectiva):

- Ir a la izquierda: Centrarse en incrementar la aceptación (derecha, arriba) o la defusión (derecha, abajo).
- Ir a la derecha: Centrarse en conectar con los propios valores (derecha, arriba) o con la activación conductual y el compromiso (derecha, abajo).
- Ir al centro: Centrarse en estar en el presente de forma flexible (centro, arriba) y en tomar perspectiva (centro, abajo).

En los próximos capítulos vamos a examinar con mayor detalle estos estilos de respuesta y procesos específicos. Dada la naturaleza de todo libro, lo haremos siguiendo una secuencia lineal pero, en la terapia real, el proceso de ir a derecha o izquierda o de situarse en el centro,

se parece más a un baile. Haremos todo lo posible por presentar esa realidad en las páginas que siguen.

Observaciones finales

En este capítulo hemos presentado algunos principios y estrategias de intervención importantes, pensadas para ayudar al cliente a que tome contacto directo con los resultados negativos de sus intentos de controlar o eliminar las vivencias internas angustiosas. Para la mayoría de los clientes, este tipo de reconocimiento es necesario antes de que puedan abrirse a otras alternativas tales como la disposición y la aceptación. Estas intervenciones se pueden aplicar de manera flexible para que encajen en las necesidades particulares de cada cliente; algunos clientes van a necesitar más intervenciones que otros. Su propósito es empezar a debilitar los procesos que limitan el repertorio conductual de modo que nuevas acciones y nuevas consecuencias empiecen a movilizar al cliente. Una vez creado el contexto para el cambio, es el momento de empezar a trabajar con los procesos específicos esenciales. A continuación, vamos a mostrar la manera de llevar a cabo intervenciones diseñadas para fortalecer cada uno de los procesos clave. Examinaremos de qué manera las intervenciones en uno de los procesos puede interactuar con otro proceso clave. Por último, ofreceremos algunos consejos prácticos sobre lo que se debe hacer y evitar a la hora de trabajar con cada uno de los procesos clave.

III Procesos clínicos fundamentales

7 Consciencia del momento presente

Con Emily K. Sandoz

… sintió la puñalada del tiempo como nunca antes la había sentido. Aunque ella no lo abandonara, al final, el tiempo lo destrozaría. De modo que no había noche en la que uno no sintiera la misma melancolía, una especie de nostalgia por el presente que se escurría como el agua entre los dedos.

Robinson (2000, pp. 91-92).

En este capítulo aprenderás…

- Las habilidades básicas que facilitan la consciencia del momento presente.
- Cómo enfocar y tratar los fallos en los procesos relacionados con el momento presente que interfieren con una vida efectiva.
- A incrementar el contacto con el presente durante las sesiones.
- A detectar los avances del cliente en relación a los procesos del momento presente.

Visión general

En un sentido general, todos los procesos ACT se relacionan con el presente. Para poder beneficiarse del tratamiento, los clientes tienen que situarse en ese punto, no solo física sino también mentalmente. Si han de crecer y transformarse con los acontecimientos vitales, es necesaria su absoluta "presencia". Este capítulo trata del papel de la consciencia del momento presente y de la manera de desarrollarla mediante las intervenciones ACT. Pero, antes, una advertencia:

ninguno de los procesos básicos de ACT es "superior" a los demás. El hecho de que el primer capítulo de esta parte trate sobre los procesos del momento presente, no significa que ese tenga que ser, necesariamente, el primer proceso a abordar cuando se inicia la terapia con un cliente. La decisión sobre el punto de partida de la terapia siempre se toma en función de cada caso. Hemos elegido empezar con el "ahora", en parte, porque es un proceso importante a lo largo de todo el tratamiento. El ahora es donde la aceptación y la defusión se hacen posibles y donde el compromiso con acciones valiosas adquiere mayor relevancia.

Los procesos del momento presente se refieren a vivir de manera flexible el aquí y ahora. No significan "presente" como opuesto a "pasado" ni a "futuro". "Pasado" y "futuro" solo son manera que tenemos de hablar sobre el cambio; un mero truco del lenguaje que hace que parezca que el tiempo es una cosa concreta, como un collar de bolas ensartadas. "Sucedió en el pasado" o "va a ocurrir más adelante" son expresiones que se parecen mucho a "esto es una silla" o "aquello es un balón playero", como si el tiempo contuviera el pasado y el futuro de la misma manera que el espacio puede contener la silla o el balón. Los terapeutas de ACT, sin embargo, asumen que el pasado se fue para siempre y que el futuro todavía no ha llegado. Desde esta perspectiva, el tiempo no es una cosa sino solo una medida del cambio. Lo que hay, es el ahora, ahora y ahora. El resto de la experiencia humana consiste en historias o recuerdos sobre el pasado y construcciones del futuro. Los recuerdos, historias y construcciones son presente. El pasado y el futuro no tienen lugar.

La dificultad con problemas tales como la preocupación y las maquinaciones no estriba en que el cliente esté viviendo en el pasado o en el futuro sino, más bien, que las historias sobre el pasado y el futuro absorben tanta atención que el cliente se desentiende de las cosas que suceden a su alrededor. Como el lamento de la cita al inicio del capítulo, el presente se escurre como agua entre los dedos. Las historias sobre el pasado y el futuro son como la "mano oculta" del

prestidigitador. Cuando un mago realiza un truco, normalmente una mano está siempre en acción para captar la atención del auditorio y, mientras esa mano nos distrae, la otra hace que ocurra lo que es realmente importante. Mientras los clientes están centrados en su pasado o futuro, volviendo una y otra vez sobre ellos, la vida se les escurre. Se pierden muchas cosas importantes.

Como no existe pasado ni futuro, los procesos del momento presente, en realidad, consisten en la capacidad de fijar intencionalmente la atención. En un sentido general, esta capacidad de fijar la atención con flexibilidad nos brinda la mejor oportunidad de ser modelados y de modelar el mundo que nos rodea. La mera exposición a los acontecimientos no basta. ¡Es necesaria una actitud de respuesta activa, centrada en cada momento!

Existen dos tipos de fallo por solapamiento con los procesos del momento presente. Los fallos del primer tipo son el resultado de deficiencias en la capacidad de centrar la atención. Este déficit puede darse con especial frecuencia en los clientes más jóvenes o en aquellos que, sencillamente, no han tenido las experiencias vitales que permiten desarrollar de manera natural un repertorio activo de respuestas. Por ejemplo, los individuos con trastornos del desarrollo (incluyendo el autismo y el síndrome de Asperger), por lo general, carecen de las habilidades necesarias para permanecer centrados en el presente. La segunda clase de déficits –y la más común– es el resultado de un control rígido de la atención. En este caso, el individuo tiene la capacidad de entrar en el presente pero no puede mantenerse ahí porque alguna cosa desvía el foco de su atención (Stahl y Pry, 2005). Por ejemplo, los pacientes depresivos que maquinan demasiado sobre contratiempos del pasado, puede que tengan atisbos del presente pero su atención se desvía de inmediato para centrarse, de nuevo, en el pasado. Asimismo, los pacientes con ansiedad experimentan algo parecido ya que se quedan absortos en sus maquinaciones sobre catástrofes futuras. Estos dos tipos de fallo en los procesos del momento presente requieren intervenciones que

faciliten el regreso al "ahora". Tales intervenciones, independientemente de la forma que se les dé, pueden ser llamadas con toda propiedad *estrategias de mindfulness* aunque los iniciadores de la ACT, en principio, evitaron tal denominación (debido a que, en realdad, estábamos interesados en enseñar a la gente como *salir* de su mente para entrar en el presente).

Procesos del momento presente y su relación con las intervenciones basadas en la atención consciente –mindfulness–

La ACT forma parte de un grupo más amplio de terapias basadas en la aceptación y la atención consciente denominadas, en general, terapia contextual cognitivo conductual -"contextual CBT"– (Hayes, Villatte, Levin y Hildebrandt, 2011), que utiliza diversos métodos para conseguir un mayor control atencional y consciencia del momento presente. A medida que estos métodos continúen desarrollándose, es de esperar que se produzcan mayores innovaciones y que tenga lugar un fecundo intercambio. La terapia metacognitiva (MCT), por ejemplo, se centra en lograr mayor flexibilidad de la atención y cambios en las creencias metacognitivas (Wells, 2000) y todos los métodos de entrenamiento de la atención de la MCT pueden ser utilizados como parte de la ACT sin necesidad de grandes modificaciones.

Los procesos del momento presente, entre todos los componentes del modelo ACT, conectan más estrechamente con esas otras intervenciones emergentes basadas en la atención consciente –mindfulness–. Sin embargo, desde una perspectiva ACT, todos los procesos del lado izquierdo del hexaflex están implicados en la atención consciente (Fletcher y Hayes, 2005; Wilson y DuFrene, 2009). La definición de*mindfulness* que hace Jon Kabat-Zinn en su obra más representativa, *Full Catastrophe Living* (1990)[2] proporciona un magnífico punto de partida para ver su conexión con el conjunto de la obra: "Prestar atención de una manera particular: con un propósito,

en el momento presente y sin hacer juicios" (p. 4). En esta definición de Kabat-Zinn se alude a los procesos del presente, aceptación y procesos de defusión de una manera clara y directa.

No en la definición pero sí a lo largo de las enseñanzas de *Full Catastrophe Living*, se desarrolla el tema del darse cuenta de los trajines de la mente –observar nuestra tendencia a juzgar, aferrarse a las preocupaciones del pasado y negarse a entrar en el momento presente. Los procesos de evaluación y predicción que organizan la conducta y nos desvían del presente, se captan mejor en las características de la fusión del modelo ACT. Algunas de las fusiones que encontramos implican historias sobre nosotros mismos –lo que está mal en nosotros, en qué deberíamos ser distintos, mejores, más inteligentes, más amables y cosas por el estilo–. Adoptar una postura abierta, aceptante, centrada en el presente y permitir que los pensamientos, emociones, recuerdos y sensaciones corporales vayan y vengan sin hacer nada al respecto, conduce al surgimiento de un sentido del yo distinto de los contenidos de la consciencia –el yo-como-contexto o un sentido de trascendencia del yo–.

Sabemos que tratamientos como la terapia metacognitiva, la reducción del estrés basada en la atención consciente –o mindfulness– (Kabat-Zinn, 1990) y la terapia cognitiva basada en la atención consciente (Segal et al, 2002) que incorporan prácticas contemplativas, pueden tener un efecto muy importante sobre la salud mental. Un reciente meta-análisis de 39 estudios relativos a tratamientos que incorporaban prácticas formales de atención consciente arrojó resultados moderados para los participantes en cuanto a medidas generales de ansiedad (Efecto g de Hedges = 0,63) y del estado de ánimo (g = 0,59) y efectos más amplios sobre la ansiedad (g = 0,97) y el estado de ánimo (g = 0,95) entre aquellos diagnosticados con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Hofmann, Sawyer, Witt y Oh, 2010).

La mayoría de protocolos ACT no incluyen una práctica formal de meditación pero están repletos de ejercicios vivenciales, metáforas y

otras intervenciones que favorecen la atención consciente. Como la comprensión científica del papel de los procesos de atención consciente en ACT se ha incrementado tanto a nivel teórico como práctico (Hayes, Follette y Linehan, 2004), en buena parte de los nuevos protocolos de ACT se incluye la práctica contemplativa (véase Forsythe y Eifert, 2007; Hayes y Plumb, 2007; Hayes y Wilson, 2003; Wilson y DuFrene, 2009).

Aplicaciones clínicas

En este capítulo nos centraremos en los procesos específicos del momento presente, retomando los temas del yo, aceptación y defusión en capítulos posteriores. Examinaremos con cierto detalle las cualidades de la atención que queremos desarrollar en nuestros clientes y, luego, exploraremos los dos tipos más frecuentes de fallo en los procesos del momento presente y explicaremos algunos métodos para tratarlos. También dedicaremos alguna atención a lo que se debe y no se debe hacer a la hora de trabajar con los procesos del momento presente, incluyendo prácticas formales de contemplación en el marco de la ACT.

Déficit en las destrezas relacionadas con los procesos del momento presente

En el entorno social de los humanos se da, de forma natural, un cierto entrenamiento de los procesos relacionados con el momento presente. Los niños necesitan una cierta cantidad de atención flexible y sostenida para desenvolverse bien en el colegio y en casa. Las correcciones y el modelamiento tienen lugar de diversas maneras. Le preguntamos a un niño: "¿Qué estás oyendo? ¿Oyes a papá?", y nos ponemos a escuchar atentamente. "¿Qué ves?". Algún tipo de modelamiento implica correcciones en forma de reprimendas y otro tipo de retroalimentación. El objetivo consiste en entrenar al niño a que se dé cuenta no solo de lo que está ocurriendo (centramiento de la atención) sino también de *qué otras cosas* están teniendo lugar

(ampliación de la atención) y, luego, a adaptar de forma adecuada el foco y la amplitud de su atención a la situación (distribución flexible de la atención). En cualquier caso, las instrucciones y la retroalimentación son específicos ("¡Stevie, escucha a tu madre!") pero la exposición a una variedad de circunstancias permite desarrollar una capacidad atencional más amplia que ayuda a destacar, más o menos, los estímulos específicos. Es fácil dar por supuesta la habilidad general de atención ya que la mayoría de nosotros rara vez contamos con un entrenamiento que se centre en dicha habilidad por sí misma. Sin embargo, las habilidades de atención abarcan un amplio espectro de posibilidades y la población normal varía mucho en cuanto a sus puntos fuertes y débiles en este ámbito.

Los déficits más significativos en la capacidad de atención se dan con mayor frecuencia entre los niños, las personas con trastornos de desarrollo o entre quienes presentan problemas de conducta severos. También se pueden producir déficits severos como resultado de un entorno inadecuado. Entre los niños, un desarrollo inadecuado de las capacidades de atención puede reflejar simplemente el hecho de no haber vivido aún lo bastante para experimentar los efectos del entrenamiento y el modelado social. También se pueden dar deficiencias severas como consecuencia de problemas de conducta (p. e., alucinaciones, manía, paranoia) que impiden el tipo de interacciones que ayudan a mantener una atención efectiva sobre el momento. Los problemas de conducta también pueden llevar a que el entorno social se centre más sobre el control de la conducta que sobre el desarrollo de habilidades de atención flexible y concentrada. Se pueden dar otros déficits menos graves debido a que el entrenamiento "per se" rara vez forma parte de la experiencia normal a menos que el sujeto recurra a prácticas de atención consciente o a otros métodos de entrenamiento atencional.

Causas de la rigidez atencional

Como indicábamos en los capítulos 3 y 4, los procesos de una atención óptima son flexibles, fluidos y voluntarios. No pueden ser valorados ni controlados simplemente basándose en el contenido de las verbalizaciones del cliente. Por ejemplo, un cliente podría centrarse totalmente en el presente en un sentido formal (p. e., notando continuamente las sensaciones corporales o preguntando sobre las reacciones del terapeuta) y no tener un buen repertorio de procesos del momento presente en el sentido que aquí queremos darles. Las señales que indican posibles fallos de los procesos del momento presente incluyen el anómalo estrechamiento de la atención, que parece estar fijada en un asunto diferente, o en un continuo pasar de un asunto a otro. Otras señales incluyen el hablar rápido y de manera automática, bloqueo emocional y conductas no verbales tales como evitar el contacto ocular, mirar a lo lejos o bajar la mirada. Este tipo de señales indica que el cliente está registrando salidas en lugar de registrar entradas. Como el momento presente es un proceso dinámico y activo, el terapeuta también necesita estar registrando entradas continuamente para verificar la conducta del cliente, tanto la verbal como la no verbal.

Si el momento presente existiera en algunos contextos pero no en otros, su ausencia podría estar relacionada con otras fuentes de rigidez psicológica. La fusión y la evitación, en concreto, restringen las operaciones de los procesos relacionados con el presente. La fusión con una historia pasada o futura (la preocupación y la otra cara de la moneda: la maquinación) y la evitación vivencial asociada a esa fusión pueden conducir fácilmente a la rigidez atencional incluso a quien posee una capacidad normal de atención. Tanto la preocupación como la maquinación implican una promesa funcional (Wilsn y DuFrene, 2009) de tal manera que la preocupación le promete al preocupado que lo preparará para el futuro mientras que la maquinación le promete que no se volverán a repetir los errores del pasado. Pero esas promesas nunca llegan a cumplirse; más bien,

sucede lo contrario (Borkevec, Alcaine y Behar, 2004). La preocupación y maquinación sostenidas son predictores negativos de un buen ajuste psicológico.

Aplicaciones clínicas

Fundamentos para el trabajo con el momento presente

Antes de nada, los clientes necesitan saber por qué es importante desarrollar un control flexible de la atención. Conviene preguntarles si son capaces de recordar algún momento de su vida en el que hubieran estado tan atareados o preocupados que hubieran pasado por alto alguna cosa importante.

Los terapeutas podrían empezar con el consabido dicho de "pararse a oler las rosas", tan conocido como ignorado. Siempre parece haber una razón para no tomarse un tiempo para la contemplación y el disfrute en el presente, de manera que siempre se deja para más tarde. Lamentablemente, ese "tarde" no parece llegar nunca. Si esperamos a que sea la vida la que nos brinde un tiempo para pararnos, vamos a quedar amargamente decepcionados. La mayoría de los clientes entenderán y aceptarán las razones para trabajar en la mejora de los procesos del momento presente. Después de presentar los argumentos lógicos, el terapeuta puede dejar que el cliente sepa algo más sobre lo que puede esperar. Presentarles a los clientes los modos mentales de "solución de problemas" y "atardecer" les suele activar aspectos importantes y fácilmente comprensibles de su propia experiencia (Wilson y DuFrene, 2009).

"Una de las cosas que vamos a practicar aquí es el detenernos a observar lo que estamos experimentando. A veces, hay algo rondándonos, pero no nos damos cuenta de ello. De manera que, en concreto, vamos a practicar el *darse cuenta* porque es una habilidad que todos podemos desarrollar. Nunca sabemos con exactitud cuándo van a ocurrir cosas ni dónde vamos a querer utilizar esta habilidad por lo que vamos a practicar aquí, trabajando juntos.

También te voy a pedir que lo hagas por tu cuenta, en tu vida normal. Piénsalo de este modo: nosotros utilizamos dos modos mentales: uno, es el modo mental de solución de problemas; es un modo superautomático –¡Y eso es bueno!– Cuando se trata de evitar que un coche se nos eche encima o de realizar una operación de compra-venta, es muy buena cosa estar preparado. Mira como funciona: ¿Dos más dos? (pausa). ¿Tres menos uno? (pausa) [Estas dos preguntas deben ser rápidas]. Este modo mental nos ayuda a categorizar y evaluar cosas de una forma tan rápida que, muchas veces, ni nos damos cuenta de lo que ha ocurrido. Lo malo del modo mental de solución de problemas es que es tan automático que, muchas veces, se aplica cuando no es conveniente o se aplica antes de tiempo.

Hay otro modo mental que es el que más nos interesa y que se puede llamar *estado mental de atardecer*. Cuando ves un problema, lo resuelves pero ¿qué haces cuando ves una puesta de sol, un cuadro hermoso?, ¿o cuando escuchas una bonita melodía? Este modo mental detecta y aprecia. Algo que todos podemos observar en nuestras vidas es la tendencia a quedar tan absorbidos por los problemas y por el modo mental de resolución de problemas que nos perdemos muchos atardeceres.

Vamos a practicar el modo mental de atardecer de distintas maneras a lo largo de las sesiones. Una cosa que deberíamos hacer es empezar una sesión de un par de minutos con los ojos cerrados, simplemente dejando que se cierren los párpados. Durante este tiempo, vamos a practicar el soltar las preocupaciones del día por unos minutos para darnos cuenta de cosas tan sencillas como el ir y venir de nuestra respiración. A veces, nos encontramos con situaciones a las que nos resulta muy difícil hacerles frente. Eso hace que queramos acelerar el paso para librarnos de ellas lo antes posible mediante la solución de problemas pero, a veces, acelerarse causa más problemas de los que soluciona. De modo que lo que vamos a hacer, en cambio, va a ser ralentizarnos para entrar en este modo mental de "atardecer" cuando surjan los problemas. Eso no quiere decir que no vayamos a utilizar

nunca la solución de problemas; lo haremos, pero no de manera impulsiva. Practicaremos la solución de problemas de manera *consciente*. También nos dejaremos ir en el modo atardecer cuando nos suceda algo agradable. De modo que puede que te escuche decir algo que es realmente importante para ti –que forma parte de tus valores– y puede que te pida que te pares un instante para apreciar ese valor.

Una cosa que he observado a lo largo de los años que llevo haciendo este trabajo es que cuando uno se detiene un poco, por lo general, se encuentra con que lo agradable y lo triste se entremezclan muchas veces. Es bastante difícil encontrar algo agradable en la vida que no lleve adherido algo de tristeza. El modo mental de solución de problemas quiere que nos desprendamos de la tristeza y, a veces, cuando lo hacemos así, también nos desprendemos de lo agradable. De modo que te invito a que lo explores conmigo mientras trabajamos juntos".

Realizar un breve ejercicio de uno o dos minutos de atención consciente al comienzo de las sesiones (p. e., observar la propia respiración entrando y saliendo, escanear mentalmente las sensaciones corporales, hacer unas cuantas inspiraciones profundas, centrarse en los cinco sentidos) favorece el desarrollo de la atención sobre el momento presente, tanto hacia dentro como hacia fuera. Además, tiene el beneficio añadido de subrayar la importancia de la atención consciente durante las sesiones de terapia y puede aumentar mucho la eficacia del tratamiento porque favorece la transición de la charla trivial al trabajo terapéutico serio.

Entrenamiento de la atención en caso de déficits

Si el objetivo es solucionar déficits de atención se puede recurrir a modificar diferentes intervenciones ya que la atención es un aspecto de todas las formas de darse cuenta. Por ejemplo, los procedimientos estándar de terapia de conducta tales como la relajación muscular progresiva, en la que el sujeto tensiona y relaja diferentes grupos

musculares, puede proporcionar una buena práctica del darse cuenta de manera continua. La clave está en enseñar al cliente a centrarse, a respirar y a ser flexible. Así, durante el proceso, se le puede pedir al cliente, de vez en cuando, que cambie su foco de atención para percibir cualquier pensamiento que esté presente y, luego, que vuelva a llevar la atención, suavemente, a la parte del cuerpo que esté tensando y relajando. Los ejercicios de atención consciente, tales como el examen corporal (Kabat-Zinn, 1990) también pueden ser una excelente manera de enseñar este tipo de regulación de la atención. A veces, se enseñan estas estrategias con la finalidad expresa de ayudar al cliente a que se libere de su necesidad de controlar el estrés, la ansiedad y demás sentimientos negativos. Aunque los ejercicios sobre el presente pueden producir relajación, no es este su principal objetivo. Más bien, de lo que se trata es de cultivar la consciencia del momento presente, reforzar el foco de atención y crear flexibilidad en relación a cómo y a dónde se dirige la atención. Estas habilidades no se adquieren de repente; es necesario practicarlas mucho tiempo. Los terapeutas deberían recordar que el objetivo es ir "dando forma" de manera que deberían empezar por pequeñas cosas, reforzando las progresivas aproximaciones a conductas más complejas. El terapeuta necesita darse cuenta del punto en el que se encuentra el cliente en cada momento para adaptar la duración de cualquier ejercicio en función de sus respuestas.

Si los clientes no parecen tener una capacidad de atención adecuada, el terapeuta debería detectarlo y separar las experiencias sensoriales específicas (sonido, visión, tacto, gusto, olfato) para centrarse primero en una y luego en otra. Es posible elegir un conjunto de sensaciones y, luego, cambiar el foco de atención, estrecharlo y ampliarlo (p. e., centrándose solo en la línea de graves de una pieza musical para dirigir, luego, la atención hacia los metales y, luego, a ambas cosas al mismo tiempo). Se puede invitar a los clientes a que se detengan de vez en cuando, "simplemente a escuchar" o "simplemente a mirar". No resulta difícil desarrollar ejercicios de corta duración, de 30 segundos o un minuto, durante las sesiones de terapia. Por ejemplo,

se le puede pedir al cliente que cierre los ojos y, simplemente, perciba cómo se siente su cuerpo en este momento, si hay tensión en algún punto, si la respiración es normal y, luego, pedirle que abra los ojos suavemente para volver al trabajo que hay por delante. Pedirle al cliente que realice esos mismos ejercicios fuera de las sesiones de terapia favorece el desarrollo de una destreza que se puede utilizar en una amplia variedad de situaciones típicas de la vida cotidiana.

El entrenamiento de la atención se puede incluir prácticamente en cualquier protocolo ACT. El elemento clave del entrenamiento es dirigir la atención del cliente para que sea consciente de lo que está presente en el momento y, luego, suavemente, variar su punto de enfoque para practicar el estrechamiento y la ampliación de su centro de atención hasta que sea capaz de utilizar sus destrezas de atención como instrumento. Los pacientes externos que están practicando ejercicios de atención consciente se pueden beneficiar, desde el principio, de cosas tales como el caminar consciente mediante el que se practica la percepción de colores, formas, gente y objetos.

Incluso los niños pequeños pueden responder preguntas acerca de lo que están percibiendo dentro y fuera. Pararse, darse cuenta y responder se pueden proponer como un juego. Es de destacar el importante efecto que puede tener hasta el más sencillo entrenamiento de la atención incluso en la población de personas con necesidades especiales. No es adecuado pensar que esas personas no se pueden beneficiar de la psicoterapia –sobre todo de métodos como la ACT que, en principio, pueden parecer muy abstractos–. De hecho, es justo lo contrario –porque la atención consciente y el centrarse en el aquí y ahora *no es* ninguna actividad analítica abstracta–. Por ejemplo, el enseñar a personas con trastornos del desarrollo, a adolescentes con trastornos de conducta o a pacientes mentales crónicos que centren su atención en las plantas de los pies, tiene una repercusión positiva sobre la agresión y otras conductas sociales (Singh, Lancioni, Singh Joy et al., 2007; Singh, Lancioni, Winton, Adkins, Singh et al., 20007; Singh, Lancioni, Winton, Adkins, Wahler

et al., 2007). La ACT también ha demostrado dar resultado con otras poblaciones de gente con necesidades especiales (Pankey, 2007). En un proyecto de jardinería llevado a cabo con adultos discapacitados, supervisado por uno de nosotros (KGW), a los participantes se les formulaban preguntas que requerían que se detuvieran y observaran: "¿Cómo sientes la tierra en tus manos en este mismo momento?". "Párate un momento y dime lo que está sonando en tus oídos". Con el tiempo, estas indicaciones parecían conducir mucho más rápidamente a una mayor flexibilidad de la atención.

Intervenciones frente a la rigidez atencional

Como apuntábamos anteriormente, un cliente puede tener capacidad de atención pero ser incapaz de ponerla en práctica. En estos casos, la fusión y la evitación pueden estar constriñendo el repertorio de acción del cliente. Ejercicios de defusión y de aceptación (véase capítulos 9 y 10 para mayor información) pueden ayudar a desarrollar esta habilidad de centrarse en el momento presente. Por otro lado, al pedirle al cliente que se centre realmente en la manera en que está experimentando el contenido puede tener, en sí mismo, efectos de defusión y aceptación. Por ejemplo, un cliente podría estar totalmente fusionado con el pensamiento: "¿Por qué estoy tan ansioso?". Le podríamos pedir a ese cliente que cerrara los ojos para entrar en contacto con este tema y, luego, empezando por los dedos de los pies, que notara cualquier sensación de tensión o ansiedad. Progresando poco a poco a lo largo del cuerpo, le podríamos pedir al cliente que notara dónde siente la ansiedad con mayor y con menor intensidad y, especialmente, que percibiera los detalles sensoriales en los bordes de esas zonas. Como no es muy probable que un enfoque hacia sí mismo de este tipo, con tanto detalle y momento a momento, pueda tener lugar junto con un pensamiento del estilo: "¿Por qué estoy tan ansioso?", se podría utilizar un ejercicio de este tipo para defusionar el pensamiento y traer al cliente, con mayor plenitud, al presente.

Detenerse

Por lo general, los clientes acuden a la terapia arrastrados por una actividad que resulta frenética y sin sentido. La velocidad del habla del terapeuta puede constituir un elemento importante a la hora de facilitar los procesos del momento presente del cliente. La velocidad es un componente importante de muchos repertorios de habilidades y de sus funciones automáticas. Cambiar la velocidad, sobre todo reducirla, puede romper viejas pautas y permitir que se puedan ver sus funciones. Por ejemplo, si parece que el cliente se apresura, uno puede ser capaz de averiguar la causa alterando la velocidad. Si se consigue ralentizar lo suficiente a los clientes, se podrá ver con mayor claridad lo que les preocupa con lo que será posible abordar sus inquietudes.

En sentido figurado, las conductas de evitación y fusión son como ir corriendo. Los clientes están huyendo de aquello que no pueden soportar –lo mismo que corren para mantener sus propias historias sobre el mundo, lo que es posible soportar y lo que habría que hacer para tenerlo todo controlado–. La velocidad es como el pegamento que mantiene unidos todos los elementos. Muchas veces, cortar el ritmo puede alterar las propiedades de todo el repertorio de tal manera que aquello que se está evitando o con lo que se está fusionado le resulta más asequible al cliente. Veamos el siguiente ejemplo:

Cliente: Parece como si el mundo entero se cerrara a mi alrededor. Tengo un millón de plazos en el trabajo y no hay forma de que los pueda cumplir. Cada vez que pienso que estoy saliendo adelante, se me amontona el trabajo y estoy otra vez como al principio. ¡No sé cuánto tiempo voy a poder soportarlo!

Terapeuta: ¿De modo que los problemas se dan, sobre todo, en el trabajo?

Cliente: No, en todas partes. Tengo un montón de facturas sin pagar en el escritorio, en casa. No sé que es lo que no me funciona. Tengo

suficiente dinero para pagarlas, pero no acabo de liquidarlas. Tengo una docena de mensajes en mi contestador, en casa –llamadas que aún no he devuelto–. Mis amigos deben de pensar que estoy chiflado. No puedo hacerme cargo del trabajo ni de los amigos. No puedo cuidarme a mí mismo. Me apunté a un gimnasio y no voy nunca. Me compré una bicicleta y allá está, en el garaje. ¡No sé qué es lo que me pasa! Siempre he sido así y creo que nunca voy a cambiar.

Terapeuta: ¡Vaya! Eso es demasiado. Hace que me sienta cansado solo de pensarlo.

Cliente: Sí, ya lo sé. Lo siento.

Terapeuta: No, no. Está bien. Parece que estamos tachando la lista tan deprisa que me temo que podamos estar dejando de lado cosas importantes –cosas que son importantes para ti–. Me parece que no te puedo seguir el ritmo. ¿Qué te parece si vamos un poco más despacio? Quiero asegurarme de que te entiendo realmente.

Esta última respuesta del terapeuta fue formulada, con toda intención, de una forma relativamente lenta. El terapeuta empieza a cambiar la velocidad de lo que parece una pauta bien establecida, persistente y generalizada del cliente. Hay un ritmo en ella y cambiar ese ritmo puede permitir que ocurran otras cosas.

El terapeuta establece el nuevo ritmo hablando y deteniéndose lo suficiente como para que cada uno pueda escuchar lo que dice el otro. Las pausas funcionan como el espacio negativo en las obras de arte: sirven para dirigir la atención hacia lo que están diciendo tanto el terapeuta como el cliente.

Terapeuta: ¿Estaría bien que volviéramos sobre lo que acabas de decir, más despacio? Me pareció oír cosas importantes que mencionaste demasiado rápido para que yo pudiera captarlas.

Cliente: Supongo que sí.

Terapeuta: Empecemos por lo primero que dijiste, sobre el trabajo (*pausa*). Dime algo concreto sobre el trabajo, una fecha límite concreta.

Cliente: No sé, hay cientos de ellas.

Terapeuta: Seguro; pero elige una en concreto (*pausa*). Por ejemplo, algo de ayer mismo.

Cliente: Hay muchas cosas.

Terapeuta: Bien. Empecemos por eso. Cuando dices "muchas cosas" me parece detectar un sentimiento de desesperación. ¿Podemos centrarnos en eso un momento?

Cliente: Supongo que sí.

Terapeuta: (*hablando despacio y haciendo pausas de algunos segundos*) Bien, entonces prueba a cerrar los ojos suavemente mientras te dejas estar en tu silla… Y, tal vez, puedas dirigir la atención a tu propia respiración… Mira si puedes empezar a permitirte respirar más profundamente. Sin forzar nada… simplemente, permitiendo que tu abdomen se expanda… y tu pecho, suavemente, se eleve… y, tal vez, a medida que se eleva tu pecho, puedes dejar que tus hombros se descuelguen suavemente y se aflojen… y, ahora, tómate unos instantes para ver si te puedes permitir descansar tranquilamente en tu respiración. Trabajas muy duro y me pregunto si podrías permitirte el regalo de unos momentos de tranquilidad (*15 a 20 segundos de pausa*). Observando, tranquilamente, tu respiración entrando y saliendo cada vez y, cuando veas que tu atención se desvía, permítete regresar tranquilamente a tu propia respiración. Fresco en la zona de las fosas nasales cuando inspiras, cálido cuando exhalas.

Ahora, voy a repetir las palabras que acabas de decirme, muy, muy despacio. Y quiero que escuches con toda tu atención cada una de las palabras: "Muchas… cosas…" (*pausa de 5 a 10 segundos*). Respira. Y mira si puedes notar lo que sucede en tu cuerpo, cualquier cambio sutil, mientras repito las palabras: "Muchas cosas" (*dicho sin pausas pero intencionadamente lento, dejando que el peso de las palabras se exprese mediante la voz y haciendo, luego, una pausa de 5 a 10 segundos*). Sin abrir los ojos, con pocas palabras y hablando tranquilamente, dime en qué

lugar de tu cuerpo notas algún impacto cuando yo digo: "Muchas cosas".

Cliente: En el pecho.

Terapeuta: ¿Tensión?

Cliente: Sí.

Terapeuta: ¿Podrías tomarte un instante para ver si puedes detectar dónde se siente con más fuerza esa sensación y, tranquilamente, colocar ahí tu mano?

Cliente: (*Coloca la mano sobre el plexo solar*).

Terapeuta: Deja que tu mano descanse, tranquilamente, en ese lugar. Me gustaría que vieras si puedes sentir tu respiración subiendo y bajando en el punto donde tienes la mano. Mira si puedes apreciar las sensaciones que se producen en el lugar en el que tu mano detecta los movimientos de tu respiración… Mira si puedes sentir los latidos de tu corazón… Si ves que tu consciencia se dispersa, percibe el sonido de mi voz, observa que estoy aquí, sentado contigo… y vuelve otra vez a las sensaciones… Simplemente, permanece con esas sensaciones por un instante, percibiendo cada una de ellas, descansando ahí un momento y, luego, percibiendo otras que puedan surgir. Mira si puedes detectar esas tensiones, resistencias, esos otros "noes" que guardas en tu cuerpo y mira si puedes permitir que se aflojen por un instante. Mira si puedes percibir cómo se siente el aflojar suavemente esas resistencias, solo por un momento. Mira si puedes imaginarte respirando suavidad en medio de esas resistencias (*20 a 30 segundos de pausa*).

Ahora, déjame que te haga una pregunta. Hay un "tú" activo que es un ser humano completo. Y ese mismo "tú" está aquí, justo ahora, en este momento y está percibiendo todo esto. Quiero que imagines que le puedes ofrecer esta suavidad, esta tranquilidad, a tu yo activo… como un regalo. ¿Qué significaría ese regalo para ti? ¿De qué manera podría cambiar el trabajo para ti?... Dentro de un momento, te voy a

pedir que abras los ojos y quiero que compruebes si puedes traer un poco de esa tranquilidad y ritmo a nuestra conversación sobre el trabajo… Y, ahora, te invito a que abras los ojos para que sigamos hablando de tu trabajo.

La secuencia anterior incluye múltiples elementos del modelo de flexibilidad psicológica y muestra cómo un enfoque sobre el momento presente se expande para incluir de forma natural otros procesos esenciales. Los procesos activados durante esta intervención son: defusión, aceptación, self y enfoque sobre el momento presente; el cuarteto de la atención consciente desde la perspectiva del modelo de flexibilidad psicológica. Puede ser conveniente que examinemos cada uno de esos procesos con más detalle.

Debilitar la fusión

La pauta de habla del cliente indica elevados niveles de fusión. Al comienzo de la transcripción, el terapeuta sondea en busca de temas concretos que puedan estar desbordando al paciente y recibe repetidas respuestas categóricas aunque inespecíficas: "todo", "en todas partes", "mucho", "siempre" y "constantemente". Las expresiones de angustia del cliente tienen también un tono característico de repetición y automatismo. Si el terapeuta sondeara si el cliente había tenido antes ese tipo de pensamientos, la respuesta habría sido "sí". Una fusión tan trabajada arrastra al cliente fuera del momento presente. El terapeuta puede abordar esta situación de dos maneras diferentes. Una, sería continuar forzando la búsqueda de concreción (p. e., "dame un ejemplo de algo que te haya estado preocupando"). El segundo enfoque –el que adopta el terapeuta– consiste en aprovechar una generalización, "muchas cosas", para avanzar hacia una serie de sensaciones altamente específicas que se perciben en el momento a momento. Primero, se dirige la atención del cliente hacia la respiración, luego, hacia el pensamiento "muchas cosas", después, se experimentan reacciones físicas relacionadas con "muchas cosas", de nuevo hacia la voz del terapeuta, y se continúa de esa manera. Repetir y variar las palabras pronunciadas por el

cliente, permanecer con algunas de las palabras, asumir respuestas imaginadas, etc. Todo eso puede reducir la fusión y aumentar la atención flexible sobre el momento presente.

Promover la aceptación

La evitación vivencial suele estar ligada a la fusión y las dos conducen a la rigidez de la atención. La anterior intervención de percepción consciente contiene numerosos elementos de aceptación. El terapeuta entrena al cliente a aflojar, a soltar la resistencia, a ofrecer –metafóricamente– el regalo de la tranquilidad. Todas estas sugerencias están destinadas a estimular la aceptación de lo que está presente en el contexto del cliente en este preciso instante.

Contactar con el yo

Los elementos relacionados con el "yo" no se aprecian con tanta claridad en el ejercicio anterior; sin embargo, el terapeuta da la instrucción de percibir "el yo que está percibiendo". Las indicaciones para percibir "el yo que percibe" tienen un impacto mayor cuando se producen a continuación de una afluencia de cosas perceptibles: percibir elementos como yo/tú, como cuando el terapeuta le indica al cliente que perciba su voz, percibir al terapeuta "aquí, junto a ti". Todas estas sugerencias facilitan el surgimiento de un activo *yo que percibe.*

Entrar en contacto con los valores

El elemento "valores" se añade al final del ejercicio en forma de preguntas que le piden al cliente que considere una relación más amable y apacible con su trabajo. El terapeuta activa, al menos, dos ingredientes de valor. El primero, es que hay un valor directo, del trabajo en sí, y el segundo, que hay un valor relativo a la consideración con uno mismo integrado en las instrucciones para relajarse y darse un regalo metafórico.

El trabajo con los procesos del momento presente se basa en la idea relativamente sencilla de que el aprendizaje se realiza mejor cuando

se da en el presente y se experimenta de manera directa. Si el terapeuta percibe que la fusión y la evitación están en niveles muy altos, incluso aunque esté realizando un trabajo con valores, la postura más coherente que puede adoptar será la de regresar a los procesos del estilo de respuesta centrada. El ejemplo anterior, relativo a una intervención en el momento presente, se puede utilizar con cualquier problema que pueda presentar un cliente. Mediante la intervención, con unas pocas modificaciones, se pueden activar distintos elementos del modelo de flexibilidad psicológica –o hacer énfasis en distintos elementos–. Por ejemplo, se pueden formular más preguntas enfocadas hacia la toma de valores. El elemento constante es el centrarse en los procesos del momento presente. A veces, detenerse en un elemento o en un contenido fusionado –como en el ejemplo– facilita la continuación del diálogo.

Si sucede que el cliente "desaparece" en un estado fusionado o de evitación vivencial, el terapeuta debería iniciar un breve trabajo sobre los procesos del momento presente, como queda reflejado en el ejemplo anterior. Se puede empezar con un contenido neutro, como pedirle al cliente, simplemente, que se pare y se centre en la respiración y seguir luego pidiéndole que se dé cuenta de los pensamientos, sentimientos, recuerdos y sensaciones físicas que le vayan surgiendo. En efecto, el terapeuta para al cliente y le ayuda a redirigir la atención a lo que está ocurriendo en el campo de su conciencia en cada momento.

Establecer continuidad entre sesiones

Los ejercicios centrados en los procesos del momento presente, cortos o largos, constituyen un excelente trabajo para casa y pueden ayudar al cliente a practicar en los contextos naturales de la vida normal. Si un cliente ya está realizando algún tipo de oración, meditación, yoga u otra práctica de atención consciente, eso puede constituir una oportunidad para añadir destrezas de observación y centramiento. A veces, el cliente puede estar de acuerdo en realizar un determinado ejercicio en casa, como percibir su respiración durante 5 minutos, dos

veces al día. El mensaje que hay que transmitirle es que los procesos del presente constituyen destrezas que es preciso asentar mediante la práctica. Sin práctica, es muy difícil enfocar la atención, con flexibilidad, en las situaciones complicadas que surjan en la vida. Se debería animar al cliente a que considerara esta forma de proceder como una modificación del estilo de vida más que como una panacea que se aplique solo en las situaciones vitales negativas.

Para facilitar las prácticas en casa, muchos protocolos de ACT incluyen ahora, sistemáticamente, ejercicios sencillos de "estar presente" en formato de audio que se puede utilizar con iPods o aplicaciones similares. Se anima a los clientes a que utilicen por su cuenta este tipo de ejercicios. Por ejemplo, se les puede sugerir que programen una alarma unas cuantas veces al día para detenerse, desprenderse de distracciones y percibir la sensación de 10 inspiraciones –inhalación y exhalación–. También se les puede pedir a los clientes que se paren a percibir sus experiencias sensoriales mientras están ocupados en tareas habituales sencillas como, por ejemplo, lavar o planchar. Para que haya menos probabilidades de utilizar estos ejercicios como una forma de controlar o eliminar sentimientos negativos, se debe animar a los clientes a que realicen sus tareas tanto si están angustiados *como si están relajados*. Aunque actividades de larga duración centradas en el presente –como el yoga formal o ejercicios de meditación– es muy probable que resulten beneficiosos, los ejercicios breves dirigidos a centrarse en el presente y a percibir conscientemente pueden ser muy eficaces. En realidad, hay evidencias de meta-análisis sobre métodos de atención consciente –mindfulness– que muestran su utilidad incluso a pequeñas dosis y aun cuando los participantes no los practiquen con regularidad (Hoffman et al., 2010).

Interacciones con otros procesos esenciales

El trabajo sobre los procesos del momento presente se puede llevar a cabo en forma de intervenciones autónomas pero, como hemos apuntado anteriormente, al favorecer estos procesos, por lo general, se activan otros muchos. Las siguientes secciones examinan brevemente las interacciones entre los procesos del momento presente y otros procesos.

Momento presente y Self

Los pensamientos fusionados sobre el yo son un problema frecuente. Tal y como hemos comentado ya, la fusión, por lo general, impide el contacto de la persona con el presente. Muchos ejercicios sobre el presente le piden al cliente que le siga la pista a sus emociones, pensamientos y estados corporales, momento a momento, para conectar luego con un sentido del yo que trascienda los distintos contenidos de la consciencia. En el caso de la fusión, que se produce más frecuentemente, los procesos del momento presente son un buen antídoto frente a la fusión con las historias sobre sí mismo a las que se aferra el cliente.

Procesos del momento presente y defusión

Algunos ejercicios de defusión no tienen las cualidades de atención consciente de los ejercicios e intervenciones descritos en este capítulo pero se les pueden añadir ejercicios breves sobre el momento presente y, así, en los capítulos que siguen, será conveniente recordar la posible importancia de tales aplicaciones. Pensemos, por ejemplo, en un ejercicio consistente en repetir una palabra en el que se le pide al cliente que repita, una y otra vez, una parte del contenido fusionado muy rápido hasta que dicha palabra empiece a perder su capacidad de afectar a su comportamiento (p. e., "soy horrible"). Estos métodos han demostrado su eficacia clínica en determinados contextos (p. e., Masuda et al., 2004) y se describen más adelante; pero alternar la repetición rápida con breves períodos de silencio y de percepción de la propia respiración puede proporcionar un excelente sentido de

contraste y de toma de consciencia. En algunos contextos, la transición parece llevar a una postura más defusionada respecto a un conjunto determinado de pensamientos.

De manera semejante, muchos ejercicios de ACT entrenan a los clientes a que tomen contacto con algún contenido psicológico para que, sencillamente, lo describan sin añadirle ni quitarle nada. Cuando se les pide a los clientes, simplemente, que llamen emoción a las emociones, pensamiento a los pensamientos y demás, lo que están haciendo, básicamente, es observar el flujo de su cognición, emociones y experiencia sensorial. El terapeuta puede variar la velocidad y el foco de atención sobre el presente para destacar el impacto de la denominación convencional.

Momento presente y aceptación

En cierto sentido, hay siempre algo de aceptación y defusión incorporados en todo ejercicio de *"darse cuenta, simplemente"*. Una buena porción de trabajo sobre el presente, en el contexto de pensamientos y emociones difíciles, puede facilitar la aceptación al tiempo que ayuda al cliente a darse cuenta de *qué otras cosas* están presentes en el momento de experimentar alguna emoción intensa. Las vivencias privadas dolorosas tienden a atraer y fijar la atención –lo que, probablemente, puede tener un origen evolutivo–. El trabajo sobre el presente, alternando entre las vivencias negativas y otras sensaciones más benignas –tales como la cadencia de la propia respiración–, puede ayudar al cliente a practicar el cambio del foco de atención. La experiencia de desviar la atención en medio de una vivencia interna indeseable o angustiosa enseña también a los clientes que la atención forma parte de todo cuanto hacemos. De la misma manera, el entrenamiento por parte del terapeuta dirigido a proporcionar y adoptar una postura de mayor aceptación puede facilitar el enfocar la atención hacia los valores personales que son más importantes en ese momento. Cuando un cliente se siente abrumado por la perspectiva de la aceptación, un instante de atención consciente silenciosa dirigida hacia algo como el propio respirar,

puede proporcionar el suficiente espacio psicológico para iniciar el proceso.

Momento presente, valores y compromiso

El desarrollo del modelo de flexibilidad psicológica ha servido para aclarar la interrelación entre valores, compromiso y otras modalidades de activación conductual, por una parte, y los procesos de atención consciente por otra. Hay una interacción recíproca entre los procesos del momento presente y el trabajo con valores y compromiso. A veces, se pueden utilizar pequeños componentes del propio sistema de valores para facilitar el trabajo con el presente. Por ejemplo, a la hora de hacer un trabajo centrado en el momento presente con alguna emoción problemática, alguna pregunta relativa a los propios valores puede favorecer la disposición a estar presente y conectado con aquello que, de verdad, importa al cliente:

Cliente: Me resulta muy difícil pensar en mi hija. Le he causado demasiadas decepciones.

Terapeuta: Si te sientas en silencio con todas esas cosas tan duras… solo un instante… ¿Podría ayudarte eso a enfocar la clase de padre que quieres ser?... ¿Estarías dispuesto? (*dicho lentamente, deliberadamente, con pausas*).

En esta respuesta, el terapeuta formula una cuestión de valores para motivar la disposición a estar presente. Además, el ritmo de la pregunta conduce a la percepción del momento con lo que se favorecen los procesos del momento presente.

Qué hacer y qué no hacer en terapia

Destacar el propósito de las estrategias de atención consciente

No hay en la ACT ninguna cosa que se oponga a un pacífico estado de la mente; sin embargo, existe el peligro de considerar las intervenciones centradas en el momento presente como una mera

herramienta para conseguir un alivio emocional. La cultura popular ha dado en considerar a la atención consciente –mindfulness– como la vía augusta hacia el sentirse "sano". Aunque es probable que la meditación sobre la propia respiración –así como el permitir, tranquilamente, que afloren pensamientos y emociones– produzca estados de sentimiento positivo, no es este su propósito en las tradiciones más contemplativas y tampoco lo es en la ACT. Los procesos del momento presente no son un elixir de bienestar. Los terapeutas deberían presentar sistemáticamente el trabajo con el presente como algo enfocado a incrementar y a ampliar la capacidad del cliente de aplicar la atención de manera flexible. De lo que se trata es de contrarrestar el enfoque rígido de la atención sobre determinados pensamientos, emociones, recuerdos o sensaciones. Los procesos del momento presente son fuente de salud no porque eliminen el contenido negativo o indeseable sino, más bien, porque generan un "espacio" en el que se pueden experimentar los contenidos sin que estos controlen la atención ni la conducta. Los procesos del momento presente, bien establecidos, le permiten al cliente actuar (o no actuar) en modo "decido hacer" más que en modo "tengo que hacerlo".

Ser sensible a las posibles ideas preconcebidas del cliente respecto a la "atención consciente"

Los terapeutas también tienen que ser conscientes del escaso ajuste que se da entre el lenguaje "mindfulness" y las vivencias y prejuicios de los clientes. Muchos clientes profesan tradiciones religiosas fundamentalistas que son escépticas o incluso hostiles hacia cualquier cosa que suene a espiritualidad oriental o a ideas "new age". Si es este el caso, es mejor referirse a la práctica "mindfulness" como "entrenamiento de la atención" o algo parecido. Sugerir, por ejemplo que una vida valiosa, a veces, requiere una atención centrada y flexible y que practicar estas habilidades puede prepararnos para responder cuando la vida nos lo requiera. Este enfoque es preferible a permitir que los clientes piensen que se los está animando a que se

hagan budistas o a que lleven una vida de monje. Algunos métodos e ideas de ACT son semejantes a las del budismo (Hayes, 2002; Shenk, Masuda, Bunting y Hayes, 2006) pero la ACT no es budismo, aunque muchos clientes puedan temer que esta terapia les podría imponer ideas religiosas que no quieren tener. El terapeuta, por lo tanto, debe respetar las características étnicas y culturales de cada cliente y adaptar su lenguaje para que cada intervención encaje con las preferencias de cada uno de ellos.

Modelo y habilidades aplicadas a la relación terapéutica

Al terapeuta le puede resultar útil modelar el enfoque en el momento a momento y no debe olvidarse de aplicar esas mismas habilidades a la propia relación terapéutica. De todos los procesos más importantes de flexibilidad psicológica, el enfoque sobre el presente es, probablemente, el más difícil de mantener durante las sesiones de terapia. Los terapeutas también pueden examinarse internamente como respuesta a los contenidos emocionales dolorosos, a la fatiga, a la tendencia a adoptar el modo de "solución de problemas" y a multitud de otros factores. Una buena regla básica es: "¡Si dudas, ante todo, céntrate!". Esto ayuda al terapeuta a ralentizarse y a tomar contacto con cualquier barrera que se presente, en lugar de enredarse en respuestas reflejas que podrían resultar contraproducentes. Sin embargo, aferrarse al trabajo sobre el momento presente para *evitar* ser más activo como terapeuta o para evitar el contenido emocional negativo, no es adecuado. Centrarse es el paso número uno, no un fin en sí mismo.

Detectar las señales de progreso

La capacidad del cliente de implicarse en los procesos del momento presente debería desarrollarse con el tiempo; de este modo, el terapeuta necesita aprender a leer las señales de progreso. Los ejercicios iniciales sobre el presente pueden necesitar más tiempo y estructuración de lo que el terapeuta había previsto. A medida que el

cliente progresa, algunas técnicas llevadas a cabo durante la sesión –como el pedirle repetidamente al cliente que se centre en la respiración o en el presente– pueden ser retiradas gradualmente. A medida que el cliente va progresando, se puede observar en él una mayor facilidad para detenerse, ralentizar la marcha, o cambiar de dirección cuando resulte conveniente o que el cliente persevera con algún ejercicio o contenido difícil cuando sea necesario. Estos cambios, por lo general, demuestran que la flexibilidad atencional está consolidada. La generalización de las habilidades se manifiesta cuando el cliente, espontáneamente, toma la iniciativa, deliberadamente, para parar, ralentizarse o cambiar la dirección de las sesiones. A medida que aumenta la flexibilidad atencional, el momento presente se hace más prevalente y constituye una base sólida para la consciencia y la acción.

1 . Emily K. Sandoz, PhD, es profesora adjunta en la Universidad de Lousiana, en Lafayette.

2 . Traducción española: *Vivir con plenitud las crisis: Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Kairós. Barcelona, 2004.

8 Dimensiones del Yo

La forma es solo vacío; el vacío es solo forma.

Zen Saying

En este capítulo aprenderás…

- De qué manera el modo mental de solución de problemas afecta a la experiencia de uno mismo.
- De qué manera los tres aspectos de la experiencia de uno mismo interactúan aumentando o disminuyendo la flexibilidad psicológica.
- Cómo atenuar la vinculación con el yo-concepto.
- Cómo favorecer el contacto con el self como "yo-observador".
- Cómo crear la distinción entre el cliente y la historia que el cliente hace de sí mismo.
- Cómo interpretar y tratar los problemas del yo.

Visión general

La capacidad de mantenerse centrado mediante la toma de perspectiva y la ubicación en el presente es la fuente principal de salud psíquica y flexibilidad. Necesitamos esta capacidad cuando las funciones reguladoras de los estados mentales están sobrecargadas. Necesitamos disponer de un "lugar sagrado" que nos proteja frente a las trampas de las autoevaluaciones tóxicas, el seguimiento de reglas sin sentido y las respuestas de adaptación, socialmente adecuadas pero realmente autodestructivas. Ese santuario es la simple

experiencia de ser consciente de que somos los únicos poseedores y observadores de nuestras vivencias internas.

La ACT considera el sufrimiento humano como el resultado de la sobre-extensión de relaciones verbales arbitrarias y de la relativa debilidad de un sentido del yo más amplio que pueden dar lugar al embrollo mental. Hay dos procesos centrales a los que se puede recurrir para corregir este desequilibrio. Uno consiste en reducir la tendencia a recurrir al modo mental de solución de problemas, que se centra, básicamente, en dar sentido, predecir y organizar argumentos. Este modo mental es, esencialmente, reactivo porque se desarrolló como respuesta a las demandas del entorno de una forma sobre aprendida (Strosahl y Robinson, 2008).

La ACT intenta promover un modo distinto de consciencia, situada en el momento presente y centrada en sí misma. Una consciencia que sirva de base a la capacidad de mantenerse sin juzgar y, simplemente, permitir que los productos de la mente estén presentes. La atención flexible que sirve de base a esa forma de estar "en el ahora" se vuelve mucho más posible cuando existe una diferencia entre los pensamientos y el pensador, entre los sentimientos y quien los siente, entre los recuerdos y quien recuerda, etc.

Estamos acostumbrados a analizar los impulsos mentales según su importancia inmediata. Se trata de una función que utilizamos con tanta frecuencia que, simplemente, la damos por hecha y sin ella los humanos estaríamos en un estado constante de "sobrecarga informativa". Por ejemplo, cuando pasamos por un cruce muy concurrido, es posible que seamos conscientes de los deliciosos olores que salen de un restaurante cercano pero eso no es, ciertamente, tan importante como percibir la velocidad de los coches que se acercan. Pero cuando se trata de elementos subjetivos de la mente –auto-evaluaciones, comparaciones, predicciones sobre lo que va a ocurrir, por citar unas cuantas posibilidades– podemos perder de vista la relación contextual entre aquello de lo que somos conscientes y quién es consciente de ello. Como resultado, perdemos la capacidad de

filtrar esos datos según su importancia y, con toda facilidad, caemos presa del contenido de esos datos. Básicamente, estamos en modo "piloto automático".

La ACT le pide muchas cosas al cliente. Le pide que baje las defensas verbales, que se enfrente a los monstruos psicológicos. No se puede esperar que alguien se vaya a enfrentar al dolor psíquico si el único resultado posible parece que vaya a ser la autodestrucción (aunque sea meramente metafórica). La solución requiere que el cliente aprenda a estar en el momento presente y a tomar contacto con un sentido más amplio del yo que no se vea amenazado por el contexto. Se puede considerar esta capacidad de centrarse (estar presente y tomar perspectiva) como un eje que se asocia con la capacidad de permanecer abierto (defusionarse de contenidos, aceptar lo que está presente) y de implicarse en la vida (elegir valores y asumir compromisos de acción).

Dicho de otro modo, considéralo de esta forma: La vida es como ir conduciendo un coche. A veces, llueve y el barro salpica el parabrisas de modo que, para ver lo que hay delante, es necesario activar el limpiaparabrisas. La evitación experiencial y la fusión cognitiva es como tener el limpiaparabrisas bloqueado por el hielo –rígido e inflexible–. La aceptación y la defusión liberan nuestra capacidad de actuación para que podamos participar plenamente del presente y gravitar hacia nuestros propios valores y compromisos de acción. La puesta en marcha del limpiaparabrisas puede limpiar el cristal pero, a continuación, si la tormenta es muy fuerte, puede que este se empañe otra vez de manera que sea necesario activar, de nuevo, el limpiaparabrisas. El punto central de este proceso es un sentido trascendente del yo. Los procesos de defusión y aceptación permiten que la energía vital fluya al momento presente, donde se puede transformar en acción vital; pero solo la propia consciencia hace de todo esto la acción de un ser humano consciente.

Los terapeutas ACT asumen la perspectiva de que vitalidad, propósito y sentido tienen lugar cuando la persona, de manera

voluntaria y repetida, se implica en una especie de suicidio conductual en el que los límites del yo-concepto se diluyen de manera que tiene lugar un acercamiento más abierto a vivencias que no son más que ecos de la propia historia. El dicho con que la ACT se refiere a esta experiencia es: "mátate cada día". Cuando destacamos el contacto con la experiencia directa a través del yo-observador, favorecemos un flujo de atención más flexible que, a cambio, permite que surja un proceso constante de consciencia de uno mismo y del entorno. Les devolvemos a los clientes aquello que ya se les había otorgado pero que perdieron como resultado de la dominancia del lenguaje y el pensamiento: la consciencia de sí mismos como lugar para observar su guerra personal sin estar *en* su guerra personal.

La defensa del yo-concepto

Los clientes, muchas veces, acuden a terapia sólidamente fusionados con una visión del yo construido verbalmente que se basa en un modo mental de resolución de problemas y, además, están dispuestos a defender esa visión. En algunos casos, los clientes tienen tan poco contacto con otras formas del yo que no saben lo que están sintiendo o experimentando y no pueden distanciarse de los contenidos de su mente. En ACT, la identificación con el yo-concepto se considera algo muy problemático porque estrecha nuestro repertorio de acción sin necesidad. La fusión con el yo-concepto puede llevar a una distorsión o reinterpretación de los acontecimientos que resulten inconsistentes con el concepto del yo. Clínicamente, terapeutas de diferentes tendencias se enfrentan a este proceso cuando trabajan con autoconceptos negativos pero también puede resultar problemático con autoconceptos positivos. Si una persona se considera amable, tiene menos espacio para tratar directa y abiertamente con comportamientos que se pueden considerar "crueles". De este modo, el yo-concepto puede favorecer el autoengaño que, a su vez, lo hace más resistente al cambio.

Irónicamente, la mayoría de la gente acude a terapia buscando *defender* su yo-concepto particular, aunque este sea

detestable, nocivo o constituya, precisamente, el motivo principal para buscar tratamiento. Las ideas familiares, repetidas, sobre uno mismo –tanto positivas como negativas– se consideran absolutamente ciertas. En principio, la mayoría de los clientes están tan atrapados en esta prisión conceptual que ni siquiera saben que están atrapados –y no creen estarlo–. El mundo conceptual en el que viven se da por hecho y, en ese mundo, ciertos pensamientos son racionales y otros, irracionales; ciertas emociones son buenas y otras, malas; ciertas creencias muestran elevada autoestima mientras que otras indican baja autoestima, etc. Este tipo de categorizaciones le resulta muy familiar a nuestros clientes; es lo que han venido haciendo a lo largo de toda su vida (¡terapeutas incluidos!). En vez de ayudarles a que ganen esta guerra de conceptos –como intentan hacer la mayoría de terapeutas– los terapeutas ACT trabajan para ayudar a los clientes a que distingan entre ellos mismos y los contenidos conceptuales, independientemente de lo bueno o malo que pueda resultar tal contenido. Este enfoque apoya una saludable variabilidad y flexibilidad conductual –la historia del yo es, inherentemente, más rígida de lo que necesitaría ser nuestro repertorio–. Desde un punto de vista evolutivo, los repertorios se desarrollan favoreciendo la variación y, luego, manteniendo selectivamente aquellos que conduzcan hacia patrones que resulten útiles. La ACT ayuda a que esto ocurra permitiendo que los patrones de conducta se desarrollen en una dirección positiva basada en la vida misma.

Favorecer la autoconsciencia continua: El yo-como-proceso

Aunque la ACT asume que vincular la propia identidad a cualquier tipo de contenido conceptual es, intrínsecamente, una limitación, reconoce también que un vivir saludable requiere un autoconocimiento verbal continuo y flexible del momento presente. Las intervenciones ACT pretenden desarrollar una autoconsciencia flexible e inmediata. Las evaluaciones del contenido interno no tienen demasiada importancia; sí la tiene, en cambio, el alcance del modo mental de solución de problemas con sus interminables intentos de

categorizar, evaluar y predecir. Lo importante no es si un determinado pensamiento, sensación o recuerdo es bueno o malo. En vez de hacer ese tipo de valoración, el terapeuta anima a los clientes *a que vean lo que ven tal y como lo ven*, sin necesidad de juzgar ni justificar cualquier tipo de contenido. Este enfoque ayuda a identificar y a disminuir las contingencias sociales que llevan al autoengaño con el fin de preservar la versión conceptualizada del yo ("yo nunca me enfado con la gente; por lo tanto, esta emoción no puede ser ira"). Lo irónico es que cuando el contenido evaluado de la autoconsciencia ya no es tan importante, es más probable que se pueda favorecer una autoconsciencia más fluida y útil ("en este momento, me estoy sintiendo enfadado por los comentarios que hicieron sobre mí"). Los terapeutas ACT sirven de modelo respecto a esta consideración del yo que se ha denominado "yo-como-proceso". Cuando resulta conveniente, están dispuestos a describir lo que está pasando en la terapia, en los clientes o en sí mismos, de una manera directa y sin que suponga una crítica. Así, son capaces de promover y apoyar este sentido del yo formulando preguntas al cliente en momentos clave y manteniendo una postura de apertura frente a aquello que observen. Muchos ejercicios ACT preparan a los clientes para que tomen contacto con el contenido psíquico y que, simplemente, lo describan sin añadirle ni quitarle nada.

Favorecer un sentido de toma de perspectiva: el yo-como-contexto

En el capítulo 3 revisábamos algunas de las evidencias de RFT relativas a que el sentido de perspectiva no surge, sin más, del "yo" sino de otras perspectivas, como el "tú" y que las relaciones deícticas de aquí-allí y ahora-entonces son esenciales para esta toma de perspectiva. A un nivel muy elemental, ver desde "yo-aquí-ahora" es un *acto* de toma de perspectiva porque no hay ninguna posición mental estática desde la que esté garantizada la perspectiva. Lo que se da es un proceso fluido y continuo. "Yoyear" podría ser una descripción más adecuada, aunque más complicada, de este proceso. Una persona con un historial rico en lo que se refiere a haber sido

preguntado sobre personas, momentos y lugares podrá abstraer con mayor facilidad aquello que es una constante en las respuestas: la propia toma de perspectiva. Una persona con un historial empobrecido, experimentará mayores dificultades para entrar en contacto con ese sentido del self. Así, la ACT como otras tradiciones vivenciales, anima a la utilización de "frases yo" y favorece este tipo de frases en una amplia variedad de contextos. Es importante no hablar solamente de problemas sino también de aspiraciones; no solo porque quien está en la sala es una persona integral sino también porque proceder de esa manera permite una mayor flexibilidad en la toma de perspectiva.

Las historias de aprendizaje distorsionadas pueden dar lugar a incontables problemas en la toma de perspectiva. Por ejemplo, un cliente que, de niño, se haya visto forzado constantemente a describir sus deseos y necesidades en función de lo que los demás querían oír, habrá aprendido pronto que "yo" es menos "desde aquí" que "desde ahí". Algunos estados clínicos manifiestan este fenómeno. El cliente cuyo sentido personal o de integridad se disuelve cuando su terapeuta se va de vacaciones –o cuando su pareja no está presente– está evidenciando una pérdida del sentido del yo que ha quedado vinculado a la perspectiva de los demás de una manera demasiado estrecha. El niño criado en una familia violenta y disfuncional aprenderá a escindir distintos aspectos de la autoconsciencia para poder sobrevivir a la agitación mental para la que no tiene capacidad de procesar e integrar simbólicamente. Este sentimiento fragmentado de autoconsciencia puede conducir, más adelante, a estados disociativos cuando se dé una activación emocional negativa.

La idea de fondo que ofrece el RFT es que el "yo" surge en el momento en el que aparece un "tú" y la clave es la flexibilidad en la toma de perspectiva. Por esta razón, muchos ejercicios ACT requieren que el cliente adopte diferentes perspectivas. Por ejemplo, se les puede pedir a los clientes que vayan a un futuro "más sabio" y que, desde allí, se vean a sí mismos ahora, tal vez escribiéndole una carta

a su "yo" actual con recomendaciones para hacer frente a su presente situación de una manera más saludable o se le puede pedir al cliente que se sitúe a sí mismo en una silla vacía para que hable consigo mismo desde una perspectiva a la otra. Tras escuchar un nuevo elemento de material clínico, se le podría preguntar al cliente qué es lo que supone que uno, como terapeuta, puede estar pensando.

No resulta muy difícil ayudar a los clientes a que reconozcan la conexión esencial entre la persona que son en la actualidad y la persona que eran el verano pasado, la persona que eran en su juventud y la persona que tuvo una vez 4 años. La gente, por lo general, es capaz de recordar ser ella misma, "detrás de sus propios ojos", en tiempos pasados y de establecer contacto con "aquella persona" incluso ahora. Contactar con este sentido de toma de perspectiva del yo resulta crucial para el trabajo de aceptación porque proporciona un santuario en el que no hay ninguna amenaza existencial para entrar en contacto con el dolor y las penalidades de la vida. Tal perspectiva permite al sujeto conocer de una manera realmente vivencial que, independientemente de lo que pueda surgir, el "yo" no está amenazado. Y esto no ocurre porque el "yo" sea algo permanente sino, más bien, porque el "yo" no es una cosa; es la perspectiva desde la que se observa la actividad verbal. Tomando una metáfora de Baba Ram Dass, tras la nube del lenguaje hay un pequeño trozo de cielo azul. No hay motivo para que los humanos quieran disipar las nubes a cada instante para estar seguros de que hay un cielo azul. El cielo envuelve y contiene a las propias nubes. De este modo, tomar contacto con este aspecto del self es tomar contacto con un sentido de unidad, trascendencia, interconexión y presencia personal.

La relación terapéutica en ACT suele ser intensa y hay un sentimiento de valores compartidos y de vulnerabilidad entre el terapeuta y el cliente (véase capítulo 5). Las revelaciones personales son frecuentes; el terapeuta modela una forma de apertura a la hora de abordar las dificultades que se corresponde con la toma de perspectiva en

presencia del excesivamente dominante modo mental de solución de problemas (p. e., "cuando me siento herido, como tú, me resulta difícil echarme atrás para permitir que el dolor permanezca ahí y, en vez de eso, lo veo como si fuera una parte de mí"). Esto tiene sentido, por muchas razones, en el modelo ACT pero, en este contexto, merece la pena observar que uno de los medios para aprender a tomar la perspectiva del "yo-aquí-ahora" consiste en aprender la perspectiva de los demás, incluyendo al terapeuta.

Aplicaciones clínicas

Hay tres objetivos clínicos inmediatos a alcanzar cuando se trabaja con estos procesos esenciales. Uno consiste en disminuir la vinculación del cliente con el yo-concepto. El segundo consiste en ayudar al cliente a que desarrolle o mejore la capacidad de percibir el flujo continuo de experiencia. El tercero es ayudar al cliente a incrementar la disponibilidad y flexibilidad de la toma de perspectiva.

Las señales que sugieren la necesidad de trabajar con el yo son el sentimiento de pérdida vital o el de superioridad moral o una sensación de automatismo en la existencia cotidiana, todo lo cual refleja una fuerte vinculación al yo conceptual. A lo largo de una sesión puede surgir resistencia o malestar cuando se entra en contacto con determinados temas fuera de la narrativa personal habitual. El contenido de las experiencias del cliente se puede llegar a sentir casi como una amenaza vital, como si no hubiera otra cosa que sus propias historias personales. Puede haber una pérdida de sensibilidad frente a la perspectiva de los demás, incluido el terapeuta u otras personas del entorno. Una preocupación excesiva por el punto de vista de los demás o un sentimiento de anomia cuando el cliente está a solas pueden indicar problemas con el self que está "yoyeando". La falta de un sentido de espiritualidad o de conexión con los demás, de malestar frente a la ambigüedad, rigidez personal, sentimiento de

vacío por dentro y/o problemas de disociación, pueden ser todos ellos indicadores de la necesidad de desarrollar la capacidad de entrar en contacto con un sentido más amplio del yo.

Disminuir la vinculación con el yo-concepto

Como en cualquier otro proceso de ACT, algunos clientes están dispuestos a abordar el espinoso asunto del "yo" mientras que otros no lo están. Puede que algunos clientes necesiten tratar estos temas durante algún tiempo o puede que lo entiendan rápidamente y hagan rápidos progresos al respecto. El enfoque de la ACT respecto al yo y al sufrimiento explica también por qué este enfoque puede dar resultado con una amplia variedad de problemas clínicos. En cierto sentido, la lucha entre contenido y contexto es intemporal y está inexorablemente unida a la "condición humana" –es una lucha milenaria–. Terapeuta y cliente están juntos en este fregado y, por eso mismo, entre ambos se desarrolla un vínculo terapéutico profundo.

Los primeros trabajos dirigidos a disminuir la vinculación con el propio yo-concepto pueden ser bastante sencillos. Por lo general, los clientes creen que la terapia los ayudará a eliminar las creencias negativas y limitantes sobre sí mismos y que les infundirá inmediatamente una confianza en sí mismos completa y total. Esperan que el terapeuta lleve a cabo las reparaciones necesarias, como el fontanero que arregla las tuberías que gotean o están oxidadas. El terapeuta ACT presenta la idea de que la bondad o malignidad de las creencias puede que no sea un problema en sí misma, sino que puede que el problema consista en asumir ciegamente esas creencias.

Para comenzar el proceso de desvinculación, el terapeuta puede darle al cliente varios ejemplos que pongan de manifiesto cómo el hecho de asumir creencias, incluso positivas, puede cegar a la persona. Por ejemplo, una persona que haya asumido la idea de que el mundo es un lugar lleno de bondad tiene más probabilidades de ser víctima de alguien sin escrúpulos. Alguien que está convencido de la idea de que

es un buen padre o una buena madre, tal vez no se dé cuenta de que, en realidad, puede estar perjudicando a sus hijos. El terapeuta puede pedirle al cliente que examine algunas experiencias personales importantes para tratar de localizar algunas situaciones en las que el asumir alguna idea, tanto positiva como negativa, le ha resultado perjudicial.

El ejercicio *Completo, entero, perfecto* es una excelente actividad vivencial para hacer frente a las creencias ciegas. El cliente, por lo general, no se da cuenta del poder de las propiedades dialécticas del lenguaje ni del modo en que esta característica puede afectar al propio concepto de uno mismo. La tarea del cliente, en este ejercicio, consiste en darse cuenta de que cualquier afirmación positiva sobre la propia identidad, automáticamente arrastra su opuesto y (si se decide ampliar el ejercicio) que las afirmaciones de identidad extremadamente negativas también atraen automáticamente a su contrario. De lo que se trata es de ver que la paz mental es algo escurridizo en el nivel de contenidos y, de ese modo, la vinculación a un contenido de pensamiento evaluativo produce, inmediatamente, una sensación de malestar y amenaza. En este ejercicio con los ojos cerrados, se recomienda hacer antes un breve ejercicio de centramiento como el que sigue:

"Antes de empezar, ¿podríamos dedicar un momento a centrarnos para que entres en situación? Bien. De acuerdo. Acomodémonos y ve soltando todo. Realiza una inspiración profunda y percibe cómo se siente cuando inspiras… [*pausa*]… y cuando estés listo, simplemente hazlo una vez más…[*pausa*]… Y, de nuevo, otra vez, pero cuando hayas tomado aire a fondo, quiero que te des cuenta de que no estás inspirando ni espirando: hay una especie de punto muerto antes de que expulses el aire. Mira si puedes detectarlo y date cuenta dónde empieza y dónde acaba…[*pausa*]…[Se pueden añadir otras cosas que percibir tales como atender a sonidos, sensaciones y demás]".

A continuación, pide al cliente que observe lo que se le viene a la mente mientras pronuncias unas palabras. Luego, di estas palabras lentamente:

"Estoy entero… completo… perfecto".

Al cabo de unos minutos, finalizar el ejercicio para comentar las vivencias que el cliente ha experimentado al realizarlo. Preguntarle qué se le ha venido a la mente, qué palabra fue la más intensa, etc. Generalmente, cuanto más positiva es la palabra, más negativa es la vivencia del cliente –por ejemplo, "estoy entero, ¡pero no soy perfecto!"–. Se pueden añadir otras palabras más negativas y, por lo general, el cliente también empezará a cuestionase en silencio las que sean muy negativas. Una vez más, cabe señalar que no hay ningún tipo de paz mental en el ámbito de los contenidos porque cada uno de los polos atrae a su opuesto. Será necesario buscar la paz mental en alguna otra parte.

Por cierto, puede resultar conveniente explicarle al cliente la etimología de *perfecto*. La primera parte de esta palabra (*per*) proviene de un término que significa "bien". *Fecto* tiene la misma raíz que la palabra *factoría* y significa "hacer". En su uso actual, "completo" y "perfecto" parecen ser términos evaluativos; pero si ser perfecto es "hacer bien", tal vez la perfección sea más una cuestión de presencia o de integridad. Ningún segundo contiene más vida que cualquier otro segundo; cualquier momento es siempre completamente integral, incluso el mismo momento en el que surge el pensamiento de que "estoy perdiendo algo".

También es conveniente observar otra cosa: Al realizar este ejercicio, casi ninguna persona se da cuenta de las palabras *yo estoy*. En el ejercicio, el terapeuta no dice: "observa cómo te sentirías si creyeras estas palabras sobre ti mismo: estoy entero, completo, perfecto". No hay ninguna instrucción de aplicar esos atributos a uno mismo. Sin embargo, el 99 por ciento de las personas que realizan el ejercicio, se aplican esas palabras y casi nadie se da cuenta, de entrada, de que no

tiene por qué hacerlo así necesariamente. Merece la pena señalarlo –generalmente, después de analizar el proceso– como un ejemplo más del control automático y seductor que pueden tener los pensamientos.

Otra intervención frecuente es el ejercicio del *argumento vital*. En él se le pide al cliente que describa, por escrito, los acontecimientos históricos clave que han marcado su vida para convertirlo en aquello que es hoy. Después de que haya escrito una página aproximadamente, se le pide al cliente que subraye todos los hechos objetivos (p. e., "sufrí un ataque de pánico durante la ceremonia de mi graduación") y que encierre en un círculo todas las reacciones psicológicas (pensamientos, sentimientos, recuerdos, sensaciones, impulsos, disposiciones y demás –tales como: "pensé que me iba a morir"). Luego, se le pide que vuelva a escribir la historia con los mimos elementos subrayados y metidos en un círculo pero con un argumento distinto y otro final diferente.

Al revisar la nueva historia, es preciso asegurarse de que todos los elementos están en su sitio y que el final y el argumento son diferentes. No hay necesidad de "comparar" la nueva historia con la antigua en términos de si es mejor o más exacta. El terapeuta debe destacar que el propósito no es demostrar que la historia original está equivocada ni encontrar otra historia mejor sino, simplemente, advertir cómo trabaja la mente incluso cuando nadie está mirando. Después de mantener esta conversación, pídele al cliente que escriba otra historia más utilizando solo los elementos subrayados (i. e.: los hechos objetivos) y, esta vez, aplicando otro tipo de reacciones psicológicas o evaluaciones y juicios distintos. De nuevo, hay que centrarse más en las vivencias del cliente al realizar el ejercicio que en el argumento que cuenta la nueva historia. El cliente podría decir cosas tales como: "Intenté pensar otra forma de describir lo terrible que fue" y, como respuesta, el terapeuta podría contestar: "Interesante. Vamos a trabajar juntos ahora para ver si se nos ocurre un adjetivo o una descripción distintos. Vamos a ver si conseguimos

que nuestra mente haga eso". En general, el ejercicio del *argumento vital* favorece un tipo de proceso de defusión que ayuda a disminuir la vinculación con la historia personal conceptualizada y que hace más explícito e identificable el proceso de elaboración de juicios. Si cliente y terapeuta son capaces de aguantarlo, se pueden rescribir cientos de historias sobre la misma base de acontecimientos objetivos y, personalmente, hemos trabajado con clientes haciendo varias rondas de este ejercicio. Es importante no sermonear al cliente ni señalarle la "moraleja" cuando se realiza este ejercicio. El significado que pretendemos que el cliente capte está implícito en la tarea. Por ejemplo, si el cliente dice algo así como: "entonces, lo que me quieres demostrar es que la historia de mi vida no es más que una historia y que no debería creérmela, ¿no es cierto?", el terapeuta podría contestar: "esto no es más que una oportunidad de ver cómo nuestra mente le da sentido a las cosas y qué tipo de cosas mete en una historia personal. También es una oportunidad de darse cuenta de qué manera nos aferramos y quedamos atrapados en determinados aspectos de una historia vital cuando, de hecho, hay muchas formas de ver las cosas. No es que sea bueno o malo; lo único que pretendemos es hacernos conscientes de todo eso". Además, este ejercicio clásico de ACT pone de manifiesto que la ACT *no* se opone a una revaluación cognitiva como manifestación de flexibilidad cognitiva. A lo que se resiste la ACT es a la idea de que el contenido de los pensamientos sea, necesariamente, la clave y de que, por lo tanto, se debería hacer hincapié en eliminar el contenido "malo" para remplazarlo por otro contenido "bueno". Esta idea se aplica en algunas situaciones límite (p. e., ignorancia) pero está muy exagerada y resulta menos segura que cambiar la función de los pensamientos y la relación del sujeto con los procesos cognitivos.

El yo-como-proceso-continuo: Fortalecer la auto-consciencia en cada momento

Tratar el yo como contenido conceptual a nivel intelectual puede dar resultado con algunos clientes de alto funcionamiento pero, la

mayoría de las veces, el terapeuta debe ayudar al cliente para que tome un contacto vivencial con el "yo/aquí/ahora" desde una perspectiva de la cual surge la consciencia. Una manera interesante de conseguirlo consiste en plantear cuestiones que requieran una respuesta de "yo". Si el yo-como-contexto es una forma de abstracción a partir de múltiples ejemplos y tiene que ser diferenciado del yo-como-concepto, es importante que las cuestiones sean amplias y flexibles. Si se falla a la hora de hacer preguntas que incluyan distintas dimensiones se puede confundir contenido con contexto. Por ejemplo, si se pregunta solo acerca de problemas, se puede favorecer que la identificación que haga el cliente se relacione solo con esos problemas específicos. Crear "autoestima" de manera artificial a base de hablar solo de cosas positivas puede dar lugar a otro tipo de vinculación –esta vez al contenido "positivo"– que puede conducir a problemas posteriores.

Una ventaja del enfoque ACT es que fortalece el yo-como-proceso –la consciencia continua, flexible y voluntaria del universo interior–. Por ejemplo, se le puede preguntar a alguien que se esté debatiendo con un pensamiento complicado cómo siente su cuerpo, con qué edad se siente, o bien se le puede pedir que adopte una postura que refleje lo que se siente impulsado a hacer cuando le surge ese pensamiento, o que mire si puede abrir los ojos y situarse en el presente, aun dándose cuenta de ese pensamiento. En otras palabras, un control flexible de la atención resulta crucial para el desarrollo de la consciencia simple, que es el rasgo esencial de la toma de perspectiva. A veces, la ACT se puede parecer a las terapias existenciales o humanistas por su profundo interés en la experiencia inmediata de la persona. Esta semejanza no es lo mismo que el interés en el contenido evaluativo de la historia de la persona. Hay un sentido de apertura y vulnerabilidad que puede provenir de "manifestaciones yo" que sean sinceras, flexibles y formuladas en el presente. Eso es lo que se pretende.

Si el sentido del yo de la persona se ha vuelto demasiado externalizado, de una manera poco saludable, puede que el terapeuta necesite recurrir con frecuencia a las experiencias inmediatas del cliente, haciendo que se ralenticen de manera que puedan ser exploradas con mayor profundidad. Una persona puede someter el "yo" al "tú" de una forma tan intensa que la relación "yo-tú" deja de tener sentido. Esta tendencia resulta tan corrosiva a la hora de desarrollar un sentido de trascendencia del yo que puede que no sepa responder a ninguna pregunta sobre el "yo". De la misma manera que una persona con un escaso entrenamiento deíctico podría no saber responder a la cuestión: "si yo fuera tú y tú fueras yo, ¿qué es lo que estarías sintiendo?", la persona con una excesiva externalización del self podría fracasar igualmente en este tipo de pruebas.

El yo-como-contexto: Fortalecer el contacto con la toma de perspectiva

Como el "yo" es algo relacional, se lo puede utilizar para modificar perspectivas. Este tipo de modificaciones se consigue explorando las perspectivas de las demás personas de la vida del cliente o mediante auto-revelaciones oportunas del terapeuta (para beneficio del cliente, no del terapeuta) pero también se puede explorar dentro del propio sentido de perspectiva de la persona. A continuación hay un ejemplo de un breve ejercicio de atención consciente que se puede utilizar al principio de la sesión como una ayuda para facilitar la toma de perspectiva. Empieza con un breve ejercicio de centramiento parecido al del ejercicio de *completo, entero, perfecto* anteriormente descrito. Se le pide al cliente que se dé cuenta de diferentes sensaciones tales como la propia respiración o los sonidos ambientales. Después, el ejercicio continúa de la siguiente manera:

"Ahora, mientras percibes todas esas cosas, quiero que *te des cuenta* de que tú está percibiendo todo eso. Tú estás aquí y ahora, consciente de lo que estás siendo consciente. Si no estás seguro, simplemente tómate un tiempo para darte cuenta de una sensación o una imagen…

Y date cuenta de que lo estás percibiendo… No trates de agarrarlo para verlo –estarías mirándolo desde otro lugar–. Simplemente, toca suavemente esa consciencia y date cuenta de que tú estás aquí, consciente, en este momento de tu vida… Ahora, quiero que pienses en todas las cosas que podrían ocurrir en nuestra sesión de hoy –podríamos ver lo que ha venido ocurriendo, lo que ha resultado duro o gracioso, lo que temes y lo que esperas, tu sufrimiento y tus valores. No te quedes atrapado ahora en todo eso– simplemente, observa que todos esos temas están ahí y dales un momento para que floten a tu alrededor… Y, luego, quiero que te imagines que estás mirando hacia atrás, a este preciso momento, dentro de muchos años. Puedes verte a ti mismo sentado en esta silla, consciente de todos los sufrimientos y temores, de las esperanzas y aspiraciones. Imagina que has evolucionado y que eres más sabio. No lo pienses demasiado cerebralmente; más bien, mira si puedes entrar en contacto con ese sentido de consciencia –de mirar hacia atrás, al tú que eres ahora–. Procura desprenderte de cualquier tipo de juicio y, simplemente, quédate con la persona que ves en tu consciencia, de una forma amable. Si esto pudiera ocurrir en realidad, ¿qué consejo te darías a ti mismo para implicarte en esta sesión que estamos a punto de empezar? No respondas enseguida… simplemente, quédate en el interior de esa pregunta por unos instantes… Mira si hay alguna cosa que podrías decirte a ti mismo si eso pudiera ocurrir de verdad. Si la hay, solo date cuenta de lo que es. Mira si puedes conectar con un sentido de cuidado y compasión por ti mismo. ¿Hay alguna cosa que tengas que decirte? Conecta con ese mensaje, casi como si estuvieras a punto de decírtelo en voz alta. Y, ahora, vuelve de nuevo al interior de tu cuerpo… Represéntate donde estoy yo. Y, cuando estés listo para empezar, abre los ojos y tómate los próximos minutos para escribir ese mensaje que viene de ti mismo".

Se puede utilizar un ejercicio introductorio como este para establecer un contexto de consciencia para el trabajo terapéutico. Las habilidades de toma de perspectiva respecto al tiempo, lugar y persona pueden establecer una panorámica mayor. Muchos ejercicios

desarrollados por la terapia contextual conductual-cognitiva para incrementar la compasión hacia los demás y hacia uno mismo pueden encajar fácilmente en este capítulo de la ACT (p. e., véase Gilbert's [2009] "compassionate mind therapy").

Las metáforas son especialmente eficaces para destacar las diferencias entre el contexto y el contenido de la consciencia. Una intervención clásica en ACT es la *metáfora del tablero de ajedrez.*

"Es como si hubiera un tablero de ajedrez que se extiende hasta el infinito en todas direcciones. Encima, contiene piezas, blancas y negras, que forman equipos, como en el juego del ajedrez: las blancas frente a las negras. Puedes imaginar tus pensamientos, sentimientos y creencias como si fueran esas piezas; también forman una especie de equipos. Por ejemplo, los sentimientos "malos" (como la ansiedad, depresión, resentimiento) se juntan con los pensamientos y recuerdos "malos". Y otro tanto ocurre con los "buenos". De manera que parece que de lo que se trata en este juego es de elegir qué lado queremos que gane. Colocamos las piezas "buenas" (tales como pensamientos de confianza en uno mismo, sentimientos de control, etc.) en una banda y las piezas "malas" en la otra. Luego, nos montamos sobre el caballo blanco y cabalgamos hacia la batalla, para luchar hasta ganar la guerra contra la ansiedad, la depresión, el impulso de consumir drogas o lo que sea. Se trata de un juego de guerra. Pero surge aquí un problema lógico y es que, al adoptar esta actitud, hay muchas partes de ti mismo que van a ser tu propio enemigo. En otras palabras, si necesitas librar esta guerra, es que hay algo malo en ti. Y como parece que estás al mismo nivel que las piezas, estas pueden ser tan grandes como tú, o incluso mayores –aunque las piezas estén dentro de ti–. De manera que –aunque esto no sea lógico– cuanto más luchas, más grandes se vuelven. Es cierto que "si no estás dispuesto a tenerlo, lo tendrás" de modo que a medida que luchas contra ellas, más importancia adquieren ellas en tu vida; más habituales se vuelven, más dominantes y más metidas en cada aspecto de tu vida. La idea lógica es que si eliminas a bastantes, al final, conseguirás dominarlas

–solo que tu experiencia te dice que lo que ocurre, en realidad, es justo lo contrario–. Al parecer, ¡las piezas negras no pueden ser eliminadas intencionadamente! De modo que la batalla sigue y sigue. Tú te sientes inerme, tienes la sensación de que no puedes ganar y, sin embargo, no puedes dejar de luchar. Si vas a lomos del caballo blanco, la única elección que tienes es luchar porque las piezas negras parecen estar amenazando tu vida. Aunque vivir en una zona de guerra no sea vivir".

Cuando el cliente conecta con esta metáfora se puede volver a al tema del yo:

Terapeuta: Ahora, déjame que te pida que pienses en todo esto con cuidado. Imagina que en esta metáfora no eres ninguna de las piezas; entonces, ¿quién puedes ser?

Cliente: ¿Un jugador?

Terapeuta: Puede que eso sea lo que has tratado de ser. Pero date cuenta de que un jugador tiene mucho que perder según como resulte la guerra. Además, ¿contra quién estarías jugando? ¿Hay alguna otra persona en juego? No; imagina que no seas un jugador.

Cliente:… ¿Soy el tablero?

Terapeuta: Sería conveniente mirarlo de ese modo. Sin tablero, las piezas no tienen un sitio en el que colocarse. ¿Qué les pasaría a tus pensamientos si tú no estuvieras ahí, para ser consciente de que los estás pensando? Las piezas te necesitan; no pueden existir sin ti. Pero *tú* las contienes a *ellas*, no son ellas las que te contienen a *ti*. Date cuenta de que si tú fueras las piezas, el juego sería vital: tendrías que ganar, ¡tu vida dependería de ello! Pero si eres el tablero, no importa si la guerra termina o no. El juego puede seguir pero eso no le afecta al tablero. Como tablero, tú puedes ver todas las piezas, las puedes contener, estás en contacto íntimo con ellas y puedes observar la guerra que se desarrolla en tu consciencia pero sin que te afecte. No requiere ningún esfuerzo de tu parte.

La metáfora del *tablero de ajedrez* se puede representar físicamente en la terapia. Por ejemplo, se coloca un tablero en el suelo y, encima, se le ponen distintas cosas, atractivas y repelentes (p. e., colillas de cigarrillo, dibujos). Se le pide al cliente que se dé cuenta de que el tablero no tiene que hacer ningún tipo de esfuerzo para sostener las piezas, como una metáfora de la disposición a comprometerse con, y a aceptar, los contenidos que se temen. Se le puede pedir al cliente que se dé cuenta de que, en el nivel del tablero, solo se pueden hacer dos cosas: sostener las piezas y moverlas. No podemos mover piezas concretas sin dejar el nivel tablero. Aunque la función del tablero no supone ningún esfuerzo, las piezas están implicadas en una guerra total. Además, el tablero está en contacto más directo con las piezas de lo que lo están las piezas entre sí. De manera que la consciencia simple no consiste en desvincularse o disociarse. Más bien, cuando el cliente se queda enganchado a un pensamiento o lucha contra una emoción, las otras piezas, aunque atemorizantes, no están siendo realmente afectadas. En trabajo de grupo, el tablero de ajedrez solo puede resultar afectado por todo el conjunto.

Si el cliente sintoniza con la metáfora, es conveniente reforzarla periódicamente para lo que basta preguntar al cliente: "En este momento, ¿estás en el nivel de pieza o de tablero?". Todos los argumentos, razones y demás que se le ocurran al cliente son ejemplos de piezas y, así, esta metáfora puede ayudar a que el cliente se desvincule de esas reacciones. La idea de "nivel del tablero" se puede utilizar frecuentemente para referirse a la actitud mediante la cual el cliente está mirando *hacia* el contenido psíquico en lugar de mirar *desde* el contenido psíquico. Tú, como terapeuta, cuando hables de consciencia, puedes colocar las palmas de la mano juntas, hacia arriba, como una especie de metáfora física, sin palabras, para referirte a lo que se está tratando.

Los terapeutas tienen que aprender a escuchar las metáforas y a diseñar ejercicios que encajen en la experiencia del cliente. Un cliente puede hablar de las olas que se mueven por el océano pero que no

mueven el océano; otro podría hablar de cómo los botes navegan por el lago mientras que el lago permanece. Estas imágenes, generadas espontáneamente, se pueden utilizar para recordar la idea de tomar perspectiva en los momentos más difíciles de la terapia. Las metáforas dan resultado cuando son ricas, sensoriales y adecuadas. Es mejor utilizar aquellas que surjan de la experiencia, lenguaje e imaginación del cliente y, si aparecen estas metáforas personalizadas, pueden sustituir muy bien a las metáforas ACT "envasadas".

El terapeuta ACT es sensible al hecho de que las discusiones sobre el concepto de uno mismo y la consciencia se pueden sobre-intelectualizar. Las metáforas descritas apuntan directamente a los temas implicados pero, realmente, no generan esa distinción vivencialmente. Por eso, si un cliente pregunta: "Entonces, ¿qué es lo que puedo hacer de una manera distinta?, ¿cómo me puedo situar en el nivel del tablero?", es mejor no contestar directamente la pregunta. Una buena respuesta podría ser: "te ayudaremos en eso más adelante. Por el momento, solo date cuenta de que es imposible no luchar con pensamientos y sentimientos cuando los tratas como si ellos definieran quién eres". Tenemos que ayudar al cliente a que tome contacto con la experiencia de la simple consciencia como el contexto que define el contenido psíquico.

El ejercicio del *observador* (una variante del ejercicio de "autoidentificación" desarrollado por Assagioli, 1971, pp. 211-217) está ideado para empezar a establecer un sentido del yo que existe en el presente y proporciona un contexto para la defusión cognitiva. El ejercicio, por lo general, se lleva a cabo con los ojos cerrados (los clientes que se sientan incómodos de esa manera pueden cubrirse los ojos o, simplemente, mirar hacia abajo, a un punto concreto del suelo). El terapeuta induce un estado de relajación y, gradualmente, dirige la atención del cliente hacia distintos aspectos con los que la gente se identifica. Cada uno es examinado a su vez y, en momentos clave, el terapeuta dirige la atención al contenido con la instrucción de darse cuenta de que alguien se está dando cuenta de ese contenido. Estas

instrucciones pueden originar un estado psicológico fugaz pero muy impactante en el que se da un sentido de transcendencia y continuidad: un yo que es consciente del contenido pero que no se define por ese contenido.

"Vamos ahora a realizar un ejercicio como una forma de empezar a tratar de experimentar ese lugar en el que tú no eres tu programación. Es imposible hacerlo mal; nos vamos a limitar a observar cualquier sentimiento o pensamiento que surja, de manera que cualquier cosa que aparezca estará bien. Cierra los ojos si te sientes cómodo haciéndolo así, permanece en tu silla y ve siguiendo mi voz. Si ves que estás divagando, sencillamente, vuelve a centrarte en el sonido de mi voz. Ahora, por un instante, dirige tu atención hacia ti mismo, en esta sala. Imagínate en esta sala, justo en el lugar en el que te encuentras. Ahora, empieza a meterte dentro de tu propia piel para entrar en contacto con tu cuerpo. Date cuenta de tu postura, mientras permaneces sentado en la silla. Mira si puedes observar, exactamente, su forma y las partes de tu piel que están en contacto con la silla. Percibe cualquier sensación corporal en esos puntos. Cuando vayas detectando cada una de ellas, simplemente, reconoce esa sensación y permite que tu consciencia siga adelante (*pausa*). Ahora, date cuenta de cualquier emoción que estés experimentando y, si notas alguna, simplemente reconócela (*pausa*). Ahora, entra en contacto con tus pensamientos y permítete observarlos tranquilamente durante un momento (*pausa*). Ahora, quiero que te des cuenta de que, al mismo tiempo que te estás dando cuenta de todas esas cosas, una parte de ti también las está percibiendo. Tú percibes esas sensaciones… esas emociones… esos pensamientos. Y a esa parte de ti mismo le vamos a llamar el "yo observador". Hay una persona ahí dentro, detrás de esos ojos, que es consciente de lo que estoy diciendo justo ahora. Y es la misma persona que tú has sido a lo largo de toda tu vida. En un sentido profundo, ese "tú observador" es el tú al que llamas "tú".

Quiero que recuerdes algo que haya ocurrido el verano pasado. Levanta un dedo cuando tengas una imagen en la mente. Bien. Ahora,

mira a tu alrededor en esa imagen. Recuerda lo que veías… los sonidos… tus sentimientos… y, a medida que lo haces, observa si puedes advertir que tú estabas allí, entonces, dándote cuenta de lo que estabas percibiendo. Mira si puedes entrar en contacto con la persona detrás de tus ojos que veía, oía y sentía. Tú estabas allí, entonces, y tú estás aquí, ahora. No te pido que creas esto. No estoy buscando la lógica de todo esto. Sólo te pido que notes la experiencia de ser consciente y que compruebes y veas si, en un sentido profundo, ese tú que está aquí y ahora no es el mismo que estaba allí, entonces. La persona consciente de lo que tú eras consciente está aquí ahora y estaba allí, entonces. Mira si puedes percibir esa continuidad esencial –en cierto sentido profundo, al nivel de la experiencia, no al nivel de las creencias–. Tú has sido tú toda tu vida.

Quiero que recuerdes algo que haya ocurrido cuando eras un adolescente. Levanta el dedo cuando tengas una imagen en tu mente. Bien. Ahora, mira a tu alrededor en la imagen. Recuerda todas las cosas que estaban teniendo lugar en aquella situación. Recuerda las imágenes… los sonidos… tus sentimientos… Tómate tu tiempo. Y cuando tengas claro lo que había allí, mira si puedes tomar contacto, solo por un segundo, con aquella persona que estaba entonces detrás de tus ojos y que vio, oyó y sintió todo eso. Tú estabas también entonces, y mira si no es cierto –como un hecho experiencial, no como una creencia– que hay una continuidad esencial entre la persona que era consciente de lo que tú eras consciente, de adolescente, en aquella situación concreta. Tú has sido tú toda tu vida.

Por último, recuerda algo que haya ocurrido cuando eras un niño pequeño, de unos 6 ó 7 años. Levanta el dedo cuando tengas la imagen en tu mente. Bien. Ahora, mira a tu alrededor de nuevo. Mira qué estaba ocurriendo. Observa las imágenes… escucha los sonidos… percibe tus sentimientos… y, luego, date cuenta del hecho de que tú estabas allí, viendo, oyendo y sintiendo. Date cuenta de que tú estabas allí, detrás de tus propios ojos. Tú estabas allí, entonces y tú estás aquí, ahora. Mira si, en algún sentido profundo, el "tú" que está aquí,

ahora, estaba allí, entonces. La persona consciente de lo que tú eres consciente está aquí, ahora y estaba allí, entonces.

Tú has sido tú toda tu vida. En cualquier lugar que has estado, has estado allí, dándote cuenta. Esto es lo quiero decir con el "tú observador". Y, desde esa perspectiva o punto de vista, quiero que mires algunos aspectos de la vida. Empecemos por tu cuerpo. Date cuenta de cómo está cambiando tu cuerpo constantemente. A veces, está enfermo y, a veces, está bien. Puede estar fresco o cansado. Puede ser fuerte o débil. Hubo un tiempo en el que eras un niño indefenso pero tu cuerpo creció y ha venido experimentando cambios a media que te has ido haciendo mayor. Puede que hayas perdido alguna parte de tu cuerpo, en alguna operación (tus células mueren y se renueven constantemente, de manera que se renuevan totalmente entre cada 7 y 10 años). Tus sensaciones corporales vienen y van. Incluso mientras estoy hablando, tus sensaciones pueden haber cambiado. De manera que todo es cambio; pero tú has estado ahí toda tu vida. Eso quiere decir que, aunque tú tienes un cuerpo, no te sientes a ti mismo meramente como un cuerpo. Todo esto es cuestión de vivencias, no de creencias. Percibe, ahora, tu cuerpo por un instante y, a medida que lo haces, advierte que eres tú el que está percibiendo [*darle tiempo al cliente para que lo haga*].

Ahora, vayamos a otro ámbito: tus roles. Date cuenta de todos los roles que tienes o has tenido. A veces, estoy en el de papel de [citar lo que mejor convenga al cliente; p. e., "madre… o amigo… o hija… o esposa… a veces, soy un profesional respetado… otras veces soy un jefe… o un mandado…, etc.]. En el mundo de las formas, estoy todo el tiempo en un papel. Si intentara no estarlo, entonces estaría en el papel de quien juega a no tener un papel. Incluso ahora, una parte de mí está desempeñando un rol… el rol de cliente. Sin embargo, date cuenta de que, durante todo el tiempo, tú estás también presente. La parte de ti que llamas "tú"… está observando y es consciente de aquello de lo que tú eres consciente. Y, en un sentido profundo, ese "tú" nunca cambia. De manera que si tus roles están cambiando

continuamente y, sin embargo, el tú que llamas "tú" ha seguido ahí toda la vida, debe ser que aunque desempeñas papeles, no te experimentas a ti mismo como ninguno de tus papeles. No es una cuestión de creencias. Simplemente, mira y percibe la distinción entre aquello a lo que estás observando y el "tú" que está observando.

Y, ahora, vamos a pasar a otro ámbito: las emociones. Percibe cómo cambian tus emociones continuamente. A veces, sientes amor y, a veces, odio; a veces, estás tranquilo y, luego, te pones tenso; alegre-afligido, contento-triste. Incluso ahora mismo puedes estar experimentando emociones… interés, aburrimiento, calma. Piensa en cosas que te hayan gustado y que ya no te gusten más, en miedos que te han afligido alguna vez y que ahora estén resueltos. Lo único que cuenta con las emociones es que cambiarán. Aunque te invada una oleada de emoción, con el tiempo pasará. Y, sin embargo, mientras esas emociones vienen y van, date cuenta de que, en un sentido profundo, ese "tú" no cambia. De manera que aunque tú tienes emociones, no sientes que tú seas *meramente* tus emociones. Permítete darte cuenta de esto como una vivencia, no como una creencia. De una manera profunda, tú te experimentas a ti mismo *constante*: tú eres tú en medio de todas tus vivencias. De manera que advierte tus emociones por un momento y date cuenta, también, de que tú las estás experimentando [*dejar un breve período de silencio*].

Y, ahora, volvamos al terreno más difícil: el de tus propios pensamientos. Los pensamientos son complicados porque tienden a atraparnos y a absorbernos dentro de sí. Si eso te sucede, simplemente, vuelve al sonido de mi voz. Advierte cómo tus pensamientos están cambiando constantemente. Al principio, no sabías nada; luego, fuiste al colegio y aprendiste nuevas maneras de pensar. Has adquirido nuevas ideas y nuevos conocimientos. A veces, piensas las cosas de una manera y, a veces, de otra. A veces, tus pensamientos parecen tener muy poco sentido. A veces, parecen salir automáticamente de la nada. Siempre están cambiando. Considera tus pensamientos desde que viniste hoy aquí y date cuenta de cuántos

pensamientos diferentes has tenido. Y, sin embargo en un sentido profundo, el tú que es consciente de lo que piensas no cambia. De manera que eso debe querer decir que aunque tú tienes pensamientos, no te experimentas a ti mismo como tus pensamientos. No te lo creas sin más. Obsérvalo. Y, aunque te hayas dado cuenta de ello, date cuenta de que tu corriente de pensamientos continúa. Y tú puedes quedarte atrapado en ella. Y, sin embargo, en el instante en que tú te das cuenta de ello, también percibes esa parte de ti que permanece en segundo plano, observándolo todo. De modo que, observa tus pensamientos por un momento y, mientras lo haces, date cuenta también de que tú los estás percibiendo [*dejar un breve período de silencio*].

De manera que, en el plano de las vivencias y no de las creencias, tú no eres simplemente tu cuerpo… tus roles… tus emociones… tus pensamientos. Todas esas cosas son el contenido de tu vida, pero *tú* eres el terreno de juego… el contexto… el espacio en el que se desarrollan. Observa que las cosas que te has esforzado por cambiar no son tú. No importa cómo vaya la guerra; tú seguirás ahí, *sin cambios*. Procura aprovechar esta conexión para permitirte avanzar un poco más, afirmándote en el conocimiento de que tú has sido siempre tú a través de todo esto y de que no necesitas hacer una inversión tan grande en todo ese contenido psíquico como medida de tu vida. Simplemente, percibe tus vivencias en todos los ámbitos que te surjan y, mientras lo haces, date cuenta de que aún sigues aquí, consciente de lo que estás siendo consciente [*dejar un breve período de silencio*].

Ahora, una vez más, represéntate a ti mismo en esta habitación. Y, ahora, represéntate la habitación. Imagínate… [describir la habitación]. Y cuando estés listo para volver a este lugar, abre los ojos".

Al terminar este ejercicio, se examina la experiencia de los clientes pero sin análisis ni interpretaciones. Es conveniente ver si hubiera alguna vivencia específica en la experiencia de conectar con el "tú". No es raro que los clientes mencionen una sensación de paz o

tranquilidad. Las experiencias vitales que se activan con este ejercicio, muchas de las cuales son amenazadoras o inductoras de ansiedad, pueden ser recibidas en un estado de paz y calma (p. e., pueden ser aceptadas con una actitud de disposición psicológica) cuando se las considera como elementos y componentes de los propios contenidos internos, no como como elementos definitorios del self.

Una minoría de clientes, sin embargo, pueden sentirse perturbados por este trabajo sobre el yo-como-contexto, temiendo ser absorbidos en una especie de agujero negro si entran en contacto directo con su consciencia directa debido a su falta de límites específicos. Generalmente, esa clase de clientes tiene debilitado el sentido de continuidad de la propia consciencia como método de evitación vivencial; de manera que, en realidad, el ejercicio supone un desafío para una cierta forma básica de protección del yo. En tales casos, resaltar simplemente el aspecto de la toma de perspectiva y de la consciencia del momento presente (así como trabajar para reducir la fusión y la evitación) puede permitir que el trabajo sobre el yo se desarrolle con provecho.

Conviene entrar en el tema de las implicaciones activas de esta experiencia, aunque solo sea brevemente. El terapeuta puede relacionar las vivencias pasadas del cliente con la metáfora del *tablero de ajedrez.* Por ejemplo:

"Este tablero de ajedrez, como tal tablero, puede hacer también algo más que sostener las piezas. Puede tomar una dirección y avanzar en ese sentido con independencia de lo que las piezas estén haciendo en ese momento. El tablero puede ver lo que hay, sentir lo que hay y, aun así, decir: "¡Adelante!".

Una vez que se ha contactado con este sentido de toma de perspectiva del yo, se lo puede traer fácilmente a la sala de terapia. Prácticamente, cualquier ejercicio de apertura o método de "mindfulness" puede incluir la petición de "darse cuenta de eso". Sin embargo, es mejor no sobreinterpretar o intelectualizar este sentido del yo –al menos, hasta

que el cliente haya entrado en contacto con él y sepa de qué estamos hablando–. Este sentido del yo no puede proporcionar ningún tipo de análisis porque es, metafóricamente, el lugar *desde el que*observamos, no el lugar *al que* miramos. Los clientes pueden sentirse confusos a la hora de intentar etiquetar o entender esta versión del yo mediante palabras. Esta sensación de confusión, por lo general, significa que el cliente está intentando reconciliar el proceso de la consciencia simple con el yo-concepto –por ejemplo: "Mi problema es que no sé ver las cosas en perspectiva". Si se da una situación semejante, una forma de contrarrestarla consiste en introducir al cliente en la cháchara de "mi problema es" y, luego, preguntarle: "¿Y quién se está dando cuenta de eso?". En otras palabras, el tema central es intentar poner este sentido del yo en el nivel de las vivencias en lugar de contar una larga historia sobre el tema o de "entenderla". El terapeuta ACT está ayudando a los clientes a desarrollar un conocimiento sin palabras que tiene más sentido que las meras verbalizaciones.

Interacciones con otros procesos esenciales

La toma de perspectiva se puede añadir a otros procesos esenciales simplemente mencionándola (p. e., "Y date cuenta de lo que estás percibiendo"). Pero hay otras relaciones entre los procesos esenciales que merece la pena explorar.

Yo y momento presente

El trabajo sobre el yo está dirigido básicamente a ayudar al cliente a que desarrolle un proceso de atención flexible que se pueda aplicar al momento presente y, a veces, resulta difícil distinguir entre trabajo sobre el presente y trabajo con el yo-como-contexto. Esa es una de las razones por las que están organizados conjuntamente en un mismo estilo de respuesta en el modelo de flexibilidad psicológica. Por cuestión de simplicidad, piensa en la toma de perspectiva como el espacio psíquico en el que "aflora" la consciencia simple; piensa en la consciencia del momento presente como en el cambio voluntario de

enfoque de la atención que permite que uno entre en contacto con la vida en cada segundo que pasa. El yo como proceso es una especie de consciencia del momento presente pero el objetivo es el transcurso de la experiencia. La toma de perspectiva facilita esas distinciones y la capacidad de moverse de manera flexible entre ellas.

Yo, defusión y aceptación

Se puede utilizar el mismo proceso para conseguir avances en la toma de perspectiva en áreas que requieran defusión o aceptación. Por ejemplo, si el terapeuta está realizando ejercicios de toma de consciencia en el presente y de toma de perspectiva, se puede recurrir a contenidos que, normalmente, provoquen evitación o fusión y es mucho más probable que éstas no se lleguen a producir. Por ejemplo:

"Y, ahora, date cuenta de esas sensaciones corporales y percibe, por un breve instante, que tú estás siendo consciente de ellas –ellas no tienen consciencia de sí mismas–. Y, mientras lo haces, forma un pensamiento en tu mente e imagínate que lo ves desde muy lejos, escrito en una hoja de papel. Casi no puedes leerlo. Dice: "Soy una mala persona". Déjalo estar ahí y date cuenta de que la persona que es consciente de ese pensamiento y las palabras del papel no son la misma cosa".

Si esto da resultado, se le puede pedir a la persona que se imagine acercándose a mirar el papel y, luego, alejándose de nuevo –todo ello mediante un diálogo que le ayude a mantener el sentido de la perspectiva–. También puede darse lo contrario: la fusión y la evitación, a veces, pueden ser un desencadenante para centrar el estilo de respuesta, sobre todo cuando el cliente no está avanzando. La regla "en caso de duda, volver al centro" es útil para un terapeuta novel que está aprendiendo esa danza terapéutica que se llama ACT.

Self y valores o compromiso de acción

Los valores y el compromiso con la acción siempre terminan poniendo al cliente en contacto con algún tipo de barrera psicológica. Generalmente, eso requiere moverse hacia estrategias de apertura

pero, a veces, un breve contacto con procesos de centramiento es suficiente para mantener el equilibrio y cobrar impulso.

Con mucha frecuencia, el trabajo con el yo estimula de manera natural el trabajo con valores y con la acción. No es casual que muchas tradiciones espirituales y religiosas sostengan que la consciencia lleva, de manera natural, a la compasión por uno mismo y los demás y a un profundo aprecio por la interconexión entre todas las cosas. Esta observación puede ser cierta porque el apego al yo conceptual deja a la persona fuera de contacto con la realidad de su entorno. Los seres humanos son criaturas sociales por naturaleza pero la dirección que sigue la visión social personal está muy influenciada por condicionamientos sociales y prácticas culturales. En un estado de fusión con el yo conceptualizado, el cliente, por lo general, está siguiendo pautas de plegamiento inculcadas socialmente y, por lo tanto, no está en contacto con sus verdaderos valores. Establecer este contacto de manera reiterada mediante actos de simple consciencia suele dar como resultado la apertura hacia un mundo distinto donde el cliente es libre de seguir los motivos más adecuados en relación a sí mismo y a los demás. No se debe forzar esta opción pero, cuando tiene lugar, puede resultar transformadora. En el trabajo con el yo no es infrecuente desembocar en descubrimientos básicos muy elementales sobre la importancia de dar y recibir amor. Si el cliente ha mantenido esta realidad fuera de su consciencia –tal vez por miedo a obrar en consecuencia– lo que surja en el transcurso del trabajo sobre el yo lleva a valorar, de un modo natural, las distintas opciones y las implicaciones de su puesta en acción. Este cambio, por lo general, implica clarificar los valores personales sobre la vida en pareja, intimidad, paternidad, sentido de la amistad así como clarificar aquellas acciones concretas que la persona puede llevar a cabo para darse cuenta de esas conexiones.

Qué hacer y qué no hacer en terapia

Reforzar el problema

Una tentación básica a la que se enfrenta el terapeuta es la necesidad de conectar con el sistema de lenguaje del cliente y reforzar, sin darse cuenta, el yo conceptual. Esta tendencia, normalmente, se manifiesta en el desarrollo de una cantidad excesiva de argumentos lógicos y racionales respecto a los motivos por los que el cliente no debería confiar en sus pensamientos, tomarse en serio su falta de confianza en sí mismo y cosas por el estilo. Por otra parte, terapeutas o clientes pueden quedar fijados a historias sobre despertar espiritual o consciencia del "ahora" y terminar aferrándose a un sentido del yo sutilmente comparativo o fusionado (una especie de orgulloso apego a la manera en que ellos están siendo conscientes, "a diferencia de los demás").

Una forma de contrarrestar esta tentación consiste en centrarse más en procesos vivenciales y en su relación con el cambio de conducta real. El cliente, sin embargo, también puede malinterpretar este proceso y asumir que el mensaje del terapeuta es que la felicidad surge una vez que a uno no le importe ya una versión determinada del yo conceptual. Es importante reiterar, tanto a terapeutas como a clientes, que no existe una fórmula secreta que conceda la felicidad de manera sistemática. El objetivo es estar presente en aquello que la vida nos dé, en un momento determinado y, en relación al comportamiento que consideramos más importante. Muchas veces, los clientes se pliegan en su lenguaje y empiezan a valorar cómo están funcionando "a nivel gerencial" –como si esto fuera algo que se pudiera alcanzar y no perder nunca–. En otras palabras, las experiencias con el más amplio sentido del self proporcionan nuevas oportunidades para que el modo mental de solución de problemas envuelva al cliente en una espiral de auto-evaluaciones continuas (por lo general, negativas aunque, a veces, resulten positivas). Los terapeutas ACT deberían estar atentos a estos sutiles procesos de

auto-evaluación que solo sirven para proporcionar más contenidos al self conceptual.

Utilizar la espiritualidad, no predicarla

Durante décadas, la comunidad psicoterapéutica ha rehuido la práctica espiritual como algo fuera del ámbito profesional del terapeuta. Entrar en ese tipo de temáticas equivalía a invadir los límites personales del cliente. Afortunadamente, tal actitud está dejando paso a la constatación de que la espiritualidad –en todas sus múltiples formas– es un elemento esencial de una vida con sentido. Aunque no siempre ocurre así, la espiritualidad requiere o facilita una cierta toma de perspectiva. Hay bastantes escritos religiosos de diferentes culturas que tratan el problema del concepto de uno mismo al tiempo que aconsejan buscar una forma más profunda de significado. La religión surgió como la primera tentativa de deshacer el daño causado por "comer del árbol del conocimiento". Reconocemos que algunos clientes o terapeutas pueden ser seducidos por los aspectos normativos de una doctrina religiosa y eso puede volverlos más rígidos. Al mismo tiempo, no deberíamos "tirar al bebé junto con el agua del baño" asumiendo automáticamente que la práctica religiosa o espiritual es algo que nunca debemos incluir en nuestra propia práctica profesional.

Teniendo presentes estas advertencias, es importante que el terapeuta evite defender un punto de vista religioso *per se*. La ACT no consiste en cambiar las creencias espirituales sino, más bien, en iniciar un proceso de identificación de aquello que *funciona para el cliente*. Aunque muchos de los puntos de la filosofía subyacente a la ACT pueden ser compatibles con mensajes de distintas religiones, el terapeuta necesita centrarse en el cliente siguiendo el principio de máxima eficacia para él y no un sistema de creencias concreto.

A la hora de trabajar con cuestiones relativas al yo trascendente es perfectamente aceptable echar mano de historias con un trasfondo religioso o de términos con los que el cliente ya está conectado. Por

ejemplo, la aceptación es un concepto muy próximo al contexto religioso del cristianismo por lo que se puede utilizar esa relación para explicar que la aceptación es como la gracia: una decisión libre, gratuita y amorosa y no algo que se gana como consecuencia del buen comportamiento. Es fácil hacer una asociación de este tipo porque *gracia* viene la palabra *gratis* o *libre*. De manera semejante, *confianza* viene de la misma raíz que *fe* y significa "fiel con uno mismo" o "fe en uno mismo". Para algunos clientes puede resultar más conveniente animarlos a que emprendan acciones de "fe en sí mismos" en lugar de esperar a que surjan sentimientos de "confianza" (respecto a aquello que menos confíen poder hacer).

El cliente multiproblemático y autodestructivo

La mayoría de los clientes seriamente disfuncionales suelen incurrir en una especie de auto fragmentación en un intento de adaptarse a un trauma personal abrumador o a un entorno negativo causante de un estrés crónico. Este tipo de clientes es víctima de un proceso basado en el lenguaje destinado a filtrar las consecuencias negativas de traumas o angustia crónica. El efecto destructivo del trauma no radica tanto en el propio suceso *per se* cuanto en las maniobras de escape y evitación subsiguientes con las que se intenta defender al cliente del impacto emocional del trauma. La forma más destructiva de evitación emocional que puede experimentar un sujeto es la fragmentación del yo como proceso continuo que tiene lugar mediante disociación, supresión o negación. En casos extremos, estos fragmentos se vinculan a versiones del yo como contenido conceptual y –*¡voilà!*– surgen, de pronto, pautas de comportamiento aparentemente contradictorias y permanentes. Los clientes que actúan de esta manera tienen un yo conceptualizado que evoca ansiedad o miedo cuando queda expuesto a las experiencias del momento presente. Los clientes crónicamente disfuncionales también se pueden quejar de insensibilidad, sentimientos de aburrimiento, vacío o una sensación de oscuridad o auto-aniquilación inminente. El cliente, cuando se le pide que esté presente con sus pensamientos o

sentimientos, puede comunicar temor a que tenga lugar algún tipo de muerte psíquica. En términos metafóricos, el cliente teme caer en un agujero negro y no regresar de allí jamás. Como el yo-como-perspectiva no es una "cosa", es posible imaginárselo, literalmente, como una forma de "nada" o aniquilación. En cierto sentido, el cliente tiene razón porque el yo observador destruye la vinculación con el yo-concepto. Como mencionábamos anteriormente, los terapeutas ACT sugieren que los clientes deben "matarse cada día"; pero es el yo conceptual, no el yo-como-perspectiva el que es necesario destruir continuamente (solo para que resurja y pueda ser destruido otra vez).

En ACT no se considera que los clientes carezcan de la capacidad de desarrollar un sentido de la perspectiva ni que sean incapaces de desarrollar una consciencia coherente de sí mismos. En los trastornos disociativos, por ejemplo, solo hay una persona en la sala. La conducta del cliente está afectada por contenidos fragmentarios sobre distintos "yoes" conceptuales que irrumpen en el curso de la consciencia de sí mismo alterando los contenidos internos. Lo que tienen en común los clientes es la ocurrencia indiscriminada de estrategias de evitación emocional con independencia de que resulten útiles o no para la vida del cliente. El terapeuta puede observar cuidadosamente las palabras y acciones del cliente y trabajar para traer al cliente a la realidad de la sala una vez que se ha establecido una relación terapéutica adecuada y un sentimiento de seguridad. Nosotros recomendamos el empleo de ejercicios vivenciales y metafóricos que disuelvan los procesos disociativos (i. e.: de evitación). Este tipo de intervenciones pueden disminuir el recurso a la fragmentación como una estrategia de evitación emocional y ayudar al cliente a construir el "yo" y un sentido coherente de la propia consciencia.

Detectar las señales de progreso

Por lo general, el trabajo con el yo observador se desarrolla adecuadamente cuando el cliente informa de una sensación de observar (en lugar de quedarse atrapado en) sus vivencias internas. En este caso, los clientes emplean un lenguaje que sugiere que se están viendo a sí mismos como una entidad separada de su mente. Este desarrollo es especialmente significativo cuando tiene lugar de manera espontánea, indicando que viene de la propia experiencia del cliente y no de imitar algo que el terapeuta haya podido decir. Otra señal crítica en este nivel es la capacidad de reírse de uno mismo con toda seriedad. En el Budismo Zen, esta capacidad se conoce como "la sonrisa del omnisciente". En realidad, refleja el sentimiento de diversión del cliente al constatar lo tentadores que resultan los procesos relacionados con el yo –pero desde un punto de vista desde el cual uno se puede reír de tan disculpable elemento de la naturaleza humana–. Una de las principales fuentes del sufrimiento humano es la tendencia a tomarnos demasiado en serio a nosotros mismos y el hecho de tomarse a uno mismo un poco más a la ligera mediante un toque de humor, ironía y paradoja suele ser una buena señal para una vida saludable. Por último, estos desarrollos son todos ellos los más prometedores una vez que el cliente empieza a utilizar de modo espontáneo los procesos de centramiento en su vida diaria.

9 Defusión

DANIA, Florida, 16 de Junio (agencias). Una niña de seis años resultó muerta al colocarse frente a un tren tras decirle a sus dos hermanos y a su primo que "quería convertirse en un ángel para estar con su madre"… Las autoridades informaron de que su madre tenía una enfermedad terminal.

New York Times, 17 de Junio de 1993

En este capítulo aprenderás…

- Cómo la fusión con el contenido verbal puede conducir al sufrimiento.
- Cómo hacer que los clientes sean conscientes de las limitaciones del lenguaje.
- Cómo detectar el lenguaje evaluativo que interfiere con la capacidad de sentir directamente.
- Cómo utilizar ejercicios no verbales y vivenciales para facilitar la defusión.

Visión general

Tal como se pone de manifiesto en la nota periodística que encabeza el capítulo, hasta una niña de seis años puede llegar a imaginarse que accedería a un mundo mejor plantándose delante de un tren. "Debido a *X*, si hago *Y*, obtendré *Z*, que es bueno". Una niña de seis años es capaz de darle valor a esas variables. Este procedimiento es necesario para resolver problemas verbales pero el modo mental de solución de problemas no sabe cuándo tiene que detenerse por lo que muy bien

puede transformar la vida de una persona en un problema que hay que resolver en lugar de un proceso que hay que vivir, ¡incluso si, como resultado, acaba con la vida de la persona!

El desafío fundamental del ser humano consiste en aprender cuándo seguir lo que dice la mente y cuándo ser solo consciente de la propia mente mientras se está atendiendo al aquí y ahora. Cuando nos volvemos "mentales", los procesos analíticos verbales en curso nos arrastran a aquello a lo que se refieren en lugar de lo que *son*. Nos relacionamos con nuestros pensamientos como representaciones del mundo interno y externo y perdemos de vista la perspectiva de que el pensamiento no es otra cosa que un proceso en funcionamiento; de ese modo, nos desconectamos de todas las otras múltiples fuentes de estimulación. Esta faceta de la experiencia humana es una realidad constante para todos nosotros. Todos tenemos "mentes" que prácticamente nunca se callan y están continuamente evaluando, comparando, prediciendo y planificando. La maquinaria verbal que está siempre runruneando en nuestra cabeza es una herramienta magnífica y útil pero también puede resultar destructiva cuando nos arrastra.

Como comentábamos en el capítulo 3, la fusión consiste en mezclar los procesos verbal-cognitivos con la experiencia directa de manera que el individuo no puede diferenciar entre ambos. Por su propia naturaleza, la fusión constriñe nuestro repertorio de respuestas en determinados ámbitos. Cuando estamos fusionados, formulamos una situación de manera simbólica y, luego, organizamos nuestro comportamiento de manera que encaje con los requerimientos de las reglas que estamos programados a seguir. Tales reglas se nos inculcan socialmente y, de ese modo, nos parecen "la cosa más normal y racional que podemos hacer". El problema es que esa manera de seguir las reglas nos hace perder el contacto con los antecedentes y consecuencias directas del comportamiento. En un estado fusionado, una persona puede seguir la misma regla una y otra vez sin llegar a reconocer jamás que los resultados deseados no se pueden alcanzar

porque cada fracaso en conseguirlos lleva a una adhesión aún mayor al seguimiento de esa regla. Como las reglas verbales son muy útiles en muchos ámbitos, cuentan con todo el apoyo social de tal manera que se eligen como el modo de operar preferente en la mayoría de los aspectos de la vida cotidiana. Esto genera una tendencia a que la gente, habitualmente y de manera automática, se fusione con su maquinaria verbal. Si el proceso fuera voluntario y tuviera que ser "deseado", todos podríamos elegir fusionarnos o no, dependiendo de la utilidad que eso tuviera. Desgraciadamente –hasta que uno aprenda a convertir la fusión en una elección voluntaria– el proceso no solo es automático y habitual sino también invisible. Por lo general, no recibimos ninguna "alerta" de nuestro sistema verbal que nos avise de que nos estamos enredando demasiado en este proceso.

Cuando se produce la fusión, el pensamiento regula la conducta sin ninguna otra contribución adicional. Cuando la situación implica vivencias angustiosas y no deseadas, la fusión, de manera casi automática, nos aboca a la evitación vivencial porque, en un estado fusionado, la persona sigue, invariablemente, reglas que sugieren que tales vivencias son "insanas" y deben ser controladas o eliminadas. La fusión hace que a la persona le resulte imposible limitarse a ser testigo de la presencia de pensamientos, sentimientos, recuerdos o sensaciones indeseables. Como proceso automático que es, la fusión da lugar a una actitud que es lo opuesto a la apertura psicológica.

Para mantener la fusión bajo control contextual, la ACT enseña a los clientes a separar los procesos cognitivos que están operando de sus productos cognitivos. Metafóricamente, esto equivale a separar al "ser humano" (el oyente) de la "mente" (el hablante). Esta intervención táctica se denomina "defusión" –un neologismo de la ACT que significa establecer un contacto más directo con los fenómenos verbales como lo que son en realidad y no con lo que dicen ser. (En la literatura ACT en inglés, a veces se ve el término escrito como "diffusion" –difusión– pero eso es debido a que el corrector del programa informático alteró el término correcto en el manuscrito

original y, luego, se les coló a los correctores de pruebas). La defusión no elimina el contenido verbal –simplemente, reduce su efecto automático sobre la conducta de manera que también puedan actuar otras fuentes de regulación conductual–. El objetivo es controlar el lenguaje –no mediante la transformación de su forma sino, más bien, cambiando su función y sometiéndolo a un mayor control contextual voluntario–. Dicho de otra manera, el objetivo de la defusión consiste en adoptar una actitud de flexibilidad cognitiva voluntaria. Cuando la fusión es segura y deseable –como, por ejemplo, cuando uno está en la cama, hecho un ovillo, leyendo una novela–, uno se puede dejar ir en ella de forma voluntaria, sin necesidad de interrupciones. Cuando la fusión no es útil –por ejemplo, cuando uno está enfrentándose al torrente habitual de autocríticas–, se puede dar un paso atrás voluntariamente, distanciarse de la mente, observar el proceso que está teniendo lugar ("soy consciente de que estoy pensando *X*") y no quedarse atrapado en sus productos ("soy una mala persona"). Adquirir el hábito de defusión requiere práctica y esa práctica solo se puede empezar a establecer fuera del modo evaluativo habitual de la mente. Hay un dicho cómico que lo resume muy bien: "Yo pensaba que mi cerebro era el órgano más importante… hasta que me di cuenta del órgano que me estaba diciendo eso".

El trabajo de ACT se lleva a cabo casi por completo en un espacio psicológico "defusionado". Por ejemplo, durante los primeros momentos de la sesión inicial, cuando el cliente está hablando de luchar contra los pensamientos negativos, el terapeuta podría decir: "Parece como si tu mente estuviera diciendo que…". Este tipo de construcción verbal favorece la defusión sin hacer demasiado manifiesta su intención porque le pide al cliente que considere sus propios pensamientos como consideraría las manifestaciones verbales de otras personas. La esencia del trabajo consiste, simplemente, en distanciarse del significado del proceso verbal y empezar a considerarlo desde el punto de vista de un observador. El terapeuta modela esta actitud, una y otra vez, a base de emplear

expresiones coherentes con la ACT. Por ejemplo, el terapeuta podría preguntar qué otras cosas aparecen, o qué más hay en esa grabación, o si la mente del cliente tiene algo más que decirle, o cuántos años tiene ese pensamiento, o en qué parte del cuerpo del cliente se manifiesta ese sentimiento. Todas estas son intervenciones defusionantes que inducen un cambio sutil en las reglas de los intercambios verbales normales. También se pueden utilizar metáforas y ejercicios. Los terapeutas ACT pueden pedirles a sus clientes que observen sus pensamientos, flotando, como hojas llevadas por la corriente; también se podrían cantar en voz alta los pensamientos más problemáticos, como si se tratara de una ópera; se los puede pronunciar muy lentamente, o con la voz del Pato Donald, o se los podría colocar, imaginariamente, sobre el suelo para darles color, tamaño, forma, temperatura y textura. Se pueden utilizar técnicas de "mindfulness" para permitirse observar los pensamientos sin juzgarlos y en el momento presente. La defusión se puede dar a través de metáforas, como cuando se habla de los pensamientos como si se tratara de unas gafas de colores, o de globos de diálogo sobre la cabeza de los personajes de una historieta, o de frases impresas en nuestra camiseta. La defusión puede darse, precisamente, cuando se habla de los pensamientos como pensamientos, al preguntarle al cliente si está bien tener un pensamiento complicado o por hacer que la relación entre pensamientos y conducta se vuelva más débil mediante ejercicios de conducta.

La fusión se mantiene a través de contextos relacionales que se establecen dentro de una comunidad social o verbal mediante una demanda de razones y de argumentos, demanda de sentido, consistencia y coherencia y demanda de planificación, razonamiento y solución de problemas. En ACT, el trabajo del terapeuta consiste en debilitar esos contextos hablando y obrando de formas inesperadas y no literales. Una vez que se ha ayudado al cliente a establecer algunas habilidades de defusión, se pueden consolidar los procesos que permitan salirse de la mente cuando resulte conveniente hacerlo. La fusión por sí misma no es el enemigo –no es más que una función del

lenguaje y resulta muy útil en las circunstancias apropiadas–. De manera semejante, la defusión no es un fin en sí misma –es, sencillamente, una habilidad que resulta muy útil en determinados momentos y ocasiones–. La ACT le puede ayudar al cliente a aprender cómo utilizar esta habilidad y cómo distinguir cuándo es conveniente la fusión y cuándo no.

Aplicaciones clínicas

Un buen sistema para disminuir la confianza del cliente en el lenguaje consiste en demostrarle sus límites. El lenguaje es el único utensilio de la caja de herramientas de los humanos que parece servir para todo tipo de trabajos. El objetivo del terapeuta consiste en mostrarlo como una sobresimplificación. Lenguaje y pensamiento son útiles, sobre todo, para resolver problemas del mundo externo; la naturaleza representacional subjetiva del conocimiento lo convierte en una fuerza peligrosa en el "universo que hay entre las orejas". El lenguaje tiene una capacidad muy limitada para captar y descifrar la experiencia personal; sin embargo, desde la infancia se nos enseña que es la gran herramienta para el desarrollo del conocimiento de uno mismo. Hay muchos ejercicios de ACT que revelan las limitaciones de la conducta verbal ("mental"). Antes de empezar con ellos, conviene comentar con el cliente el tema del funcionamiento de la mente de manera que dé lugar a un nuevo marco de referencia para este tipo de experiencias. Lo que sigue a continuación es un ejemplo de cómo se podría llevar a cabo esta tarea:

"Probablemente ya habrás adivinado que no soy un gran entusiasta de las mentes. No es que piense que las mentes no son útiles; es solo que no se puede vivir realmente la propia vida de forma adecuada limitándose al universo que tenemos entre las orejas. Las mentes evolucionaron para proporcionar a los humanos un medio muy eficaz de detección de amenazas para la supervivencia; por eso, no resulta sorprendente que una buena parte del contenido mental sea negativo,

crítico o de aviso de peligros. Tu mente está haciendo aquello para lo que fue diseñada – ¡Pero, al mismo tiempo, no te está dando ni un respiro!– Por eso, aquí vamos a tener que aprender cómo salirnos de esa cháchara cuando eso sea lo más conveniente. Tu mente no es tu amiga *pero* tú no puedes funcionar sin ella. Es una herramienta que hay que utilizar. Tenemos que aprender cómo utilizarla pero, de momento, es ella la que te está utilizando *a ti"*.

El hecho de que algo pueda ser conocido verbalmente y de que sea verbalmente correcto, le confiere un gran valor que, por lo general, se refuerza en la cultura humana. La arbitrariedad del lenguaje significa que, una vez que se ha aprendido, se vuelve relativamente independiente de sus apoyos en el entorno inmediato. La combinación de estos dos factores lleva a sobredimensionar el lenguaje de una forma indiscriminada sin que el cliente, por lo general, sea consciente de ello. La metáfora de *Encontrar un sitio donde sentarse* ayuda a darse cuenta de esto de una forma vivencial:

Terapeuta: Es como si necesitaras un sitio para sentarte y empezaras a describir una silla. Digamos que has dado una descripción muy detallada de la silla: es gris y tiene una estructura metálica; está tapizada en tela y es muy robusta. Muy bien, ¿ya te puedes sentar en esa descripción?

Cliente: Bueno…, no.

Terapeuta: Hmmm. Tal vez es que la descripción no era lo bastante detallada. ¿Qué te parece si fuera capaz de describir la silla a nivel de su estructura atómica? ¿Podrías, así, sentarte en la descripción?

Cliente: No.

Terapeuta: Aquí está la realidad; pero observa tu propia experiencia: ¿No te está diciendo tu mente cosas tales como que el mundo es de esta manera y de la otra y que tu problema consiste en esto o en aquello? Describe, describe, describe. Evalúa, evalúa, evalúa. Y, mientras tanto, tú te estás sintiendo cada vez más cansado. Necesitas un sitio donde sentarte, pero tu mente sigue dándote descripciones

muy elaboradas de sillas y, luego, te dice: "siéntate". Las descripciones están bien pero lo que nosotros estamos buscando es una experiencia, no una descripción de la experiencia. Las mentes no pueden ofrecer experiencias, solo parlotean acerca de lo que ha tenido lugar–. De manera que vamos a dejar que tu mente describa todo lo que quiera y, entretanto, tú y yo vamos a buscar un sitio para sentarnos".

Otra buena estrategia consiste en referirse a la propia experiencia del cliente en áreas para las que las palabras no solo no basten sino que, incluso, sean contraproducentes. Algunas tareas están perfectamente reguladas mediante reglas; por ejemplo, encontrar el camino para ir al supermercado –ir hasta el primer semáforo, girar a la izquierda y demás–. Sin embargo, para otras muchas actividades, las reglas no resultan tan eficaces. Esta consciencia puede ser desarrollada vivencialmente pidiéndole al cliente que explique acciones motoras durante la terapia. Por ejemplo, si el cliente coge una pluma, el terapeuta le puede pedir que explique lo que está haciendo. Cuando el cliente da la explicación (p. e., "se coge con la mano derecha"), el terapeuta puede ver si funciona a base de decirle a su mano que la coja. Por supuesto, la mano no oye y no la va a agarrar. La conducta, primero, ocurrió de forma no verbal y, solo después, se convirtió en una acción dirigida por el lenguaje. Sin embargo, el lenguaje afirma saber cómo se hace prácticamente todo, desde coger una pluma a desarrollar una relación. El conocimiento verbal se pone tan por encima del conocimiento no verbal que, al final, se genera la ilusión de que todo conocimiento es conocimiento verbal. Pero si, de repente, se nos privara de todo nuestro repertorio de conocimiento no verbal, ¡nos caeríamos indefensos al suelo!

Desliteralizar el lenguaje

Tras este asalto inicial a los límites del lenguaje como sustituto de la experiencia real, el terapeuta necesita proporcionarle al cliente la experiencia del lenguaje desprovisto de sus funciones simbólicas. El ejercicio *Jamón, Jamón, Jamón* (descrito en el capítulo 3) fue usado por

primera vez por Titchener (1916, p. 425) para tratar de explicar su teoría del significado. Es una forma divertida de demostrar que se necesita un contexto literal, secuencial, analítico para que un estímulo lingüístico tenga un significado literal (es decir, derivado).

Terapeuta: Vamos a hacer un pequeño ejercicio. Se trata de un ejercicio con los ojos abiertos. Te voy a pedir que digas una palabra. Luego, tú me dices lo que se te venga a la mente. Quiero que tú digas la palabra *jamón.* Dila una vez.

Cliente: Jamón.

Terapeuta: Bien, ¿qué se te viene a la mente cuando dices eso?

Cliente: Tengo un jamón en casa, en la despensa.

Terapeuta: Muy bien, ¿y qué más? ¿Qué se te ocurre cuando decimos "jamón"?

Cliente: Me lo imagino: un plato con unas lonchas.

Terapeuta: Bien, ¿y qué más?

Cliente: Casi lo puedo probar.

Terapeuta: Exacto. ¿Puedes sentir ahora cómo sabe una loncha de jamón en tu boca? Untuosa, suave, salada. La sientes en la boca, "ñam, ñam, ñam"… ¿no es así?

Cliente: Así es.

Terapeuta: De acuerdo; veamos si esto es así: Lo que se te viene a la mente son cosas relacionadas con el jamón real y tus experiencias con él. Lo único que ocurrió es que nosotros articulamos un sonido extraño –"jamón"– y todas esas cosas se te ocurrieron por arte de magia. Date cuenta de que no hay ni rastro de jamón en la sala. Nada en absoluto. Pero, por lo que a tu mente se refiere, el jamón estaba en la sala. Tú y yo lo estábamos viendo, gustando, sintiendo –aunque lo único que había aquí era la palabra–. Ahora, aquí tienes un pequeño ejercicio, si estás dispuesto a hacerlo. Es una tontería por lo que te puedes sentir un poco incómodo al hacerlo pero yo lo voy a hacer

contigo, así que podemos sentirnos incómodos los dos juntos. Lo que te voy a pedir que hagas es que repitas la palabra *jamón* en voz alta, rápido, una y otra vez y, luego, que observes lo que sucede. ¿Estás dispuesto a intentarlo?

Cliente: Creo que sí.

Terapeuta: Bien, vamos a ello. Di "jamón" una y otra vez.

[Terapeuta y cliente repiten la palabra durante 1 minuto. El terapeuta, de vez en cuando, anima al cliente a que continúe, indicándole que lo diga más alto o más de prisa].

Terapeuta: De acuerdo, ahora, ¡para! ¿Dónde está el *jamón*?

Cliente: Se fue (*ríe*).

Terapeuta: ¿Te diste cuenta de lo que pasó con los elementos mentales del jamón que estaban aquí hace solo unos minutos?

Cliente: Después de unas 40 veces, desaparecieron. Lo único que podía oír era el sonido. Sonaba raro –de hecho, tengo la curiosa sensación de que, en algún momento, ni siquiera sabía qué palabra estaba diciendo. Sonaba más como el mugido de un animal que como una palabra.

Terapeuta: Bien, la suave, untuosa, salada sustancia rojiza desapareció. La primera vez que lo dijiste, era como si el jamón estuviera realmente aquí, en la sala. Pero todo lo que ocurría, en realidad, era que estabas repitiendo una palabra. La primera vez que la pronunciaste, estaba realmente llena de significado; casi era algo sólido. Pero cuando la repites una y otra vez, empiezas a perder ese significado y la palabra empieza a no ser más que un conjunto de sonidos.

Cliente: Sí, eso es lo que ocurrió.

Terapeuta: Bien, y cuando te dices cosas a ti mismo, ¿no es también cierto que esas palabras no son más que palabras? Las palabras son como el humo. No hay nada de sólido en ellas.

Este ejercicio demuestra de una forma rápida que no resulta tan difícil establecer contextos en los que incluso el significado de procesos verbales familiares puede atenuarse de manera significativa. Este ejercicio también se puede llevar a cabo con pensamientos negativos del cliente que le resulten perturbadores, con tal de que el pensamiento se pueda reducir a un par de palabras. Por ejemplo, se puede decir lo más rápido posible la frase "soy malo", una y otra vez, durante 45 segundos. Diversos estudios han demostrado que este ejercicio de repetir palabras rápidamente reduce la creencia en los pensamientos negativos referidos a uno mismo y el malestar psicológico asociado a ellos (p. e., Masuda et al., 2004, 2010; Masuda, Hayes et al., 2009; Masuda, Price et al., 2009). Muchas veces, los clientes informan de que las emociones asociadas a una palabra determinada (p. e., *muerte*) disminuyen como consecuencia de la exposición repetida –pero esta disminución de las emociones no es el propósito del ejercicio–. No les pedimos a los clientes que repitan una y otra vez cada palabra que active un sentimiento negativo; un procedimiento semejante resultaría interminable y, probablemente, no resultaría eficaz porque la relación verbal entre esas palabras y los acontecimientos negativos a los que se refieren nunca desaparece por completo. Aprender a ver la función estimular directa de las palabras no elimina sus funciones derivadas, ni tampoco queremos que tal cosa ocurra. Este tipo de intervención *suma*a esas funciones (p. e., percibir los sonidos de la palabra; experimentar lo que se siente al pronunciarla) y hace que sea más fácil observar los*procesos* de las relaciones verbales sin fusionarse del todo con sus productos.

Básicamente, la inteligencia verbal humana es un sistema entrelazado de acciones relacionales en funcionamiento. Otros modelos de terapia intentan que el cliente se vuelva escéptico respecto a la verdad de las palabras (p. e., detectando y cuestionando los pensamientos irracionales). En términos RFT, se hace hincapié en la manipulación del contexto de relaciones. Lamentablemente, este enfoque también puede aumentar el contexto funcional (p. e., los pensamientos se pueden volver aún más importantes). La ACT, más bien, pone de

manifiesto el proceso de relaciones simbólicas que tiene lugar de manera que los clientes puedan verlo tal como es. En términos de RFT, el énfasis se coloca en la manipulación del contexto *funcional*. Cuando ocurre esto, el pensamiento, por lo general, cambia (cambiar el contexto funcional altera gradualmente el contexto relacional del lenguaje) pero con un riesgo mucho menor.

Los pensamientos como pasajeros

Otra forma de defusionar el lenguaje consiste en objetivarlo, haciendo que los pensamientos se conviertan en cosas o personas. Se pueden utilizar metáforas físicas para conseguir esta objetivación que suele tener un gran impacto ya que, de modo natural, tendemos a ver los objetos externos y a las demás personas como entidades separadas de nosotros.

El ejercicio de *los pasajeros del autobús* es una intervención esencial de la ACT, dirigida a desliteralizar el contenido psíquico provocador mediante la objetivación. En sí mismo, contiene todo el modelo de flexibilidad psicológica.

"Es como si hubiera un autobús y tú fueras el conductor. En este autobús tenemos unos cuantos pasajeros. Los pasajeros son pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales, recuerdos y otros elementos del mundo interno. Algunos son temibles y van vestidos con cazadoras negras de cuero y llevan navajas. Lo que sucede es que tú vas conduciendo y los pasajeros empiezan a amenazarte diciéndote lo que tienes que hacer, a dónde tienes que ir: "Tienes que girar a la izquierda", "tienes que seguir recto", etc. La amenaza que te hacen es que si tú no haces lo que ellos dicen, van a venir desde el fondo del autobús para situarse a tu lado.

Es como si hubieras hecho un trato con esos pasajeros y el trato consiste en lo siguiente: "Vosotros os sentáis en el fondo del autobús y os hundís en el asiento, de manera que yo no tenga que veros muy a menudo, y yo haré todo lo que vosotros digáis". Ahora bien, ¿qué pasaría si un día te cansaras de todo eso y dijeras: '¡Estoy harto de

todo esto! Voy a largar a esa gente del autobús'. Paras el autobús y te vas atrás, a enfrentarte con los tipos mal encarados. Date cuenta de que lo primero que tienes que hacer es parar. Date cuenta, además, de que, en ese momento, no estás conduciendo hacia ninguna parte; solo estás tratando con esos pasajeros. Además, los tipos son realmente fuertes y no tienen intención de bajarse por lo que luchas con ellos pero la cosa no parece que tenga éxito.

Finalmente, te das la vuelta para calmar a los pasajeros e intentar que se sienten otra vez atrás, donde no puedas verlos. Lo malo de esto es que, procediendo así, vas a tener que hacer lo que ellos dicen. Al cabo de muy poco tiempo, ellos ya no van a necesitar decirte siquiera 'tuerce a la izquierda' –tú ya sabes que, en cuanto te acerques a un desvío a la izquierda, algunos pasajeros van a ir sigilosamente hasta donde tú estás. También puedes intentar simular que ellos ya no están en el autobús. ¡Te dices a ti mismo que, en realidad, lo que tú querías era girar a la izquierda! Sin embargo cuando, al final, aparecen de nuevo, tienen la fuerza añadida de los tratos que tú hiciste con ellos en el pasado.

Ahora bien, la trampa de todo esto es la siguiente: Todo el poder que los pasajeros tienen sobre ti se basa en esto: 'Si tú no haces lo que te decimos, vamos a aparecer por aquí y te vamos a obligar a que nos mires'. ¡Eso es todo! Es verdad que cuando aparecen parece como si pudieran hacerte muchísimo daño. Tienen navajas, cadenas, etc. Parece como si fueran a aniquilarte. El trato que tú negociaste con ellos consiste en hacer todo lo que ellos digan para que no se levanten y se sitúen cerca de ti, obligándote a mirarlos. El conductor (tú) tiene el control del autobús pero tú cediste el control en esos tratos secretos con los pasajeros. En otras palabras, intentando mantener el control, en realidad, ¡has perdido el control! Ahora, date cuenta de que, aunque tus pasajeros digan que pueden acabar contigo si no giras a la izquierda, en realidad, nunca ha sucedido tal cosa. Los pasajeros no pueden conseguir que tú hagas algo en contra de tu propia voluntad".

El terapeuta puede volver a utilizar la metáfora del autobús a lo largo de la terapia. Preguntas tales como "¿Qué pasajero te está amenazando ahora?" pueden servir para reorientar al cliente que está incurriendo en algún tipo de evitación emocional durante la sesión.

En grupos y talleres, hemos comprobado que la representación física de las situaciones difíciles resulta muy eficaz. Se puede pedir a distintas personas que representen los pensamientos, emociones, sensaciones o recuerdos del cliente que está experimentando dificultades con ellos. Se les puede pedir a los "pasajeros" que se coloquen detrás del cliente, a quien se le dice que determine una dirección vital importante. Esa dirección se especifica de la forma más concreta posible (p. e., "Entonces, tenemos que el hecho de estar con tus hijos es muy importante, aunque tengas roces con tu ex"). Se le pide al cliente que se enfrente a cada uno de los pasajeros y que se dé cuenta de qué es lo que ellos intentan conseguir. Los demás miembros, que representan un pensamiento o sentimiento concreto, se seleccionan porque tienen alguna experiencia con tales vivencias y se les instruye para que las expresen en voz alta. Si el conductor quiere discutir con el pasajero, se organiza una discusión. Tras unos momentos, el líder puede preguntar: "¿Es así como va?" y "¿Cómo está resultando?" o, también, "¿Y qué pasa con los niños?" si el conductor dice que los pasajeros tienen que irse, el líder dice: "Oh, sí, pueden desaparecer… no tienes más que tomar este desvío y ya no los verás" y aparta al conductor de su destino. Cuando el conductor le hace frente a cada uno de los pasajeros, puede que tenga que ir hacia atrás, con lo que quedará aún más frustrado. El proceso se repite y, esta vez, el conductor coloca la mano en el hombro de cada pasajero (como símbolo de conexión con la propia historia), escucha a cada uno y se le pide que invite a cada uno a subir a bordo como expresión de su disposición ("¿hay sitio para este pasajero?"). Si se puede negociar esa posibilidad con cada pasajero, entonces el conductor pone las manos en su volante imaginario y empieza a conducir mientras los "pasajeros" empiezan a amenazarlo con los obstáculos a los que teme enfrentarse. En este juego, el objetivo de los pasajeros es

conseguir que el cliente suelte el volante y empiece a replicar o a discutir con uno o varios de ellos; se le pide al conductor que experimente lo que se siente al conducir mientras se escucha la cháchara pero con el ojo en la carretera en lugar de ponerse a luchar con el personaje.

Tener pensamientos, mantener pensamientos, creérselos al pie de la letra

La actividad mental en forma de pensamientos, sentimientos, recuerdos, imágenes y sensaciones físicas asociadas es una consecuencia del hecho de estar vivo. La mente nunca para de proporcionarnos material. Sin embargo, nosotros tenemos también integrada la capacidad de*atender selectivamente* a esos productos mentales. Si no la tuviéramos, estaríamos paralizados. Constantemente, atendemos a determinados productos y no a otros; es algo que ocurre instantáneamente y de forma natural. Forma parte de nuestro sistema operativo básico. Podemos acceder a dicho contenido voluntariamente, si encaja con un propósito determinado, simplemente cambiando el foco de atención para pasar de mirar el mundo *a través* de la lente del lenguaje (fusión) a mirar a los propios procesos verbales.

El terapeuta ACT busca ayudar al cliente a que distinga entre tener un pensamiento, mantener un pensamiento y creérselo al pie de la letra. Tener un pensamiento, sencillamente, es ser consciente de la presencia de un elemento psicológico (en principio, pensamientos pero también emociones, recuerdos, imágenes, sensaciones y demás, en cuanto todos ellos tienen funciones verbales en el sentido de la teoría del marco relacional). Mantener un pensamiento es el hecho de retener juicios y evaluaciones sin intentar manipular la forma del producto verbal. Tomarse un pensamiento al pie de la letra es sobre identificarse con el pensamiento o fusionarse con él. En ACT se entrena al cliente para que pueda tener y mantener un pensamiento *sin creérselo al pie de la letra.* La idea de tomarse los pensamientos al pie de la letra pone de relieve el dilema al que el

cliente se tiene que enfrentar. El "problema" no es el contenido de las vivencias internas; lo importante no es cuál sea el sentimiento, qué dicen los pensamientos ni de qué trata el recuerdo. Tales procesos verbales son acontecimientos condicionados, aplicables arbitrariamente y determinados históricamente. El problema es que la sobre identificación con el contenido del producto genera rigidez conductual y un tipo de atención inflexible. Cuando el cliente se toma las representaciones de la realidad al pie de la letra, el proceso verbal que tiene lugar se queda oculto detrás del contenido de los pensamientos. El cliente ha trasladado el foco de atención desde el contexto (consciencia del proceso) al contenido (lo que dice la representación). Por lo general, el culpable de este importante cambio del foco de atención suele ser un contenido interno provocativo. La idea de "tomarse un pensamiento al pie de la letra" considera esto como un acto voluntario, lo mismo que tomarse una taza de café. Cuando un cliente está luchando con algún acontecimiento o situación vital, o con una relación, el terapeuta puede evocar distintos aspectos de su vivencia personal y preguntarle: "Entonces, ¿qué pasaba cuando te tomabas al pie de la letra ese pensamiento (sentimiento, recuerdo…)?".

Phishing[1]

No todo el contenido psíquico se genera de la misma forma y eso explica por qué la mayoría de la gente es capaz de cambiar su centro de atención en cada momento a pesar del bombardeo de información procedente de la mente. Es conveniente poner de manifiesto a los clientes que algunos temas psicológicos son más "peliagudos" que otros. Si los terapeutas pueden enseñarles a los clientes a reconocer los primeros avisos de que hay un contenido problemático pululando por la mente, entonces pueden tomar medidas preventivas. El proceso es muy parecido al "phishing" que llevan a cabo los artistas del fraude en internet (Strosahl y Robinson, 2008).

Terapeuta: La maniobra inicial de phishing es, en realidad, muy simple: alguien te envía un e-mail que te provoca una fuerte respuesta

emocional. Por ejemplo, te informan de que alguien está utilizando tu tarjeta de crédito de manera fraudulenta. El mensaje te pide que, para detener esta actividad ilegal, les envíes tu número de la seguridad social, número de tarjeta de crédito, fecha de nacimiento, número del carnet de conducir o algo por el estilo. Por supuesto, esta información no va a ser utilizada para atrapar al culpable –sino que, de esa manera, el maestro timador podrá utilizar tu tarjeta de crédito o robarte tu identidad–. Pero, en el torbellino que le provoca la emoción negativa del momento, mucha gente actúa de forma impulsiva y, solo más tarde, se da cuenta de que todo era un montaje. ¿Qué pasaría si tu mente actuara como un 'phisher'? Te puede poner delante un mensaje y hacer que tú, impulsivamente, te creas un pensamiento, sentimiento, recuerdo o sensación. Tu mente te va a explicar que lo que te está diciendo es la verdad más absoluta y que es necesaria una respuesta. Lo mismo que el phisher de internet, tu mente te está llevando a donde ella quiere, basándose en el negativismo natural de la "inteligencia" con la que estás dotado. Una vez que te quedas atrapado, ¡lo vas a pasar muy mal!

Cliente: Entonces, ¿cómo puedo evitar que me lleve de esa forma que dices?

Terapeuta: Bueno, ¿qué harías si pretendieran hacerte phishing en internet? Pararte. Dar un paso atrás. No actuar de manera impulsiva respecto a lo que tu mente te está infiltrando. Y, lo mismo que en esos mensajes de internet, ver si puedes detectar algunas de las características típicas de esos señuelos. Suelen estar en blanco y negro y tener un carácter negativo, provocativo y urgente. Te incitan a la evitación o a que renuncies a tu vida de alguna manera. Por lo general, estás recibiendo esta información fraudulenta en forma de "mensajes yo" que dan la impresión de que son pensamientos que tú tienes completamente asumidos cuando, de hecho, no es más que tu mente que te está hablando. La mente no es lo mismo que tú. Tú eres un ser humano; tu mente es una herramienta verbal, no tu amo. Pero es una criada muy ruidosa y de trato difícil a veces.

No andar danzando

Una vez que una persona entra en un estado fusionado, empieza una "danza". Esta danza, por lo general, lleva al cliente a enredarse en un proceso de cavilaciones que, supuestamente, le va a ayudar a "ganar" la batalla de la mente. Esto se parece mucho al juego infantil de "¿Quién puede hacer el número más grande? La mente siempre va a poner un cero detrás de cualquier número que se le ocurra al cliente. La forma de defusión más sencilla y fácil de entender consiste en aprender a no enredarse en juegos mentales. Esto requiere que el cliente entre en contacto con su experiencia directa sobre la inutilidad de tales batallas, como en las primeras fases de la "desesperanza creativa" (que tratamos en el capítulo 6).

Terapeuta: Lo que me estás diciendo es que, cuando empiezas a tontear con tu ansiedad, tu mente te atiborra con todo tipo de cosas. Pero cuantas más cosas tragas, más te enredas. ¿Qué te dice tu experiencia? ¿Ganas muchas veces en estos concursos con tu mente?

Cliente: ¡De ninguna manera! Doy vueltas y más vueltas conmigo mismo hasta que me agoto emocionalmente. Sólo así consigo parar.

Terapeuta: Entonces, hacer eso con tu mente… ¿Te ha dado alguna esperanza de mejora, alguna idea o un nuevo enfoque para mejorar tu vida? ¿Te ha aportado alguna cosa útil durante todos estos meses que has venido funcionando de esa manera?

Cliente: ¡Lo único, fue volverme loco! Hasta llegué a plantearme seriamente si no tendría algún problema mental que no iba a poder solucionar.

Terapeuta: O sea, que, en realidad, tu mente te está diciendo que puede que tengas algún problema mental incurable. Eso suena como si quisiera danzar contigo aquí mismo y ahora mismo.

Cliente: Sí; en cuanto me insinúa todas esas cosas raras, ¡allá voy!

Terapeuta: Bueno, ya sabes: tu mente está muy aburrida y quiere danzar porque –para ella– eso es divertido. Pero danzar es un gran problema que hay que resolver; para ti, danzar es un infierno.

Cliente: Sí; infierno es una buena palabra para lo que siento por dentro.

Terapeuta: Entonces, ya has explorado todo este juego… todo el complejo juego que se trae la mente contigo. Tu experiencia te dice que nunca vas a conseguir ganarlo; tu experiencia te dice que bailar con la mente es como bailar con el diablo. Tu mente te tienta una y otra vez para conseguir danzar contigo. ¿Necesitas caer otra vez en lo mismo para solucionar este asunto con tu mente o puedes, con todo respeto, rechazar su invitación a bailar? Quiero decir, puedes echarte atrás y rechazar entrar en la pista de baile. Al fin y al cabo, es tu vida, ¿no es cierto?

Practicar la observación de la mente

Hay varios ejercicios de meditación y de atención consciente que son muy adecuados para que el cliente adquiera la capacidad de contemplar, simplemente, sus pensamientos, sentimientos, recuerdos y demás. Este tipo de práctica puede establecer habilidades muy útiles sin necesidad de tener que aprenderlas utilizando el contenido provocador con el que está luchando el cliente. Aprender defusión es una habilidad general; por eso es muy adecuado empezar a practicar con contenidos más inocuos. El ejercicio de los *Soldados desfilando* y sus variantes (p. e., *Hojas en una corriente, observar el tren de la mente*) están diseñados para ayudar a establecer esta habilidad crucial para ayudar a los clientes a distinguir entre fusión y defusión de manera que puedan darse cuenta de un modo más claro de cómo se siente uno al quedarse atrapado.

Terapeuta: Me gustaría que hiciéramos un ejercicio para que veas lo rápido que los pensamientos nos sacan de la experiencia cuando nos los creemos al pie de la letra. Lo que te voy a pedir es que pienses en cualquier cosa que se te ocurra y que dejes que los pensamientos

fluyan uno detrás de otro. El propósito del ejercicio es que te des cuenta de cuándo cambias la perspectiva de mirar *a* tus pensamientos por la de mirar *desde* tus pensamientos.

Te voy a pedir que te imagines que hay algunas personas, soldados, desfilando desde tu oído izquierdo y marchando frente a ti, en formación. Tú estás arriba, en el palco de honor, viendo pasar el desfile. Cada soldado lleva consigo un cartel y cada uno de tus pensamientos es una frase escrita en cada uno de los carteles. A algunas personas les resulta difícil poner sus pensamientos en forma de palabras y ven los pensamientos como imágenes. Si es eso lo que te pasa a ti, coloca una imagen en cada uno de los carteles que llevan los soldados. A algunos no les gusta la imagen de los soldados y, entonces, pueden utilizar otra imagen distinta: hojas flotando en una corriente. Tú puedes elegir la imagen que te parezca mejor.

Cliente: La de los soldados está bien.

Terapeuta: De acuerdo. Dentro de un instante te voy a pedir que te concentres y que empieces a dejar que tus pensamientos se pongan por escrito –o como imágenes– en los carteles que llevan los soldados. Y tu tarea va a ser la siguiente: simplemente, vas a mirar el desfile, sin dejar que se detenga y sin meterte tú en medio de él. Se supone que lo que tienes que hacer es dejarlo que transcurra. Sin embargo, es muy poco probable que consigas hacerlo sin interrupción. Y esta es la parte más importante del ejercicio. En algún momento dado, vas a tener la sensación de que el desfile se ha parado o de que tú estás en medio del desfile en vez de seguir en el palco. Cuando ocurra eso, me gustaría que retrocedieras unos segundos a ver si puedes darte cuenta de lo que estabas haciendo justo antes de que se parara el desfile. Luego, sigue adelante y coloca de nuevo los pensamientos en los carteles hasta que el desfile se pare por segunda vez, y otra vez, y otra. Lo más importante es darse cuenta cuando se para por cualquier razón y ver si puedes determinar lo que ocurrió justo antes de la parada. ¿De acuerdo?

Cliente: De acuerdo.

Terapeuta: Una cosa más. Si el desfile no continúa y tú empiezas a pensar: "Esto no funciona" o "no lo estoy haciendo bien", entonces deja que esos pensamientos se coloquen en un cartel y envíalos al desfile. ¿De acuerdo? Ahora, ponte cómodo, cierra los ojos y concéntrate. (*Realizar un ejercicio de centramiento con el cliente durante 1 o 2 minutos*). Ahora, deja que empiece el desfile. Tú sitúate de pie, en el palco de honor y deja que el desfile vaya transcurriendo. Si se para o te encuentras en medio de él, vuelve al palco y haz que el desfile siga otra vez. Muy bien, empecemos… Cualquier cosa que se te venga al pensamiento, colócala en los carteles… (*Esperar 2 ó 3 minutos, dejando que el cliente trabaje*).

Asegúrate de darles bastante tiempo a los clientes y utiliza pocas palabras. Procura leer la reacción del cliente y observa cualquier señal, añadiendo algún comentario que sea adecuado, como: "Deja que vaya transcurriendo y date cuenta cuando se detiene". No dialogues con el cliente. Si el cliente abre los ojos, pídele tranquilamente que los cierre y que siga el ejercicio. Si un cliente empieza a hablar, sugiérele suavemente que coloque ese pensamiento en un cartel diciéndole algo como: "Hablaremos más sobre esto cuando acabe el ejercicio; pero de momento, no necesitas hablar. Cualquier cosa que quieras decir es, también, un pensamiento que puedes ver escrito y desfilando".

Terapeuta: Bien, ahora vamos a dejar que vayan pasando los últimos soldados y vamos a empezar a pensar en regresar a la habitación (*ayudar al cliente a reorientarse durante 1 o 2 minutos*). Bienvenido de nuevo.

Cliente: Interesante.

Terapeuta: ¿Qué fue lo que observaste?

Cliente: Bueno, al principio fue fácil. Estaba viéndolos marchar. Luego, de pronto, me di cuenta de que me había perdido y estuve así unos 15 segundos.

Terapeuta: Como si estuvieras fuera del palco.

Cliente: Justo. Todo el ejercicio se había detenido.

Terapeuta: ¿Te diste cuenta de lo que pasó antes de que todo se parara?

Cliente: Bueno, estaba teniendo pensamientos sobre cómo sentía el cuerpo y esos estaban escritos en los carteles. Y, luego, empecé a pensar en mi trabajo y en la reunión que voy a tener el viernes con el jefe. Estaba pensando en lo ansioso que me puedo sentir por tener que decirle algunas cosas negativas que han pasado y, luego, lo que tú dijiste un poco después. Y aún estoy pensando en aquello.

Terapeuta: Entonces, cuando ese pensamiento apareció por primera vez –"Tengo una reunión con el jefe el viernes"– ¿estaba escrito en un cartel?

Cliente: Al principio, estaba; por una milésima de segundo. Después, ya no.

Terapeuta: ¿A dónde se había ido?

Cliente: A ningún sitio en concreto. Simplemente, yo estaba pensando en el asunto.

Terapeuta: O él te estaba pensando a ti. ¿Podríamos decirlo de esta manera?: En algún momento, hubo un pensamiento que te enganchó. Tú te lo creíste a pies juntillas y empezaste a mirar *al* mundo desde ese pensamiento. Dejaste que él te organizara el mundo. Entonces, empezaste a imaginar lo que podría pasar, qué ibas a hacer y cosas por el estilo y, en ese punto, el desfile estaba completamente parado. De ese modo, no tienes ninguna perspectiva sobre el pensamiento –ni siquiera lo puedes ver con claridad–. En vez de eso, estás enfrentándote a la cita con tu jefe.

Cliente: Sí, así fue.

Terapeuta: ¿Volviste a colocar ese pensamiento en el cartel?

Cliente: Bueno, en algún momento recordé que se suponía que tenía que hacer que los pensamientos fluyeran así que escribí el pensamiento y dejé que se lo llevara un soldado. Entonces, las cosas marcharon bien durante un rato hasta que empecé a pensar que todo el ejercicio era una tontería.

Terapeuta: ¿Y te diste cuenta de ese pensamiento o fue él quien te pensó a ti?

Cliente: Creo que me lo tomé al pie de la letra.

Terapeuta: ¿Y qué pasó con el desfile?

Cliente: Se paró.

Terapeuta: Bien. Esto es lo que ocurre: cada vez que se para el desfile es porque te aferras a un pensamiento.

Cliente: Sí; encaja.

Terapeuta: Aun no he encontrado a nadie capaz de hacer que el desfile marche todo el rato. No es realista esperar algo así. Lo que importa es ver cómo se experimenta el estar atrapado en tus propios pensamientos y cómo se siente el echarse atrás una vez que has quedado atrapado.

Conviene que los clientes se comprometan a realizar prácticas diarias para reforzar la actitud de experimentar y mantener las vivencias internas. Este tipo de ejercicios podría incluir que el cliente practicara 5 minutos de inspiraciones profundas tres o cuatro veces al día, simplemente, con el objetivo de darse cuenta de lo que ocurre entre sus orejas. Se puede grabar el ejercicio de los *soldados desfilando* para practicarlo por la noche. Los clientes pueden valorar, cada día, en qué grado estuvieron "vigilando la mente" y anotar las cosas que percibieron, lo mismo que un naturalista que observa las aves y lleva un diario para cada una de las especies que observa. Todo esto ayuda a establecer una postura de curiosidad desapasionada, que es una de las características de la defusión.

Darle un nombre a la mente

Cuando el cliente empieza a darse cuenta de que la mente humana emite una corriente más o menos constante de "cháchara" evaluativa, se pueden empezar a confrontar los intereses de la mente con los intereses de la persona. Puede servir de ayuda el darle un nombre al modo mental evaluativo, de solución de problemas, como si se tratara de una persona. Algunos terapeutas le piden a los clientes que, de forma fantasiosa, le atribuyan un nombre que luego podrán utilizar durante el resto de la terapia (p. e., "¿Qué te dice 'Bob' sobre eso?" o bien: "Entonces 'Bob' ha tenido una rabieta cuando tú seguiste adelante…"). *Tratar a la mente casi como si fuera una entidad aparte es una estrategia de defusión muy importante.*

Si darle un nombre a la mente no encaja con el estilo personal del cliente, se le puede asignar una etiqueta descriptiva tal como "mente reactiva" (tal como se hace en *Mindfulness and Acceptance Workbook for Depression* de Strosahl y Robinson, 2008). De esa manera, el terapeuta puede decir cosas tales como: "entonces, ¿cómo te estaba amenazando tu mente reactiva todo ese tiempo?" o bien: "¿A quién le estoy hablando ahora, a ti o a tu mente reactiva?". Esto ayuda a que la persona establezca una distancia saludable entre pensamiento y pensador y hace posible salirse de las cuestiones que supone el hecho de tener una mente. Otra ventaja de etiquetar los aspectos analíticos y evaluativos de la actividad mental es que, al final, el terapeuta va a proponer que hay otros aspectos de la mente que son de gran ayuda y la utilización de esas etiquetas va a ayudar al cliente a establecer las debidas distinciones entre los diferentes modos de utilización de la mente.

El ejercicio *Llévate a tu mente de paseo* brinda una buena ocasión de comprobar lo evaluativa, obstruccionista y enredosa que puede ser la mente. En este ejercicio, el terapeuta da un paseo con el cliente. El objetivo es que el cliente, simplemente, pasee al ritmo y en la dirección que quiera. No hay un destino establecido; se trata de un ejercicio de pasear sin rumbo. El cliente hace el papel de "persona" y

el terapeuta hace el papel de "mente". Mientras van caminando, el terapeuta verbaliza el mismo tipo de charla crítica que el cliente oye cada día de su propia mente. Suele servir de ayuda que el terapeuta utilice contenidos provocadores o temas tomados de las sesiones de terapia que le causen angustia al cliente. El objetivo del cliente consiste en caminar a pesar del flujo continuo de verbalizaciones negativas. Si el cliente se para o intenta replicar a la mente, el terapeuta inmediatamente dice: "¡pasa de tu mente!" como señal de que el cliente ha sido absorbido por el contenido negativo y necesita defusionarse de él para seguir andando.

Debilitar las razones

Una manera especialmente gravosa de dar sentido es lo que se conoce como "dar razones". En términos de situación, el cliente suele dar razones para justificar socialmente alguna acción indeseable o la falta de acción (p. e., "No fui a trabajar porque estaba muy deprimido"). Estas reglas autogeneradas tienden a combinarse para dar lugar a una "historia personal" con un inevitable efecto negativo. Por lo general, las razones aducidas en situaciones concretas tienden a dar la impresión de que existe una relación causal entre los estados mentales internos (p. e., depresión) y las conductas observables (p. e., no ir a trabajar), pasando por alto el contexto que ha establecido esa relación entre acciones psicológicas. Las historias personales actúan como meta-reglas y obligan a que amplios patrones de contexto y conducta entren en una red cognitiva autosostenida. Los clientes vienen, muchas veces, con elaboradas descripciones de acontecimientos vitales que, de algún modo, los han dejado rotos e incapaces de seguir adelante, por ejemplo.

Es conveniente sensibilizar al cliente del efecto pernicioso del darse razones mentalmente. Una cosa es "desliteralizar" palabras concretas y hacer juegos interesantes con el sistema operativo verbal del cliente y otra muy distinta, distanciarse de las trilladas historias, atesoradas durante años, sobre cómo la vida ha despojado al cliente de toda oportunidad de vivir una vida valiosa y con sentido. Defusionar las

“razones” y las historias personales resulta especialmente importante para clientes que, continuamente, utilizan referencias a su historia pasada e interpretaciones de la misma de una forma contraproducente.

A lo largo de las sesiones, el cliente intenta explicar la causa de sus problemas o bien empieza a echar mano de su historia personal como una razón de por qué las cosas no pueden cambiar. No tiene sentido desafiar directamente la exactitud de la historia ni intentar identificar los acontecimientos vitales que la contradigan para intentar dar lugar a una nueva historia vital más positiva. En vez de eso, el terapeuta puede tratar de disminuir este tipo de comportamiento a base de enfocar la atención en criterios de utilidad funcional más que de verdad. Puede ser conveniente hacer preguntas como las siguientes:

- “¿Y al servicio de qué está esa historia?”
- “¿Y esa descripción de tu pasado te ayuda a seguir adelante?”
- “¿Esto sirve para algo o es solo lo que tu mente te dice?”
- “¿Estás elaborando una solución o esto es solo tu manera de cavar?”
- “¿Te has dicho a ti mismo o a otros este tipo de cosas antes? ¿Es un argumento viejo?”
- “Si ya te has dicho esto antes, ¿qué es lo que crees que va a cambiar ahora por repetirlo otra vez?”
- “Si Dios te dijera que tu explicación es totalmente correcta, ¿de qué manera te iba a ayudar el saberlo?”
- “Bien. Admitamos que tienes toda la razón. Y, ahora, ¿qué?”.

El siguiente ejemplo demuestra cómo el terapeuta ACT utiliza diferentes intervenciones para debilitar las razones dadas por un cliente que se está enfrentado a su tendencia a recaer en el consumo de drogas.

Terapeuta: Vamos a hacer un ejercicio. Dime por qué consumiste [sustancia concreta] el martes pasado.

Cliente: (*pausa*) Bueno, me desquicié con el rollo aquel que pasó en el trabajo.

Terapeuta: ¿Y qué más?

Cliente: Bueno, no lo sé. Supongo que no tengo el apoyo del grupo. Ya sabes, para hablar de estas cosas.

Terapeuta: Muy bien, ¿y qué más? Quiero decir, todo eso suena a razones auténticas. ¿Puedes darme alguna razón falsa?

Cliente: ¿Qué quieres decir?

Terapeuta: Ya sabes, inventa alguna. ¿Qué razones podrías inventar?

Cliente: ¿Qué alguien me obligó a hacerlo…?

Terapeuta: ¿Y qué más?

Cliente: Me tomé las pastillas sin querer, creyendo que eran aspirinas.

Terapeuta: Muy bien. ¿Te puedes imaginar a alguien dando estos argumentos?

Cliente: Claro que sí.

Terapeuta: Probablemente, varias de ellas, combinadas. Y si se lo pidieras a distintas personas –a tu madre, a tu padre, ya sabes– tendrías una lista completa de razones. Y algunas podrían contradecir a las otras. Hmmm. Aquí hay algo que no encaja en el caso de que sean las razones lo que realmente hace que tú hagas cosas.

Cliente: ¿Qué quieres decir?

Terapeuta: Bien, ¿qué hay de las razones que tú utilizaste?

Cliente: ¿Te refieres a lo del trabajo?

Terapeuta: Sí, eso. Pero, ¿alguna vez pasó algo malo, por ese estilo, en el trabajo sin que tú acabaras consumiendo?

Cliente: ¡Oh, sí!

Terapeuta: Pero si esa era la razón, ¿por qué no acabaste consumiendo entonces?

Cliente: Bueno, había otras razones para no consumir.

Terapeuta: Y eran más fuertes que esta razón, ¿no es cierto? Pero aquí está lo que no encaja: ¿Qué pasaría si te preguntara si había razones para no consumir el martes? ¿Podrías pensar en alguna?

Cliente: Claro, naturalmente.

Terapeuta: Como si repitiéramos el ejercicio de antes, ya sabes: buenas razones, malas razones, razones de mamá, razones de papá, razones inteligentes, razones tontorronas, ya sabes… Bien, ¿podrías tener varias listas, igual de largas, para cada punto de vista?

Cliente: Mmm; bien. Me llevaría un poco más.

Terapeuta: Imagínate que lo intentamos ahora mismo. ¿Podrías darme una razón para consumir? Quiero decir, seguro que podrías y si te pidiera una razón para no hacerlo, también me podrías dar alguna. ¿Y no crees que para cualquier razón para consumir podrías tener también alguna para no hacerlo?

Cliente: Sí, seguro.

Terapeuta: Y apostaría a que ya lo has hecho más veces. Te sentabas a pensar en listas de razones para hacerlo y para no hacerlo… y, luego, las utilizabas o no. ¿Y dónde quedaban todas las razones del lado contrario una vez que decidías una dirección? ¿Qué pasaría si resulta que tenemos este almacén infinito de razones a las que podemos recurrir para todo lo que se nos ocurra? ¿Podría ser así? Y aunque estas cosas van muy unidas –hacer y dar razones para hacer– ¿no podría ocurrir que, en realidad, la una no causara la otra? Lo que yo creo es que tú has estado intentando generar bastantes razones –algunas, realmente buenas– para conseguir no consumir. Planteado de otro modo, ¿no es verdad que te has dado algunas razones lo bastante buenas como para dejar de consumir? ¿Por qué otro motivo ibas a acudir, si no, a esta horrible terapia? Es decir, ¡tú tienes muy

buenas razones! ¿Podrías imaginarte una razón más fuerte que la de recuperar a tus hijos?

Cliente: La verdad es que no.

Terapeuta: ¿Y no es extraño? Tú creías que lo hacías por la razón *X* o la razón *Y*. ¡Pero acabamos de descubrir dos pruebas de que la cosa no funciona de esa manera! Una, es que parece que tenemos un repertorio ilimitado de razones y, dos, ya tienes la razón más poderosa que te puedas imaginar para no consumir y ¡aún sigues consumiendo!

Muchas de estas cosas pueden parecer, superficialmente, métodos cognitivos tradicionales pero merece la pena observar que, incluso en estas áreas, el terapeuta ACT se dirige continuamente a la función más que a la forma de la cognición. Lo importante de confrontar las razones aducidas no es eliminar las razones ni tampoco debería el terapeuta agobiar al cliente con la naturaleza arbitraria de las razones que uno se da a sí mismo ni la necesidad de buscarles sentido. Como ser humano, el cliente siempre va a desarrollar razones y, a veces, puede que eso sea conveniente. En el mundo que existe más allá de la piel, desarrollar razones es la joya de la corona del modo mental de resolución de problemas. Merece la pena cuando se aplica a la situación adecuada. En este punto, solo pretendemos que el cliente sea consciente de este proceso verbal como tal proceso y que mantenga sus razones en suspenso, lo mismo que se pueden tener y mantener en suspenso evaluaciones, emociones o recuerdos.

Prácticas para interrumpir el lenguaje problemático

Buena parte de la nomenclatura empleada en ACT está diseñada para interrumpir prácticas lingüísticas que están firmemente asentadas y, al mismo tiempo, establecer una cierta distancia entre el cliente y la mente del cliente. Esta nomenclatura verbal sustituye a la forma habitual de hablar que favorece la aparición de problemas de distinto tipo. En términos de la teoría RFT, se trata de manipulaciones del

contexto relacional dirigidas hacia formas cognitivas genéricas que determinan el impacto funcional de las cogniciones específicas.

"Peros"

Un objetivo importante en el asalto a las convenciones verbales habituales que utiliza el cliente es la palabra *pero*. *Pero*, por lo general, se utiliza para especificar las excepciones que acompañan a una formulación implícita sobre la organización de acontecimientos psicológicos. Pensemos, por ejemplo, en la verbalización "Quiero salir *pero* estoy ansioso". Esta sencilla frase entraña un mensaje de fondo sobre el papel que juegan los sentimientos en las acciones humanas y señala un conflicto. Hay dos cosas en esta frase: querer salir y la ansiedad. Además, aunque querer salir, normalmente, lleva al hecho de salir, la ansiedad parece anular este efecto del deseo de salir: el hecho de salir no se produce cuando hay ansiedad.

La etimología inglesa de la palabra *but* –"pero"– pone de manifiesto esta dinámica con bastante claridad. El término proviene del inglés arcaico "*be-utan*" que significa "fuera, sin". En el inglés medieval dio lugar a "*bouten*" que, fonéticamente, derivó poco a poco en *buten, bute* y, finalmente, *but* –"pero"–. La palabra inglesa arcaica *be-utan* es una combinación de "*be*" –que equivale al verbo *to be*: "ser"– y "*utan*", una antigua forma de *out* –"fuera"–. Etimológicamente hablando, *but* –"pero"–, signifca "estar fuera" y es un aviso para "dejar fuera" a lo que siga a la expresión "salir" del ejemplo o bien una amenaza para lo que la preceda. Viene a decir que dos reacciones que, de hecho, son compatibles, no pueden coexistir y estar asociadas a una acción eficaz; una u otra deben ser eliminadas[2]. Los problemas que encontramos con aquellos clientes que adoptan una postura de "sí, pero…" nos muestran perfectamente lo paralizadora que puede llegar a ser esta actitud. En ACT, se ataca directamente el empleo de la palabra *pero*. El terapeuta debe introducir otra nomenclatura lingüística que sustituya la palabra *pero* por la palabra *y* cuando el *pero* da lugar a una relación artificial de oposición entre emociones

o pensamientos por una parte y determinado tipo de emociones, pensamientos o acciones por otra.

Terapeuta: Me gustaría que intentáramos otra cosa distinta cuando hablemos tú y yo: Te voy a pedir que utilices la palabra *y* en lugar de la palabra *pero* cada vez que hagas una frase. Al principio, puede que te suene un poco raro y es posible que te des cuenta de que tienes que pararte a pensar lo que dices para asegurarte de que no caes otra vez en el *pero*. No te preocupes por eso; si alguna vez te equivocas, yo te paro y te pido que utilices la palabra *y* en vez de *pero.*

Cliente: ¿Por qué dices eso? Parece un poco extraño.

Terapeuta: La mayoría de las veces, ni siquiera pensamos en las palabras que utilizamos. Un buen ejemplo es *pero*. Lo ponemos en cualquier sitio que se produzca una pausa o sin saber si estamos dispuestos o no a hacer algo o ir a algún sitio. Me interesa comprobar cómo sientes que afecta al sentido de nuestra conversación el hecho de cambiar *pero* por *y.* Y, en otro nivel, supongo que podríamos decir que eso te va a ayudar a librarte de tus *peros.*

Se trata de una convención lingüística que amplía en gran medida la perspectiva verbal y psicológica con la que pueden actuar clientes y terapeutas. *Y,* es un término descriptivo, no prescriptivo, de modo que se puede asociar a muchos cursos de acción. Todas las posibilidades permanecen abiertas. Es seguro para el cliente darse cuenta incluso de las reacciones menos deseables e informar de ellas ya que no hay ninguna necesidad de que las reacciones deseables las sometan. "Quiero a mi marido, *pero* me enfado mucho con él" es una frase que puede provocar un sentimiento muy peligroso para alguien comprometido en una relación matrimonial. "Quiero a mi marido *y* me enfado con él" conlleva una amenaza mucho menor; de hecho, implica una aceptación de la experiencia de enfado dentro de la vivencia de amor. *Y*, resulta también más vivencialmente cierto ya que, en un mismo individuo, pueden tener lugar muchos pensamientos y sentimientos. *Y,* tiene sentido cuando se trata de

pensamientos o sentimientos ya que todo lo que se puede percibir y notar, al fin y al cabo, se puede observar.

Evaluaciones frente a descripciones

Las evaluaciones implican un problema de fusión especialmente espinoso. La distinción entre evaluación y descripción es esencial porque la mayoría de los clientes acuden a terapia fusionados con las evaluaciones que hacen de su propia historia, situación actual, acontecimientos o relaciones. Las evaluaciones más desafiantes y con las que el cliente más se fusiona incluyen cuatro polaridades: bueno frente malo, correcto frente a equivocado, justo frente a injusto y responsable frente a reprochable. Muchos de los pensamientos evaluativos que los clientes manifiestan en la terapia son autorreferenciales; son frecuentes expresiones tales como: "estoy deshecho, no funciono bien, soy malo" u otras manifestaciones peyorativas por el estilo.

Si se mantienen como verdades absolutas, esas evaluaciones terminan siendo tóxicas para el cliente. No se las considera evaluaciones sino, más bien, descripciones de la esencia de la situación o la persona a la que se aplican. No hay manera de librarse del anzuelo por más que uno se retuerza cuando están formuladas de esa manera tan categórica. Si tú eres una "mala persona", la única manera que tienes de corregirlo consiste en dejar, por completo, de ser una persona. Desgraciadamente, ¡algunos clientes lo intentan! Por lo tanto, es importante introducir una cuña en el proceso verbal de evaluación de tal manera que el cliente pueda retroceder unos pasos para distinguir las propiedades intrínsecas de las propiedades que inyecta la mente.

Incluso un sondeo superficial revela, a menudo, que los clientes están respondiendo a sus propias autoevaluaciones como si se tratara de descripciones. Nuestro lenguaje no hace la distinción entre las propiedades primarias de los propios acontecimientos y las propiedades secundarias que son añadidas por el sujeto que los

percibe. Y, esto, ciertamente, conduce a importantes problemas. No solo se trata de que el cliente se fusione con sus productos verbales sino que la propia fusión confunde las propiedades primarias con las que son añadidas. Por cierto, este proceso, ampliado al nivel de toda una sociedad, hace posible que se llegue a justificar la matanza de personas de determinados sectores religiosos porque, por ejemplo, "son todos unos terroristas". Se puede echar mano de la metáfora de la *Taza mala* para evidenciar cómo las evaluaciones se pueden disfrazar de descripciones.

"Tenemos cosas en nuestro lenguaje que nos arrastran a batallas psicológicas innecesarias y es bueno tener una idea de cómo se produce eso para que podamos aprender a evitarlo. Uno de los peores trucos con que nos engaña el lenguaje se da en el ámbito de las evaluaciones. Para que el lenguaje funcione, las cosas tienen que ser lo que decimos que son cuando nos implicamos en ese tipo de charla que consiste en denominar y describir. De otro modo, no podríamos hablar los unos con los otros. Si describimos una cosa con precisión, las etiquetas no podrán ser cambiadas hasta que cambie la forma de los acontecimientos. Si yo digo: "esto es una taza", no puedo cambiar a continuación y decir que no es una taza sino un coche de carreras a menos que cambie la taza de alguna forma. Por ejemplo, podría fundir la materia prima de la taza y utilizarla como una parte del coche de carreras. Pero sin un cambio en la forma, será una taza (o lo que convengamos en llamarle). La etiqueta no se puede cambiar de cualquier manera.

Piensa, ahora, lo que ocurre con la charla de tipo evaluativo. Imagina que yo digo: 'Esta es una buena taza' o 'esta es una taza bonita'. Suena igual que si dijera: 'Esta es una taza de cerámica' o 'es una taza de un cuarto de litro'. Pero, ¿es *realmente* lo mismo? Imagina que todas las criaturas vivientes del planeta se murieran mañana. La taza aún seguiría estando puesta sobre la mesa. Era una taza 'de cerámica' antes de que todo el mundo desapareciera y sigue siendo una taza de cerámica. Pero ¿sigue siendo aún una taza buena o bonita? Sin

ninguna persona que pueda tener ese tipo de opiniones, las opiniones habrán desaparecido porque 'bueno' o 'bonito' nunca formaron parte de la taza. *Bonita* es la palabra que surge en la interacción entre la persona y la taza. Pero observa cómo la estructura del lenguaje oculta esta diferencia. Parece lo mismo, como si 'buena' perteneciera al mismo tipo de descripción que 'de cerámica'. Los dos términos parecen añadir información a la taza. El problema es que si asumes que 'buena' es una descripción de esa clase, eso significa que *bueno* tiene que ser algo intrínseco a la taza, lo mismo que *de cerámica.* Una descripción de este tipo no puede cambiar mientras no cambie la forma de la taza. ¿Y qué pasa si alguna otra persona dice: "¡No, esta es una taza horrible!?". Si yo digo que es buena y tú dices que es mala, tenemos un desacuerdo que, aparentemente, tenemos que resolver. Uno de los dos tiene que ganar y el otro tiene que perder; no podemos tener razón los dos. Por otra parte, si *buena* no es más que una evaluación o un juicio, algo que uno hace sobre la taza en vez de ser algo que esté en la propia taza, entonces eso supone una enorme diferencia. Dos evaluaciones opuestas pueden coexistir tranquilamente. Tú puedes pensar que la taza es bonita y yo pensar que es horrorosa. El hecho de que los dos tengamos opiniones distintas no supone algo imposible de imaginar –como afirmar que la taza es de cerámica y de metal al mismo tiempo–. Más bien, esto solo refleja el simple hecho de que los acontecimientos pueden ser evaluados como buenos o como malos según la perspectiva que adopte cada cual. Y, por supuesto, es posible que una persona pueda adoptar más de una perspectiva. El lunes, yo pensaba que la taza era horrible; el martes, cambié de opinión y pensé que era bonita. Ni las evaluaciones son algo concreto ni tampoco es necesario imponerse a los demás.

Clasificar

A veces, es conveniente interrumpir el flujo de una conversación para denominar los distintos elementos del sistema verbal operativo a medida que aparecen. Esta práctica tiene el efecto de sacar al cliente

del mundo de los contenidos para introducirlo en el universo de los procesos. Al clasificar, el terapeuta etiqueta la *clase* de producto verbal que está generando el cliente en vez de responder al contenido de ese producto. Descripciones, evaluaciones, sentimientos, pensamientos, recuerdos y demás pueden ser etiquetados como una anotación al margen. Por ejemplo, un cliente puede reformular la frase "soy una mala persona" como "soy una persona y estoy teniendo la evaluación de que soy malo". "Estoy ansioso" se puede reformular como "estoy teniendo la emoción llamada ansiedad". "Estoy aterrado por este recuerdo" se reformula como "soy una persona que está teniendo el recuerdo de haber sido maltratado por mi padre y la emoción que estoy experimentando es miedo". Por inusual que resulte, este cambio en el lenguaje ayuda a separar el proceso verbal y el producto verbal correspondiente. Literalmente, estamos distanciando el pensamiento del pensador por medio del mismo sistema operativo que produce la fusión de pensamiento y pensador.

En este capítulo hemos dado algunos ejemplos de estrategias de defusión pero los terapeutas de ACT y sus clientes han generado centenares más en el proceso del trabajo terapéutico. Es fácil que se obtengan aún más resultados en el rápido desarrollo de la literatura sobre ACT pero también es fácil crear nuevas estrategias una vez que se comprenden los principios subyacentes: refrenar el empleo automático de los productos del lenguaje y, a su vez, buscar métodos no analíticos que permitan al cliente ver la forma de tales productos, apreciar su naturaleza y examinar su utilidad. Con la terapia se pueden cambiar los contextos habituales de dotación de sentido, significado literal y resolución de problemas alterando sus contextos paralingüísticos (p. e., dándose cuenta de las limitaciones del lenguaje, estableciendo distintos tipos de observaciones y creando paradojas). En resumen, el terapeuta puede romper las reglas del juego del lenguaje y establecer otras nuevas dentro de la terapia.

Interacciones con otros procesos esenciales

Defusión y aceptación

No resulta infrecuente que el trabajo sobre defusión desemboque en un trabajo sobre aceptación. Tal evolución ocurre con mayor frecuencia cuando se está tratando de algún contenido interno desafiante. Por ejemplo, el ejercicio *Llévate a tu mente de paseo*, a veces, puede resultarle molesto al cliente si el terapeuta está utilizando material terapéutico importante durante el paseo. El terapeuta puede indicarle al cliente, con amabilidad, que haga sitio para algunos pensamientos molestos y que no intente evaluar ni cambiar, en modo alguno, los pensamientos durante el paseo. Si el cliente ha mostrado previamente bajos niveles de aceptación, es una buena idea valorar el nivel de provocación. Como la aceptación de los contenidos negativos se mide por su cualidad, y no por la cantidad, está bien practicar defusión con el contenido de menor fuerza evocadora. El terapeuta, aquí, debe proceder con cautela o, de lo contrario, la falta de aceptación del cliente también puede inhibir su capacidad de aprender nuevas habilidades de defusión.

Defusión y self o procesos del momento presente

Cuando se practique la defusión con material personal altamente sensible, el terapeuta debería darse cuenta cuando el cliente está "fuera de juego", mirando hacia abajo o con la mirada perdida, parece no responder emocionalmente o parece "bebido". Todas esas son señales de que el cliente puede estar desconectando del momento presente para evitar entrar en contacto con contenidos angustiosos. Si tal cosa ocurre, el terapeuta puede moverse hacia el momento presente o hacia alguna forma de toma de perspectiva del yo. Por ejemplo, el terapeuta podría preguntar amablemente: "¿Qué es lo que se te acaba de venir a la mente?", "¿puedes volver a la sala, conmigo, durante un minuto?", "¿Puedes estar aquí, ahora, conmigo?". Está bien refrenar el proceso y, simplemente, esperar a que el cliente consiga un cierto equilibrio.

Defusión y valores o compromiso de acción

La mayor parte del tiempo, los problemas con la fusión toman la forma de actividades sin valor o de evitación conductual. Como señalábamos anteriormente, uno de los principales impactos de la fusión es que sobre-regula la acción flexible y comprometida. Cuando el objetivo es controlar o evitar que se desencadene un contenido angustioso, se produce, casi inevitablemente, un impacto con otras formas más amplias de comportamiento. De ese modo, mantener al cliente conectado con sus valores personales y con aquellas acciones que desea llevar a cabo puede funcionar como una "puerta de servicio" de la defusión. Conectar con los valores personales e identificar aquellas acciones concretas que se pueden llevar a cabo establece el terreno para la práctica, en la vida real, de las estrategias de defusión. En tales situaciones, no es necesario entender la defusión intelectualmente –es una forma de aflojar la presión del modo mental de solución de problemas para ir en pos de los valores– sino, más bien, experimentarla conductualmente. El cliente se expone a situaciones vitales importantes y a acciones que desencadenan contenidos angustiosos no deseados. Las estrategias de defusión se pueden practicar *in vivo* y, al hacerlo de ese modo, su valor se hará más patente para el sujeto.

Qué hacer y qué no hacer en terapia

Presentar la defusión literalmente

El principal reto al que se tiene que enfrentar el terapeuta a la hora de estimular la defusión consiste en entrar en el sistema de lenguaje del cliente al tiempo de mantener la consciencia de que se trata de un sistema de lenguaje para evitar las múltiples tentaciones de fusionarse con el sistema. En términos prácticos, los terapeutas no pueden utilizar palabras para convencer a los clientes acerca de la defusión; al mismo tiempo, deben mostrar a los clientes cómo defusionarse por medio de un conversación que se basa en palabras.

Lo que se espera es que la experiencia directa del cliente con la defusión supere la aparente falta de lógica de esas medidas. Es fácil perderse en este proceso. Una señal clave de que hay problemas es que el terapeuta empiece a usar demasiado la lógica con el cliente. Por supuesto, la lógica es una operación basada en el lenguaje y, por eso mismo, es muy probable que el uso de la lógica solo sirva para alimentar el propio sistema verbal del cliente. Aunque es necesario utilizar palabras para dirigir la terapia, por lo general, preferimos incorporarlas en metáforas y utilizarlas para apoyar ejercicios de experiencia directa.

Una variante de este mismo tema aparece cuando los clientes se muestran interesados en la lógica de la defusión. Sólo tras haber conseguido avances reales por medio de la defusión, podría resultar seguro tener una conversación de esa clase; antes de eso, es peligroso dejarse tentar por ese tipo de conversación. Historias fusionadas sobre lo que es la fusión y la manera de conseguirla son otra forma de fusión que, incluso, puede desencadenar contenidos negativos. El intento de explicarle al cliente la defusión, una y otra vez, tratando de convencerlo de la necesidad de llevarla a cabo o el hecho de hablar *acerca de* la defusión, en lugar de demostrarla mediante ejercicios vivenciales y metáforas, es una señal de peligro.

Abuso de las metáforas

Equiparar el uso de metáforas con la dirección de la ACT es la otra cara del problema anterior. Aunque la ACT cuenta con técnicas y estrategias específicas, el terapeuta debe ser sensible al contexto de cada sesión y, así, seleccionar y escoger aquello que tiene más probabilidades de dar resultado. Embutir cinco o seis metáforas en una sesión sin un contexto claro, por lo general, resulta tan inútil como utilizar la lógica para que el cliente se defusione. Es frecuente ver a los terapeutas noveles utilizar técnicas sin prestar atención a las funciones de la conducta verbal del cliente. El cliente no se identifica con lo que intenta hacer el terapeuta cuando este divaga sin parar con múltiples metáforas y ejercicios. Cuando se lleva a cabo

adecuadamente, la ACT consiste en *conectar* con el cliente, ver las formas de fusión y evitación propias del cliente y elaborar metáforas y ejercicios para desestabilizar esas formas. Naturalmente, el terapeuta siempre es bienvenido a la hora de desarrollar nuevas metáforas o ejercicios basados en la historia personal del cliente, en sus luchas personales, preferencias y demás.

Humor más que burla

La defusión es contradictoria, muchas veces irónica y paradójica. Por tales razones, muchos ejercicios de defusión emplean el humor (p. e., verbalizar los pensamientos problemáticos con voces cómicas). Aunque el humor añade fuerza a los métodos de defusión, necesita ser graduado y presentado de tal manera que el cliente no se sienta ridiculizado. La clave consiste en no burlarse de los pensamientos difíciles ni del hecho de que el cliente los mantenga. La clave está en liberar al cliente de las mortíferas garras del lenguaje y la cognición. Hay un humor auténtico en la incongruencia de las palabras que atrapan a los seres humanos pero no hay que favorecer la liberación mediante el humor enjuiciador y burlón. Si el terapeuta no está seguro de la oportunidad del momento o de la forma de aplicar un comentario humorístico, es aconsejable dirigir al cliente un argumento menos provocador que aquel con el que se está debatiendo.

Defusionar por defusionar

Como señalábamos anteriormente, en este mismo capítulo, la fusión por sí misma no es siempre algo malo –como tampoco es siempre buena la defusión–. Por eso es importante escoger los objetivos adecuados para la defusión, especialmente durante las etapas iniciales del tratamiento. Los métodos de defusión dan mejor resultado en el contexto de los objetivos importantes o de las acciones que están siendo inhibidas debido a las barreras generadas por sobregeneralización de procesos normales de lenguje. Si un pensamiento, sentimiento, recuerdo o sensación negativos no parece

estar actuando como barrera, tampoco hay razón para considerar la posibilidad de someterlo a un proceso de defusión. Por ejemplo, si una víctima de violencia doméstica se ve implicada en otra relación problemática, la defusión de la palabra *seguro*podría, en realidad, ser perjudicial para el cliente. Sin embargo, no es posible determinar lo que actúa como barrera –y que es, por lo tanto, objetivo de defusión– meramente en función de su contenido positivo o negativo. La defusión de una expresión como *soy el mejor* podría resultar tan liberadora como la defusión de la expresión *soy una mala persona* en el caso de que la autofirmación positiva tuviera una función de estrechamiento de repertorio en un determinado cliente.

Detectar las señales de progreso

Cuando el trabajo de defusión tiene éxito, las reacciones condicionadas internas resultan menos apremiantes. Temas intocables tales como "impulsos de beber", "tendencias suicidas" o "pensamientos obsesivos" se vuelven mucho menos misteriosos y románticos cuando se produce este tipo de cambio. Por lo general, hay dos señales distintivas que indican que el cliente está consolidando estas destrezas: El cliente puede pararse en medio de una sesión de terapia y decir: "En este momento me estoy fabricando razones" o bien: "Acabo de darme cuenta de que estoy pensando que 'soy malo'". El cliente parece darse cuenta de sus reacciones desde el punto de vista de un observador más que desde la situación de la persona fusionada con tales reacciones. Un segundo indicador de progreso es el hecho de "sentirse en la habitación". Los espacios psicológicos defusionados se perciben más ligeros, más abiertos, más ambiguos, más relajados y más flexibles. Como estos cambios aparecen con el tiempo, se necesita una cierta dosis de fe por parte de los terapeutas para mantenerse fieles al trabajo de defusión debido al desfase entre la intervención y el efecto observable. Por lo general, a los clientes les lleva un cierto tiempo "conseguirlo" pero cuando lo logran, el proceso de terapia tiende a acelerarse.

1 . El término “phishing” hace referencia a la obtención fraudulenta, a través de internet, de información personal como números de cuenta, claves de acceso u otro tipo de información privada (N. del T.).

2 . La etimología latina de la palabra “pero” deriva de la expresión “*per hoc*” (por esto, por lo tanto) que en, la práctica retórica, se utilizaba en frases negativas (“por esto es por lo que NO”). Aplicando esta etimología al ejemplo original del texto, “quiero salir PERO estoy ansioso”, el efecto del “pero”equivaldría a: “estoy ansioso, por esto es por lo que NO voy a salir”. Lo mismo ocurriría con otras expresiones que incluyan “pero”: “tendría que ir a caminar PERO está lloviendo” (está lloviendo, por eso es por lo que no voy a salir a caminar), “tendría que dejar de fumar PERO no tengo voluntad” (tengo poca fuerza de voluntad, por eso es por lo que no puedo dejar de fumar), etc. (N. del T.).

10 Aceptación

No podemos controlar el viento; solo podemos ajustar las velas.

Dicho Popular

En este capítulo aprenderás…

- Cómo la evitación vivencial da como resultado rigidez psicológica mientras que la aceptación favorece la flexibilidad.
- Las cualidades de la aceptación que la convierten en una herramienta clínica eficaz.
- Cómo utilizar metáforas y ejercicios para enseñar al cliente la actitud de estar dispuesto.
- Cómo utilizar la exposición en la sesión clínica para favorecer la aceptación.
- Cómo llevar a cabo el paso de la aceptación en la sesión a la aceptación en el mundo real.

Visión general

Prácticamente todo el mundo ha leído o escuchado la célebre plegaria de la serenidad que se suele utilizar en los programas en 12 pasos:

Dame, Señor, la serenidad

de aceptar las cosas que no puedo cambiar;

valor para cambiar las cosas que puedo

y sabiduría para reconocer la diferencia.

La razón de que esta sencilla plegaria sea conocida universalmente es que se refiere a un enigma básico de nuestra existencia cotidiana. ¿Qué hacer cuando la vida nos envía los proyectiles y las flechas de una fortuna adversa? ¿Cómo podemos hacer frente al dolor del nacimiento, la muerte, el divorcio, el rechazo, la enfermedad y otras mil eventualidades vitales sobre las que no tenemos el menor control? La manera de actuar frente a tanto dolor es una importante cuestión a la que todos nos enfrentamos continuamente en nuestro intento de vivir una vida significativa. Esa oración dice que se necesita una cierta "sabiduría" para vivir de una forma adecuada. Podemos aprender lo que se puede controlar y lo que no y, luego, reorientar nuestra energía en consecuencia. El hecho de que algunas cosas no puedan ser controladas resulta difícil de asumir porque, de manera inferencial, a nosotros nos toca asumir el efecto interno que esas cosas nos producen. Se requiere valor para ejercer el control cuando es posible hacerlo porque eso también puede originar contenidos internos angustiosos. De manera que, para vivir una vida significativa, son necesarias ambas cosas: sabiduría y valor, y nuestra cultura nos brinda muy pocas directrices sobre cómo conseguirlos.

Como comentábamos en el capítulo anterior, la fusión "alimenta" la evitación y hace que la aceptación sea difícil, si no imposible. Esto es así porque la fusión crea la ilusión de que las experiencias son lo que dicen ser. Nuestras emociones, pensamientos, imágenes y recuerdos se convierten en "cosas" a las que se puede acceder verbalmente. Pensemos en la emoción. De todas las vivencias internas que tienen lugar dentro del ser humano, las emociones están entre las experiencias más valoradas que podemos tener. Esto tiene sentido porque los términos evaluativos que se aplican a la emoción ayudan a darles funciones convencionales con una valencia convencional, permitiendo que el lenguaje emocional exprese nuestras necesidades y deseos a los demás. Entra en una sala llena de gente y di: "tengo sed"; verás como lo más probable es que movilices inmediatamente todo el apoyo social para conseguir agua. Las emociones movilizan a la gente –como sugiere la propia etimología de la palabra– y la

evaluación sugiere la dirección que debería seguir esa movilización. Lamentablemente, las evaluaciones no están solo al servicio de las funciones sociales; también animan a la lucha con el mundo interno. Si la ansiedad es "mala", supuestamente deberíamos deshacernos de ella.

Cuando aparece un contenido negativo, la persona toma inmediatamente una decisión sobre la actitud que va a adoptar. Algunas maneras de "sentirse mejor" consisten en escapar, evitar o tratar de eliminar la vivencia interna negativa. El alivio inmediato asociado al escape de la emoción o de la relación aversiva es un reforzador tan potente que casi todos los seres humanos somos, hasta cierto punto, "evitadores vivenciales" aun cuando los efectos a largo plazo sean nefastos. La evitación vivencial es un claro ejemplo de este tipo de trampa conductual.

El impacto de la evitación

La evitación vivencial tiene tres costes importantes. Primero, al reducir el contacto con la manera en que el presente se conecta con nuestra historia, disminuye nuestra inteligencia vivencial. Permanecer en contacto con nuestra historia hace más sensatas nuestras acciones al crear un contexto que nos permite darnos cuenta de lo que está funcionando y lo que no. Por ejemplo, no es algo *malo* cuando una persona con un historial de abusos sexuales o físicos se siente nerviosa en situaciones que le activan los recuerdos del abuso. Manejado adecuadamente, ese nerviosismo es la mejor manera de evitar cualquier abuso adicional y, asimismo, de conectar con lo profundamente que uno valora la confianza y las relaciones respetuosas. Naturalmente, esos sentimientos son un desafío. La persona puede sentirse ansiosa incluso en una situación de intimidad saludable, por ejemplo. Pero si la persona intenta eliminar o huir de esos sentimientos, por una parte, corre el riesgo de meterse en otras relaciones abusivas o, por otra, de ser incapaz de conseguir una relación significativa. Paradójicamente, cuando tales sentimientos se

sobredimensionan como contenido, es entonces cuando no se pueden utilizar como guías adecuados de comportamiento.

El segundo coste de la evitación es que puede que ni siquiera seamos conscientes de que estamos evitando, lo que, a su vez, significa que no tenemos oportunidad de considerar si es eso lo que realmente deseamos hacer. Los clientes con un historial de traumas severos y estilos disociativos de afrontamiento son solo un ejemplo de lo intensa que puede llegar a ser esta disfunción. Como resultado, la vida queda bajo un control menos voluntario –se vuelve un poco menos libre–.

Por último, la evitación favorece los daños colaterales de la vida real porque impide la evolución de la conducta del cliente hacia estructuras más positivas y de mayor valor. La evitación de sentimientos conduce a la evitación de acciones y situaciones particulares pero, por lo general, el crecimiento y una vida basada en valores requieren de tales acciones y, por lo tanto, la evitación también dará lugar a ese tipo de situaciones negativas.

La aceptación como alternativa a la evitación

Aceptación, tal como la entendemos, es *la adopción voluntaria de una postura intencionadamente abierta, receptiva, flexible y exenta de juicios en relación al momento presente.* La aceptación se apoya en la actitud de "estar dispuesto" a entrar en contacto con las vivencias internas negativas o con aquellas situaciones, acontecimientos o interacciones que tengan alguna probabilidad de desencadenarlas.

La aceptación no debe ser confundida con el "auto-ensimismamiento". La actitud de apertura hacia las vivencias psíquicas no es un fin en sí mismo. La salud psíquica no se consigue a base de no hacer otra cosa que experimentar los propios sentimientos o sensaciones de la mañana a la noche. No significa dejarlo todo para rememorar con todo detalle cada recuerdo que revolotee por la consciencia. La aceptación, en el sentido que le dan los terapeutas de ACT, tiene un carácter *flexible* y *activo* de tal manera

que los fenómenos psíquicos se perciben y se observan –incluso en los momentos más destacados– momento a momento, de modo que tales vivencias estén listas para formar parte de la conducta si tiene sentido que así sea.

La aceptación, a veces, puede tener connotaciones poco saludables. Ciertamente, este término se utiliza, a veces, como una especie de arma contra los demás ("¡Tienes que crecer y aceptarlo!"). Utilizada en este sentido, *aceptación* significa apechugar, tolerar, resignarse o soportar una situación –una forma de aceptación pasiva no predice necesariamente buenas consecuencias para la salud (Cook y Hayes, 2010)–. *Aceptación* no significa tampoco querer o procurar algo, deseando que estuviera presente ni considerarlo favorable, adecuado o correcto. No significa dejar las cosas tal como están cuando es posible cambiarlas. Significa abrazar las experiencias tal como son y en el momento, porque se elige hacerlo. Algunos autores ACT utilizan el término *realce* en vez de *aceptación* para poner el énfasis en esta cualidad (Harris, 2008). Significa mantenerte con tu yo psicológicamente y abrazar cuanto se presente en el nivel de las experiencias.

Tal como sugiere la plegaria de la serenidad, hay circunstancias en las que es posible el cambio y, también, otras en las que intentar un cambio es contraproducente. El sufrimiento es probable que se produzca cuando la gente está confusa respecto a cuál circunstancia es cuál y/o no ha aprendido habilidades de aceptación que se puedan aplicar incluso cuando sea necesario "abrazar" vivencias difíciles. Lo que no dice la oración es que, incluso cuando los acontecimientos *se pueden* cambiar, el hacerlo da lugar a acontecimientos que *no se pueden* cambiar. Por ejemplo, siempre es posible cambiar una conducta pero la nueva conducta, muchas veces, resulta incómoda o extraña o nos recuerda la vulnerabilidad de heridas anteriores. Como la historia personal no se puede cambiar –excepto la historia que aún no ha sido escrita– y los sentimientos, pensamientos, recuerdos y

sensaciones solo cambian gradualmente, es necesario contar con la aceptación para seguir adelante con el cambio emprendido.

La aceptación es un proceso en desarrollo

Una característica importante de la aceptación es que se trata de un proceso de desarrollo voluntario; nunca permanece constante. La aceptación forma parte de una actitud abierta hacia la vida pero esta actitud general tiene que ser vivida en cada momento. De este modo, la aceptación entraña asumir los altibajos. Podemos hacerlo mejor, pero nunca lo vamos a hacer perfecto.

Aceptar no es ceder

Una connotación desafortunada de la palabra *aceptación* es resignación o rendición. De hecho, es justo lo contrario: se fortalece el cambio al abrazar el momento presente y aceptar cuanto haya de tener lugar en el proceso de cambio. Piensa en una mujer que viva en una situación de violencia doméstica. La aceptación aquí es muy importante, pero no significa aceptación del abuso. Lo que debería significar es aceptar la dura constatación de que si no se hace algo, lo más probable es que los malos tratos continúen. Podría significar reconocer el impacto emocional tóxico del abuso y la dolorosa brecha entre el valor de una sana intimidad y lo que se está dando en la actual situación. Podría significar hacer frente a los pensamientos de temor como parte del proceso de poner fin o de cambiar radicalmente una relación inviable. Pero, de ningún modo, significa rendirse.

Aceptación no es fracaso

La aceptación no es la admisión de un fracaso personal; más bien, se trata de reconocer que una determinada estrategia no ha funcionado o no puede dar resultado. Metafóricamente, *aceptación* significa dejar de cavar como medio para salir del agujero. *Aceptación* y *viabilidad* son dos estrechos aliados. Cuando la funcionalidad vital es baja, un primer paso necesario consiste en abandonar las estrategias que no son viables; pero emprender ese tipo de acción significa aceptar lo

que la experiencia nos ha venido demostrando: que nuestro enfoque actual de la vida no está funcionando.

Aceptar no es tolerar

La aceptación no consiste en tolerar, simplemente, la situación actual. La tolerancia es una postura condicional en la que se acepta una cierta cantidad de malestar durante un lapso de tiempo, normalmente, a cambio de algo que merece la pena –pero sin una apertura real a la propia experiencia–. La mayoría de nosotros practicamos este tipo de tolerancia cuando vamos al dentista. La aceptación es activa, no pasiva. Sugiere que hay algo significativo en experimentar lo que se está experimentando.

La aceptación es una función, no una técnica

Al igual que ocurre en todos los procesos de flexibilidad psicológica, la aceptación no es una técnica sino un proceso funcional. El terapeuta, con amabilidad y persistencia, está abriendo la puerta de modo que el cliente pueda entrar en contacto de una forma más directa con la experiencia personal. El método importa, pero de donde procede, es más importante aun. Un terapeuta de ACT podría pedirle a su cliente que se sentara sin hablar durante unos instantes para abrir un mayor espacio para sentir; puede preguntarle a su cliente por lo que se siente impulsado a hacer; puede pedirle que se abra a aquello que le resulta difícil de afrontar; o puede sonreír y asentir cuando aparezca aún más sufrimiento en la sala de terapia. Tales interacciones con el cliente no es muy probable que funcionen bien como meras técnicas; actúan sobre un proceso de apertura natural que es persistente, transparente y respetuoso. Un cliente con fobia a las serpientes podría ser tratado, realmente, ¡poniéndole una serpiente en el regazo! Al mismo tiempo, el trabajo de aceptación no consiste en derribar sus defensas inopinadamente ni en medir el progreso del cliente en lágrimas por minuto. Más bien, se trata de un proceso de aprendizaje (a menudo, muy gradual) mediante el que se

posibilita que los clientes experimenten lo que está presente de una forma auténtica y abierta.

La aceptación también es importante para el terapeuta

Asumir una postura de aceptación es tan importante para el terapeuta como para el cliente. Si no fuera así, no habría manera de que la aceptación fuera natural y efectiva. Cuando los terapeutas aceptan solo condicionalmente, los clientes van a mantener ocultos sus contenidos personales más amenazadores. Una aceptación así podría librar al terapeuta de experimentar malestar psicológico pero reduce el espacio de aceptación en el que terapeuta y cliente deben operar. Esta observación no significa que los terapeutas tengan que ser "reyes y reinas" de la aceptación. Tan solo quiere decir que "están manos a la obra" y dispuestos a plantarse delante de su propio material si eso sirve para promover los intereses del cliente a cuyo servicio están.

La aceptación consiste en elegir en función de valores, no en "revolcarse"

Aceptación no es una cuestión de "tener que". La falta de aceptación tiene consecuencias pero como no puede haber garantías, la aceptación requiere una especie de salto, basado en valores, hacia lo que está presente en el momento en el que está presente. Sentir lo que uno está sintiendo no es un fin en sí mismo –eso es "revolcarse"–. Lo que la vida les pide a los clientes es que sientan, piensen, experimenten o recuerdan aquello que surja en el proceso de vivir una vida significativa. Y eso requiere tanto disposición de conducta como habilidades de aceptación presentes como una elección basada en valores.

Aplicaciones clínicas

Los clientes manifiestan una amplia variedad de experiencias previas en relación a los conceptos relacionados con la aceptación; conviene recoger información sobre sus vivencias previas que puedan ser

aprovechadas en la terapia. Algunos clientes ya han realizado prácticas de meditación, otros habrán leído libros de autoayuda, alguno habrá asumido la actitud de "que sea lo que Dios quiera", algunos habrán practicado algún tipo de deporte que requiera una gran concentración, etc. Si un cliente ha conseguido dejar de fumar hace 5 años, vale la pena averiguar lo que hizo para superar su impulso de fumar ya que eso aún puede ser importante en la actualidad. Si el cliente ha pasado por un proceso doloroso de divorcio, es importante escuchar lo que hizo para sobrellevar la sensación de dolor, pérdida y abandono a la que se tuvo que enfrentar. Consideraciones de este tipo pueden darle al terapeuta claves importantes sobre la "disposición para la aceptación" que puede tener un cliente. Además, el terapeuta puede adoptar algunas "muletas verbales" del cliente. Estas "muletas" son metáforas que utiliza el cliente para describir sus esfuerzos en conseguir alguna cosa en el pasado. El terapeuta experimentado tiene la habilidad de adoptarlas para referirse a los correspondientes elementos de ACT y adaptarlos a los problemas actuales a los que se enfrenta el cliente. Es más sencillo utilizar los métodos de aceptación que el cliente consideró beneficiosos anteriormente. Escuchar con "oídos ACT" le da al terapeuta una idea de lo familiar o extraña que le está resultando al cliente la idea de aceptación.

Desde los primeros momentos del trabajo clínico, conviene exponer a los clientes la idea de que renunciar a las luchas inútiles puede ser una opción muy viable. En estos niveles no suele ser necesario un uso completo de la desesperanza creativa; en la mayoría de los casos, el punto de partida es conseguir que el cliente tome contacto de manera vivencial con la inviabilidad de sus enfoques anteriores y que empiece a considerar la alternativa de abandonarlos. Como comentábamos en el capítulo 6, cuando describíamos la metáfora de la *Persona en el hoyo*, la capacidad de reconocer que una estrategia muy consolidada está destinada a fracasar es, ciertamente, un avance en aceptación. Otra metáfora de aceptación, *Tirar de la cuerda con un monstruo*, fue creada por una cliente valerosa que sufría agorafobia.

Ella abandonó 20 años de lucha con el pánico y, en vez de eso, empezó a vivir –haciendo todo aquello que siempre había deseado hacer (empezar un negocio, completar sus estudios, dejar un matrimonio conflictivo)–. Y fue capaz de hacer tales cambios contando con la ansiedad como un legítimo componente más de su vida. Así describía ella su avance:

"Me di cuenta de que estaba tirando de la cuerda con un monstruo. Era muy grande, feo y muy fuerte. Entre el monstruo y yo había un foso y, por lo que yo podía ver, no tenía fondo. Yo pensaba que si perdía en esta competición de tirar de la cuerda, me caería en el foso y quedaría destruida. Así que tiraba y tiraba; pero parecía que cuanto más fuerte tiraba yo, más fuerte tiraba el monstruo hacia su lado. Yo sentía que estaba cada vez más cerca del foso. Y, mediante la terapia, comprendí que lo que tenía que hacer no era vencer en esta competición de tiro de cuerda… Lo que tenía que hacer era soltar la cuerda".

"Soltar la cuerda" es una metáfora perfecta para iniciar el proceso de aceptación. A veces, después de oír esta metáfora, los clientes preguntan "¿Cómo puedo hacer eso?". Al igual que en *la persona en el hoyo*, es mejor no responder directamente. En vez de eso, el terapeuta puede decir algo como: "Bueno, en este momento, no sé cómo contestar exactamente. Pero el primer paso es, sencillamente, que te des cuenta de que, mientras estés sujetando esa cuerda, no puedes intentar ninguna otra cosa".

Según cómo sea la reacción del cliente a esta, y a otras metáforas de aceptación, se las podrá utilizar en las sesiones de ACT. Si un cliente empieza otra lucha, el terapeuta la puede describir como "cavar"; si un cliente se enfrenta a un nuevo desafío, el terapeuta se podría referir a eso como "una oportunidad de soltar la cuerda". El uso de metáforas de este tipo le ayuda al cliente a ver las consecuencias de las acciones mantenidas rígidamente mediante reglas verbales. Si un cliente crea una metáfora que encaje bien, el terapeuta sensato echará mano de ella para integrarla en el trabajo terapéutico con ese cliente.

"Estar dispuesto" como una alternativa al control

Los clientes necesitan una alternativa a su programa de "control y eliminación". La actitud de estar dispuesto y la aceptación son esa alternativa. La actitud de estar dispuesto consiste en la elección, basada en valores, de exponerse a un determinado pensamiento, emoción, recuerdo o sensación o a determinadas situaciones o contenidos temidos. Los clientes adoptan esta actitud de disposición cuando se hacen conscientes de sus propios valores y de la manera en que la evitación ha estado bloqueando aquellas acciones que para ellos eran importantes. La disposición es un prerrequisito para la aceptación. En otras palabras, la actitud de estar dispuesto es lo que lleva a uno a colocarse frente a una vivencia no deseable; la aceptación es lo que uno hace con esa vivencia. El siguiente diálogo tiene lugar con la víctima de abusos sexuales que conocimos en el capítulo 6. Ella experimenta una ansiedad severa ante la perspectiva de una relación íntima con su pareja y evita esa ansiedad abandonando la habitación. En el diálogo anterior, el terapeuta señalaba el probable coste de la evitación de la clienta mientras clarificaban que ella valoraba su relación por encima de su ansiedad.

Terapeuta: Antes me preguntabas lo que podías hacer en vez de marcharte de la habitación cuando empezabas a perder el control. La estrategia que has estado utilizando consiste en escapar de la situación para controlar tu miedo y ansiedad. Si escapar de tu ansiedad es una estrategia, la alternativa debe ser que permanezcas con tu ansiedad.

Cliente: ¿Quieres decir que me quede en el dormitorio viendo cómo me subo por las paredes?

Terapeuta: Dale las gracias a tu mente por ese pensamiento ¡Es genial! Piensa lo siguiente: en realidad, *no* tienes una experiencia directa de lo que te puede pasar si te quedas en la habitación cuando empieces a perder el control, ¿no es verdad? Lo único que tienes es a tu mente diciéndote que vas a reventar.

Cliente: No, nunca intenté quedarme. Es demasiado fuerte.

Terapeuta: Entonces, este es tu dilema: si no estás dispuesta ni siquiera a quedarte en la habitación, ¿cómo vas a descubrir, alguna vez, si hay otra forma de ver tu miedo? Lo único que aprendes cuando sales corriendo, es a correr mejor, a escabullirte para conseguir unos segundos más de alivio de la ansiedad. Pero, al parecer, no puedes sacarle ventaja a tu miedo por mucho tiempo; al final, te atrapa siempre.

Cliente: ¿Me estás diciendo que la única manera que tengo de librarme de mi ansiedad y mi miedo es quedarme en el dormitorio?

Terapeuta: No sé lo que va a pasar con tu ansiedad, tus flashbacks y tu miedo si te quedas allí. Incluso podrían empeorar; ¿quién sabe? Lo esencial de quedarse en la habitación no consiste en verse libre de todas esas cosas; eso es lo que tú intentabas conseguir cuando abandonabas el dormitorio. Supongo que si te quedaras allí con la intención de mirar para eliminar tu ansiedad y tu miedo, las cosas no iban a ir demasiado bien.

Cliente: Entonces, ¿qué otra cosa se puede conseguir aparte de una buena dosis de sufrimiento?

Terapeuta: Este es el extraño bucle en el que estamos metidos. Si no estás dispuesta a permanecer con tu miedo y ansiedad, no puedes descubrir cómo se experimenta el permanecer, simplemente, con eso. Entonces, eso va a seguir intimidándote tal como lo ha hecho todos estos años. ¿Qué camino quieres seguir? ¿Quieres seguir estando atemorizada por la ansiedad y perderte las cosas importantes de la vida o te vas a dar la oportunidad de permanecer con tu ansiedad, aún sin estar segura de lo que vayas a hacer cuando la tengas allí?

Cliente: Tengo que intentar algo distinto, ¡aunque no quiero!

Terapeuta: Bien. Te propongo que hagamos un experimento. La próxima vez que tu pareja se te acerque en el dormitorio y tú notes que estás sintiendo ansiedad, ¿estarías dispuesta a mantenerte

durante 2 minutos? Durante esos 2 minutos, quiero que intentes quedarte quieta. No intentes controlar la ansiedad… simplemente, déjala hacer cualquier cosa que haga, y quiero que te limites a observar. Intenta ver cómo es realmente. ¡Se curiosa! Después de 2 minutos, si lo necesitas, puedes huir de la habitación, gritando como alma en pena, o puedes elegir quedarte un poco más, en presencia de la ansiedad.

Cliente: ¿Solo 2 minutos, verdad? No es demasiado. Estoy dispuesta.

En este diálogo, la sugerencia del terapeuta no está enfocada a obtener el efecto típico de la exposición (una disminución de la ansiedad). Aquí, el propósito es experimentar la emoción sin intentar controlarla e implicarse en una nueva respuesta en su presencia (p. e., curiosidad). Trataremos estos temas con mayor detalle en el capítulo 12. No hay una regla específica sobre la duración de un ejercicio de aceptación pero tiene sentido empezar por poco. El tema central es ayudar al cliente a que se abra a las sensaciones y pensamientos que le puedan surgir.

Aplicar la propia disposición a emprender acciones consistentes con los valores personales es un objetivo básico en ACT. La actitud de estar dispuesto presenta varias características que la convierte en una forma única de acción deliberada.

Estar dispuesto no es lo mismo que querer

A veces, los clientes confunden estar dispuesto con querer. No es infrecuente que, como respuesta a la pregunta sobre estar dispuesto, un cliente diga: "No. En realidad, no quiero". No es conveniente mantener esta confusión. *Querer* significa "necesitar" (p. e., "se murió de necesidad") y, naturalmente, nadie necesita el pánico, la depresión, tendencias negativas y demás. Sin embargo, esta no es la cuestión. A veces, los clientes se engañan con la idea de que si eluden su compromiso con la actitud de estar dispuesto y evitan las situaciones angustiosas el tiempo suficiente, al final, el contenido temido desaparecerá por sí solo. Un cliente de ACT lo decía de esta

forma: "Yo solía aplazar el 'estar dispuesto' como si de ello dependiera mi vida. Me imaginaba que Dios, o alguien, vendría a rescatarme si aguantaba lo bastante. Era como si a alguna fuerza le importara que yo estuviera sufriendo y, al final, vendría a liberarme. Finalmente, vi que solo podía ocurrir una cosa si yo no estaba dispuesto y que otras muchas cosas podrían suceder si lo estaba. De manera que, ahora, estoy dispuesto como si mi vida dependiera de ello –porque, en realidad, ¡mi experiencia me dice que *así es*!".

Las metáforas son una manera muy eficaz de hacer ver que el cliente no tiene la libertad de elegir qué contenidos van a surgir en un determinado momento ni cómo van a aparecer. La metáfora de *Paco el vagabundo* ayuda a darse cuenta de esto de una forma más vivencial.

"Imagina que estrenas una casa nueva e invitas a todos los vecinos del lugar a una fiesta de inauguración de tu vivienda. Todos cuantos viven en el vecindario están invitados –incluso has colocado un anuncio en el supermercado. De modo que allí se presentan todos los vecinos. La fiesta es genial y, de pronto, aparece Paco, que vive detrás del supermercado, junto a los contenedores de basura. Paco huele que apesta y tú piensas: "¡Oh, cielos! ¿Por qué ha tenido que venir?". Pero en tu anuncio, tú habías puesto: "Todo el mundo es bienvenido". ¿Podrías ser capaz de darle la bienvenida también a él y hacerlo realmente, plenamente, aunque no te guste que se haya presentado? Puedes darle la bienvenida aunque no tengas muy buena opinión de él. No tiene que gustarte. No tiene que gustarte cómo huele ni su estilo de vida ni su vestimenta. Puede que te sientas avergonzado de la forma en que se está lanzando al ponche o cómo le mete mano a los sándwiches. Tu opinión sobre Paco, o la evaluación que hagas de él, es algo completamente distinto de tu disposición a acogerlo como invitado en tu casa.

Ahora bien, también podrías decidir que, a pesar de haber dicho que todo el mundo era bienvenido, en realidad, él *no* es bienvenido. Pero, en cuanto adoptas esta actitud, la fiesta cambia. Ahora, tú tienes que estar delante de tu casa, vigilando la puerta para que él no vuelva.

Ahora bien, si tú dices: 'de acuerdo, eres bienvenido' pero, en realidad, no quieres decir eso –y te refieres a que solo es bienvenido si se queda en la cocina y no anda por el medio de los demás invitados– entonces vas a tener que estar ocupándote continuamente de que sea así y toda tu fiesta va a limitarse a eso. Mientras tanto, la vida sigue, la fiesta continúa y tú eres el guardián de Paco. Eso no es calidad de vida. No se parece a una fiesta. ¡Es demasiado trabajo! ¿Y qué pasaría si todos los sentimientos, recuerdos y pensamientos que no te gustan y, sin embargo se te vienen a la mente, fueran, precisamente, otros tantos vagabundos a tu puerta? La cuestión es: ¿Qué postura adoptarías entonces? ¿Serían bienvenidos? ¿Puedes decidir darles la bienvenida aunque no te guste el hecho de hayan venido? Si no, ¿cómo va a ser tu fiesta?".

Esta metáfora pone de manifiesto dos características centrales de la fantasía que mantiene la falta de disposición. Primero, que si solo vinieran a la fiesta los invitados *deseables*, la vida sería genial. Segundo, que decidir no darles la bienvenida a los invitados no deseables puede facilitarte, de alguna manera, la paz mental. La realidad es justo lo contrario. De hecho, la mayoría de clientes ya se han dado cuenta de que cuando intentan, con todas sus fuerzas, detener a alguien para que no se una a la fiesta, otras reacciones indeseables surgen detrás –lo que un terapeuta ACT denominó "los compinches del vagabundo".

Estar dispuesto es cuestión de "todo o nada"

El cliente puede tener la idea de que el estar dispuesto se puede conseguir mediante pequeños pasos progresivos. Pero si bien el tamaño de la "disposición" puede variar, su *esencia* no cambia. Estar dispuesto es un "acto integral" y el ejercicio de *Saltar* pone de manifiesto este aspecto.

"Estar dispuesto es como dar un salto. Se puede saltar desde muchas sitios [el terapeuta toma un libro, lo coloca en el suelo y, luego,

subiéndose a él, salta]. Observa que la esencia de saltar consiste en que uno se sitúa en el espacio y deja que la fuerza de la gravedad haga el resto. No se puede saltar en dos etapas. Uno puede poner el pie en el borde y tocar el suelo, ¡pero eso no es saltar! [el terapeuta coloca un pie en el suelo mientras está sobre el libro]. De manera que saltar, aunque sea desde un libro tan pequeño, sigue siendo saltar. Y es lo mismo que saltar desde otros lugares más altos [el terapeuta se sube a la silla y salta]. Esto, también es saltar, ¿no es cierto? ¿No tiene la misma esencia? Me sitúo en el espacio y la gravedad hace el resto. Pero fíjate: desde aquí no puedo tocar el suelo demasiado bien con el pie [el terapeuta, torpemente, intenta tocar el suelo con el pie después de subirse otra vez a la silla]. Y si yo saltara desde el tejado de este edificio, sería lo mismo. Sería también un salto. Sólo habría cambiado el contexto. Pero desde allí arriba sería imposible intentar "bajarse". Hay un proverbio Zen que dice: 'No se puede cruzar un cañón en dos zancadas'. Estar dispuesto es algo parecido. Uno puede matizar su disposición delimitando el contexto o la situación. Tú puedes decidir la magnitud del salto que vas a dar; lo que no puedes limitar es la naturaleza de tu acción y pretender que funcione. Tocar el suelo con el pie, sencillamente, no es saltar. Lo que tenemos que hacer aquí es aprender a saltar: podemos empezar por poca cosa pero tiene que ser un salto desde el principio o, de lo contrario, no estaremos haciendo nada. De manera que no se trata de aprender a estar cómodo ni a apretar los dientes ni a cambiar de hábitos poco a poco. De lo que se trata es de aprender a estar dispuesto".

Estar dispuesto solo puede estar matizado por la medida de la situación

Incluso aunque se haga la advertencia de que no es necesario dar pasos heroicos para aplicar el sentido de estar dispuesto, cualquier idea relacionada con dejar que los "monstruos" entren en la sala puede resultar atemorizante para los clientes. Ellos no saben lo que va a ocurrir si abandonan sus pautas familiares de respuesta. Puede que lleguen a apreciar el valor de "estar dispuesto" pero que, aun así,

quieran mantener un límite de riesgos. Un cliente con agorafobia podría decir: "Estoy dispuesto a dejar que se me acelere el corazón, pero si empiezo a sentir mareo o vértigo, lo dejo". Existen formas de delimitar la disposición de forma segura pero la mayoría de las iniciativas que se adoptan normalmente para conseguirlo suelen ser contraproducentes. El cliente no puede adoptar una postura de total disposición recurriendo a cambiar su esencia porque, de ese modo, no estará solo matizando su disposición sino que, en realidad, la estará destruyendo. La actitud de estar dispuesto solo se puede restringir de un modo adecuado mediante la limitación del tiempo de exposición o del escenario en el que dicha exposición va a tener lugar. En el diálogo anterior, con la víctima de abusos sexuales, el terapeuta permite que la clienta limite la cantidad de tiempo que va a estar en el dormitorio y, al mismo tiempo, le pide expresamente que permanezca totalmente abierta y con curiosidad durante el tiempo requerido de los 2 minutos. De un modo parecido, un cliente con trastorno de pánico podría empezar a trabajar con su disposición y aceptación en la tienda del barrio antes de aventurarse en un centro comercial de mayor tamaño. Lo que no podemos limitar es la "cualidad" de la vivencia. Estar "medio dispuesto" es como estar "medio embarazada": sencillamente, es imposible.

Los costes de la falta de disposición: Dolor limpio y dolor sucio

Hay que tener en cuenta una importante distinción entre el dolor *limpio* y el dolor *sucio.* El *dolor limpio es el malestar natural que experimentamos como respuesta a un problema de la vida real.* No se siente necesariamente bien pero, en último término, es una experiencia normal, natural y saludable. Por el contrario, el *dolor sucio es el dolor que experimentamos cuando luchamos innecesariamente por controlar, eliminar o evitar el dolor limpio.* Si se pudiera elegir, la mayoría de la gente volvería a experimentar encantada su dolor limpio si hubiera algún modo de volver atrás del dolor sucio en el que, normalmente, se enreda. Desgraciadamente, tal deseo entraña el proceso que lleva

a que se desencadene el dolor sucio. En el siguiente diálogo, el terapeuta explora esa distinción con la víctima de abusos sexuales.

Terapeuta: Me gustaría examinar la situación a la que te estás enfrentando de una manera diferente para ver si tiene sentido para ti. Si no lo tiene, simplemente me lo dices y yo dejo de hablar del tema. Tú tienes tu historia de haber sido víctima de tu tío. Es totalmente despreciable que un adulto le haga eso a una niña. Es horrible y a ti te ha dejado algunas cicatrices. Tú te sientes muy ansiosa cada vez que surge el tema de confiar o tener intimidad con cualquier hombre. Experimentas flashbacks cuando sientes ansiedad. Te sientes nerviosa en situaciones sociales equívocas, como le ocurriría a cualquier persona con una historia como la tuya. Pero aunque esas vivencias emocionales son, realmente, muy desagradables, no son dañinas ni perjudiciales para ti. Son lo que son. De modo que vamos a llamarle a ese conjunto de reacciones tu "dolor limpio". Con esto me refiero a que solo son respuestas emocionales normales que experimentan todas las víctimas de abusos sexuales. ¿Todo esto tiene sentido para ti?

Cliente: Sí… pero, ¿a dónde quieres llegar?

Terapeuta: Bueno, por lo que se ve, tenemos que explicar dos tipos de respuesta emocional. Un grupo es tu dolor limpio; el otro es lo que tú haces para controlar ese dolor. Este conjunto de respuestas incluye la valoración que tú haces de tu dolor. Por ejemplo, uno de tus pensamientos es que tu ansiedad demuestra que tienes poca estabilidad para implicarte en una relación. Otro pensamiento dice que no puedes mantener relaciones con tu novio si tienes un flashback mientras las estáis teniendo. Otro es que controlar tu ansiedad es más importante que estar totalmente presente con tu pareja. Además, tienes otras evaluaciones respecto a no querer sentir inquietud en ambientes sociales, sobre los destrozos que tu ansiedad está causando en relación a tus amistades, etc. Si consideras el conjunto de todas esas respuestas, ¿qué impacto crees que tienen en tu nivel general de ansiedad y miedo?

Cliente: Hacen que sea mucho peor.

Terapeuta: De acuerdo; entonces, vamos a llamar a este conjunto de respuestas tu "dolor sucio" –porque aumenta el nivel de tu angustia pero, en realidad, no forma parte de las reacciones originales que fueron consecuencia del abuso sexual. En otras palabras, tú añades un dolor sucio al dolor limpio original. ¿Tiene sentido esto?

Cliente: Entonces, ¿estás diciendo que mis reacciones por sentirme ansiosa son, también, un problema?

Terapeuta: Bueno, vamos a ver si son un problema o no. Yo he trazado un círculo grande en esta hoja de papel y quiero que hagas lo siguiente (*le da a la clienta un papel y un bolígrafo*). Suponiendo que este círculo vacío representara todo el dolor que estás experimentando, en este momento, en tu vida, quiero que me des un pedazo del pastel que represente qué proporción de tu sufrimiento proviene del dolor limpio –puedes ponerlo en términos de tanto por ciento, si lo prefieres: si todo el círculo representa 100 puntos de sufrimiento, ¿cuántos puntos le corresponden al dolor limpio?

Cliente: Creo que debe ser el 50% porque experimentar flashbacks y tener pesadillas no es nada agradable y sentirse insegura en muchas situaciones resulta muy difícil emocionalmente.

Terapeuta: De acuerdo. De manera que tienes algunas valoraciones sobre los flashbacks y las pesadillas que, realmente, podrían formar parte del conjunto del dolor sucio –pero vamos a dejarlo, de momento, en el conjunto limpio–. Si te entiendo bien, tú atribuyes el 50% de la causa de tu sufrimiento actual al sufrimiento sucio, ¿no es así?

Cliente: Eso es; más o menos la mitad de todo esto es lo que estoy sintiendo en reacción a mis vivencias traumáticas.

Terapeuta: Bien, tengo una propuesta que hacerte. ¿Qué tal si te dijera que podemos reducir tu sufrimiento a la mitad? ¿Te interesaría?

Cliente: ¡Oh! Reducirlo a la mitad. Nunca lo había pensado de esa forma.

Terapeuta: La condición es que si quieres reducirlo a la mitad, vas a tener que estar dispuesta a aceptar el dolor limpio tal como es, no como tus evaluaciones te dicen que es. Tú no tienes control sobre el dolor limpio pero sí que lo tienes respecto a añadirle o no el dolor sucio. Tú eres quien tiene que ajustar el amplificador de sonido con dos grandes mandos: el de la izquierda tiene como rótulo "tu historia" y está sintonizado a un determinado nivel. No hay manera de que puedas girarlo. El de la derecha tiene la etiqueta de "disposición para aceptar tu historia tal como es" y a este si que lo puedes mover para arriba o para abajo. Cuando sintonizas tu nivel de disposición en el punto más bajo, tu dolor sucio aumenta. Sin embargo, cuando colocas el nivel de disposición en un punto más alto, tu dolor sucio disminuye. Hasta ahora, has concentrado tus energías en intentar mover el mando de la izquierda y, al hacerlo, te has olvidado de que había un segundo control que *sí* puedes ajustar.

Por lo general, el terapeuta completa este tipo de intervención con la asignación de alguna tarea para casa, como el ejercicio de *Disposición-Sufrimiento-Vitalidad*. En este ejercicio, el cliente valora cada día sus niveles de disposición, sufrimiento y vitalidad. Es conveniente indicarle al cliente que tome nota de cualquier acción espontánea que parezca activar niveles elevados de disposición. De ese modo, el terapeuta puede incorporar esas acciones facilitadoras de la disposición (p. e., escuchar música, pintar, leer una oración en voz alta, etc.) al estilo de vida diario del cliente.

Una manera muy interesante de promover la disposición y la aceptación consiste en traer el contenido inaceptable a la sala durante la terapia. El objetivo consiste en estimular las vivencias angustiosas, hacer que el cliente se defusione de ellas y, sencillamente, hacerles sitio. Terapeuta y cliente pueden ir a algún lugar, fuera del lugar de la terapia, si eso facilita la sensación de malestar. Por ejemplo, un cliente con agorafobia podría quedar citado con el terapeuta en el

centro comercial más próximo; un cliente con síntomas obsesivo-compulsivos podría citarse con el terapeuta en casa para pasar luego por algún sitio donde hubiera basura acumulada. También se puede echar mano, en la sesión de terapia, de elementos que provoquen emociones negativas (p. e., cartas, dibujos) para facilitar la exposición directa. Este tipo de ejercicios incorporan una contradicción: por una parte, el cliente tiende a ver sus vivencias temidas como algo que surge por sí mismo y que, por lo tanto, resulta incontrolable; por otra parte, el trabajo durante la sesión requiere que el cliente se enfrente de modo voluntario al material temido lo cual, tácitamente, le indica al cliente que sí es posible un cierto control en ese momento –pero no de la manera que está esperando el cliente–. El cliente quiere tener el control de cualquier respuesta automática, condicionada, que pueda aparecer pero esa alternativa no es posible; sin embargo, sí que es posible sentarse con esas respuestas perturbadoras, darse cuenta de ellas, tal como son, y, al hacerlo, evitar que se incrementen o se prolonguen innecesariamente.

Aceptación no es meramente terapia de exposición

En ACT, la exposición es la *presentación organizada de estímulos que previamente limitaban el repertorio del cliente en un contexto diseñado para asegurar la ampliación de su repertorio.* Las intervenciones de aceptación son cualitativamente diferentes de la terapia de exposición clásica, si bien comparten algunas semejanzas formales. Esta distinción, mal entendida, puede llevar a determinados errores clínicos. Aunque mantenerse frente a la ansiedad es, ciertamente, una forma de exponer al cliente a su ansiedad, lo que pretende la exposición clásica es reducir la activación emocional (Farmer et al., 2008) mientras que en la aceptación, el objetivo no consiste en librar al cliente de la ansiedad. De hecho, el terapeuta ACT, manifiesta abiertamente que no está claro lo que puede ocurrir con un determinado pensamiento, sentimiento, recuerdo o sensación de angustia si el cliente le permite estar plenamente presente. Podría llegar a ser peor, mejor o seguir igual.

El propósito de los ejercicios de aceptación no consiste en reducir la activación emocional sino en aprender a permanecer en presencia de las vivencias internas mientras se actúa de una manera más libre, flexible y guiada por los propios valores. Ese es el enfoque que mantiene la ACT y muchos investigadores están empezando a considerar la exposición en ese sentido basándose en la evidencia derivada de trabajos sobre procesos de cambio (p. e., Arch y Craske, 2008). Si tales son la definición y propósito, entonces la aceptación (y el modelo de flexibilidad psicológica) se puede considerar como una forma de exposición; por tal razón, los teóricos de la ACT siempre han sostenido que la Terapia de Aceptación y Compromiso es un tipo de terapia fundamentada en la exposición (Hayes, 1987). Por ejemplo, la defusión hace que sea posible entrar en contacto con un pensamiento tal como es más que con lo que históricamente sugiere. Estos procesos favorecen el elemento clave de la exposición: la ampliación del repertorio del cliente en presencia de elementos que previamente restringían tal repertorio. Lo que nos interesa es la exposición en un sentido funcional, no como un proceso.

La aceptación no es un truco montado para "aceptar algo que no está presente". Aunque los métodos de aceptación consiguen, por lo general, una reducción de síntomas, su propósito manifiesto no es el alivio de los síntomas. Mediante la aceptación se pretende cambiar la relación contextual entre el cliente y el dolor que está experimentando de manera que le permita incrementar la flexibilidad psicológica. Paradójicamente, cuando uno puede soportar su sufrimiento y examinarlo con apertura y curiosidad, por lo general, se vuelve menos penoso. A veces, no ocurre así; pero, en cualquier caso, la vida tiene una oportunidad para expandirse.

Ejercicios de aceptación durante la sesión

Cuando se dirigen ejercicios de aceptación basados en la exposición, conviene denominarlos de una manera un poco lúdica, por ejemplo, "*Buscando al Sr. Malestar*". Se puede preguntar a los clientes si están listos para buscar al Sr. Malestar. Si no están dispuesto, es necesario

completar otros asuntos previos (p. e., "De acuerdo… revisemos antes el coste de no hacerlo" o bien: "puedes renunciar a hacerlo pero, ¿qué valores estarás dejando de lado?"). En el momento de describir el propósito de los ejercicios de exposición, habrá que establecer la escena con cuidado.

"Vamos a salir a buscar al Sr. Malestar, vamos a intentar provocarlo, hablar con él y averiguar qué está pasando en tu relación con él. Si no aparece el malestar, pues está bien; nuestro objetivo es experimentar el hecho de estar dispuesto a tenerlo aquí. Si aparece y, en algún momento, te encuentras con que no estás dispuesto a quedarte a ver qué pasa, pues también está bien. Vamos a hacer algunas cosas que te pueden disparar el malestar. Sin embargo, no va a haber trucos; nada que te vaya a sobresaltar ni sorprender. Cada paso que vayamos a dar yo te lo propondré primero y tú puedes elegir seguir adelante o no. Observa que este ejercicio no tiene un límite de tiempo, los temas candentes podrían saltar en cualquier momento de manera que no se trata de "superar" el ejercicio. Aquí no se puede mirar el reloj. Si solo lo vas a sobrellevar, entonces estarás cavando. Lo dejaremos una vez que esté completado el trabajo. Cuando aparezca el Sr. Malestar, vamos a intentar renegociar tu relación con él. Vamos a intentar que vengan los pasajeros del fondo del autobús para ver si podemos examinar y cambiar el tipo de relación que mantienes con ellos. Vamos a considerar todas las dimensiones de la relación con el objetivo de ayudarte a que dejes la lucha y pongas manos al volante".

En la sesión de exposición, pídele al cliente que busque el malestar emocional y pensamientos perturbadores. Si el cliente empieza a sentir malestar, consigue una descripción bien detallada de cómo es ese malestar. Busca los componentes específicos: sensaciones físicas, emociones, recuerdos, pensamientos y demás. Con cada uno de estos elementos, pídele al cliente: "Mira solo si puedes dejar de luchar con [un pensamiento concreto o sentimiento, recuerdo o síntoma físico que le resulte perturbador] por un momento, si puedes estar dispuesto a tenerlo, exactamente tal y como es, no cómo él dice que

es o lo peligroso que dice que puede llegar a ser". Si el cliente empieza a caer en el pánico, la tristeza o cualquier otro estado negativo, sugiérele que redirija su atención al entorno exterior. Pídele al cliente que siga siendo consciente de las vivencias negativas internas pero que se dé cuenta también de otras cosas que están teniendo lugar en el entorno exterior.

El ejercicio de *Fisicalización* está tomado de la tradición Gestalt y su objetivo consiste en convertir las vivencias subjetivas en objetos físicos con propiedades perceptuales. Empieza con una reacción desagradable: una emoción, un estado corporal, un pensamiento obsesivo, un impulso al consumo de drogas o lo que sea relevante al caso concreto. El terapeuta le pide al cliente que imagine ese elemento desagradable como si fuera un objeto. Luego, se exploran las características de ese objeto.

Terapeuta: Ahora, quiero que te imagines colocando esa depresión fuera de ti, a un metro o metro y medio de distancia. Luego, volverás a por ella. Si se resiste a que la coloques fuera, asegúrale que pronto vas a volver por ella. Mira si la puedes ver ahí delante de ti, en el suelo de la habitación, y avísame cuando la tengas delante.

Cliente: Bien; ya está fuera.

Terapeuta: Entonces, si este sentimiento de depresión tuviera tamaño, ¿cómo sería de grande?

Cliente: (*pausa*) Casi tan grande como esta habitación.

Terapeuta: Y si tuviera color, ¿de qué color sería?

Cliente: Azul oscuro.

Terapeuta: Y si pudiera moverse, ¿a qué velocidad iría?

Cliente: Sería lenta y torpe.

El proceso continúa con otras preguntas sobre fuerza, textura, consistencia interna, forma, densidad, peso, flexibilidad y otras dimensiones físicas que elija el terapeuta. Haz que el cliente verbalice

cada respuesta pero sin entrar en una conversación. Después de conseguir una muestra bastante amplia, se regresa a algunos de los temas iniciales para ver si ha cambiado alguna cosa (p. e., lo que antes era grande, puede que ahora sea más pequeño). Sobre todo, si la situación psicológica no ha cambiado demasiado, se le pregunta al cliente si experimenta alguna reacción ante esta cosa que es grande, oscura, lenta y demás. Muchas veces, el cliente dice sentirse enfadado con ella, asqueado, que no la quiere, que le tiene miedo, que la odia, o cosas por el estilo. Céntrate en la reacción más importante y pídele al cliente que aparte un poco, a un lado, el primer objeto para colocar esta segunda reacción delante de él, justo al lado del objeto inicial. Repite todo el ejercicio de *Fisicalización* con la segunda reacción y, luego, vuelve a examinar el primer objeto. Por lo general, cuando se ha fisicalizado la segunda reacción, la primera se vuelve más ligera, más delgada, menos amenazadora, etc. A veces, estos atributos se dan la vuelta, como un resorte: cuando la segunda reacción se toma literalmente y se utiliza como una perspectiva desde la cual examinar la primera, la primera se hace más fuerte. Cuando se desliteraliza la segunda reacción de manera que se vuelva extraña, la reacción inicial disminuye en intensidad.

En caso de que no se produjera ningún cambio, el terapeuta podría o bien buscar alguna otra reacción esencial que fuera la responsable de mantener el sistema estable o bien, sencillamente, parar el ejercicio. El terapeuta no debe sugerir jamás que no era de esperar una determinada reacción. El hecho de hablar de una reacción como si se tratara de un objeto físico –sin luchar contra ella– cambia profundamente sus características. Esta sencilla experiencia puede transformar el contexto de esa reacción cuando tenga de nuevo lugar en la vida real. Puede que sea la misma reacción, pero se verá de manera distinta, incluso si el cliente está luchando contra ella. Una variante muy popular entre los terapeutas ACT es el ejercicio del *Monstruo de hojalata*. Por lo general, empieza con un sentimiento, pensamiento o recuerdo que resulte especialmente doloroso o difícil. En este ejemplo, estamos trabajando con "pánico".

Terapeuta: Hacer frente a nuestros problemas es como enfrentarse con un monstruo gigantesco que estuviera hecho de latas y cordones. Es imposible enfrentarse de buena gana a un monstruo de 10 metros; sin embargo, si lo desmontamos en las piezas de lata, cable y pegamento de que está hecho, es más fácil hacerse cargo de cada una de ellas a la vez. Me gustaría que hiciéramos un ejercicio para ver si no verdad que es así como funciona. Empieza por cerrar los ojos [el terapeuta da las instrucciones necesarias para que el cliente consiga centrarse y relajarse]. Muy bien. Vamos a empezar por recordar algo que haya ocurrido el verano pasado. Cualquier cosa que se te ocurra servirá. Cuando lo tengas, házmelo saber.

Cliente: Fui al lago con mi familia. Estábamos en un bote.

Terapeuta: Ahora, quiero que veas todo lo que estaba ocurriendo entonces. Date cuenta del lugar y lo que estaba ocurriendo. Mira si puedes ver, escuchar y hasta oler, como si estuvieras allí otra vez. Tómate tu tiempo [el terapeuta puede evocar bastantes respuestas verbales para asegurarse de que el cliente lo está siguiendo y puede utilizar ese material para meterse más en el recuerdo]. Y, ahora, quisiera que te dieras cuenta de que estabas allí. Date cuenta de que había una persona detrás de esos ojos y, aunque ocurrieron muchas cosas desde el verano pasado, date cuenta también de que esa persona está aquí, ahora. Voy a llamarle a esa persona el "tú observador". Desde esa perspectiva, desde ese punto de vista, quiero que entres en contacto con este sentimiento de pánico que puede surgir en el trabajo. Hazme saber cuando lo tengas.

Cliente: (*pausa*) Ya lo tengo.

Terapeuta: Ahora, quiero que observes tu cuerpo y veas lo que hace. Simplemente, permanece en contacto con ese sentimiento y observa tu cuerpo y, si percibes alguna cosa, dímelo.

Cliente: Noto tensión en el pecho.

Terapeuta: Ahora, quiero que veas si es posible dejar la lucha con esa tensión en tu pecho. El objetivo no es que te guste lo que sientes sino

que lo experimentes como una sensación específica de tu cuerpo. Mira si puedes notar el punto exacto donde empieza y donde termina esa sensación de tirantez. Imagina que la tirantez es una superficie coloreada en tu piel. Observa si puedes determinar qué forma tiene. Y, mientras lo haces, abandona cualquier intento de defensa o de lucha con esa simple sensación corporal… Si surgen otros sentimientos, hazles saber que nos ocuparemos de ellos más tarde. Avísame cuando te sientas un poco más abierto a la tensión.

Cliente: Ya está.

Terapeuta: Ahora, quiero que dejes a un lado esa reacción. Trae el pánico al centro de tu consciencia y, de nuevo, observa tranquilamente lo que hace tu cuerpo. Mira si surge alguna otra reacción. Y, mientras observas, permanece con ese "tú observador" –esa parte de ti mismo detrás de tus ojos– y mira desde allí. Avísame cuando detectes alguna reacción y hazme saber cuál es [el terapeuta repite con dos o tres sensaciones corporales. Si el cliente dice que no tiene ninguna, quedarse con eso unos instantes].

Ahora, es el momento de volver atrás, a tomar contacto con esa sensación de pánico que sientes en el trabajo… Avísame cuando estés en contacto con ella.

Cliente: Ahora.

Terapeuta: Bien. Continúa observando lo que hace tu cuerpo pero, esta vez, mira con imparcialidad a todas las cosas que puedan estar teniendo lugar en tu cuerpo para tomar contacto con cada una de ellas y seguir adelante. De modo que reconoce cada una de las reacciones, de la misma forma que saludarías a alguien en la calle; algo así como darle una palmadita en la espalda y, luego, esperar a la siguiente. Y, cada vez, mira si puedes darle la bienvenida a esa sensación corporal sin luchar con ella ni tratar de hacer que se vaya. Mira si hay alguna forma de que puedas darle la bienvenida del mismo modo que recibirías a alguien que viene a visitarte a tu casa.

Una vez que se lleva a cabo esta secuencia con las sensaciones corporales, haz lo mismo con cualquier otro aspecto de la conducta que sea pertinente: acciones que la persona se siente obligada a realizar, pensamientos, evaluaciones, emociones, papeles sociales que le vengan a la mente, etc. Cuanto más estresantes resulten las vivencias tratadas, mejor. Trabaja con un conjunto específico de reacciones cada vez. Si se está trabajando con la tendencia a huir, por ejemplo, no permitir que el cliente trabaje también con pensamientos, emociones, otras conductas, etc. Si no estás seguro de lo que está haciendo el cliente, pídele que te lo explique pero sin entablar una conversación. Vuelve, una y otra vez, de forma creativa, al tema de permitir estar. Por lo general, el último aspecto a tratar serán los recuerdos porque pueden ser muy fuertes desde el punto de vista emocional. En esto, puede ayudar un componente metafórico adicional:

"Bien, por último, quiero que te imagines que tienes todos los recuerdos de tu vida en pequeñas diapositivas, en un álbum. Primero, quiero que le eches un vistazo a todo el álbum hasta que encuentres ese recuerdo del verano pasado. Y, una vez más, quiero que recuerdes esa sensación de ser la persona que es consciente de esa escena. ¿Lo tienes? Bien. Ahora, quiero que te conectes con tu sensación de pánico. Cuando estés bien conectado, empieza a examinar hacia atrás las diapositivas del álbum. Si te encuentras a ti mismo mirando una imagen, aunque no tenga ningún sentido en relación al pánico, cuéntame lo que estás viendo".

Cuando entre en contacto con un recuerdo, pregúntale al cliente cosas tales como "Quién está en esa imagen? ¿Qué edad tienes? ¿Dónde te encuentras? ¿Cuáles eran tus pensamientos y sentimientos en aquella época? ¿Qué estás haciendo?". Haz que el cliente conteste con brevedad pero sin entrar en una conversación.

"Ahora, quiero que encuentres un punto de ese recuerdo en el que puede que hayas evitado algo que estaba presente. Mira si evitaste tu propia experiencia de alguna manera. Y date, ahora, la oportunidad

de vaciar ese recuerdo de todo sentido de trauma viendo si estás dispuesto a ir, ahora, a donde no irías psicológicamente entonces. Sea cual sea tu reacción a ese recuerdo, simplemente mira si lo puedes tener exactamente como es, si puedes tener exactamente lo que te sucedió, tal como sucedió. Eso no significa que tenga que gustarte; solo que estás dispuesto a *tenerlo* [repetir el proceso con dos o tres recuerdos]. Bien, cuando estés listo, quiero que cierres el álbum y que te imagines esta sala tal como estaba cuando cerraste los ojos y comenzaste el ejercicio. Cuando te la puedas imaginar y estés listo para volver, abre los ojos y regresa al presente".

Este ejercicio lleva tiempo pero puede tener un efecto muy importante. Permite realizar exposiciones prolongadas a vivencias temidas en un contexto seguro. El terapeuta podría ayudar al cliente a que se dé cuenta de los "ganchos" que debilitan la disposición y la esencia de las reacciones cuando uno se adhiere a esas vivencias frente a cuando establece cierta distancia. Sin demasiadas interpretaciones, el terapeuta ACT advierte todas las reacciones, grandes y pequeñas, con un sentido de interés en el proceso y apertura, sin evaluaciones, hacia su contenido.

Tómalo y sigue adelante

A medida que el trabajo sobre disposición y aceptación avanza, la cuestión principal pasa del mero quedarse con el contenido perturbador en sentido psicológico a "inhalar" las vivencias indeseables y seguir avanzando en la dirección de los propios valores. Este avance nos recuerda el propósito original del fortalecimiento de la aceptación: solo es posible seguir una dirección vital con sentido si se adopta una actitud abierta y de aceptación hacia las vivencias negativas. La aceptación permite que los contenidos de angustia estén presentes sin que hagan de barrera a la acción basada en valores. Hay dos cuestiones especialmente pertinentes en relación a este cambio de perspectiva. El primero, es que la persona es "más grande que" las experiencias que tiene dentro de su propia piel –las vivencias internas no son más que el bagaje que el ser humano lleva consigo a lo largo

del viaje de su vida–. La metáfora del *Globo que se infla* es un magnífico ejemplo de este mensaje.

"Piensa que eres un globo que se infla. En la punta del globo hay una zona de expansión en la que se siempre se ve la misma pregunta: '¿Eres lo bastante grande para tener *esto*?' No importa lo grande que te hagas, siempre puedes hacerte mayor. Cuando se presenta algún tema emocional, se te plantea la misma pregunta y tú puedes decir 'sí' o 'no'. Si dices 'no', te vuelves más pequeño. Si dices 'sí', te haces más grande. Responder siempre 'sí' no hace que la tarea resulte más fácil porque los temas que van surgiendo puede que sean tan complicados como los anteriores. Sin embargo, decir 'sí' se convierte en una especie de hábito y tu experiencia te brinda una reserva de energía. Si aparece un problema difícil, podrías pensar: 'No, no quiero que ahora me venga este problema', pero la vida te presenta un tema nuevo a medida que tu situación evoluciona y puede que no tengas la posibilidad de elegir la secuencia de los desafíos".

Hay otras muchas metáforas que pueden ayudar al cliente a "sopesar" sus vivencias internas en relación a una idea más amplia del self. Por ejemplo, el terapeuta puede hacer que el cliente se represente determinados pensamientos, sentimientos o recuerdos complicados como hamacas en la cubierta de un gran crucero y, luego, preguntarle: "En el conjunto de la imagen, ¿qué es lo más importante para que el crucero avance: el hecho de que algunas de las hamacas parezcan muy llamativas o la forma de funcionar de las máquinas y la hélice?".

El segundo tema, en este punto, es que el cliente no se puede desprender de su historia. El sistema nervioso trabaja por adición, no por sustracción (como indicamos en su momento). No es posible "desaprender" una respuesta condicionada históricamente; lo único que se puede hacer es añadir nuevas respuestas que cambien el significado contextual de las antiguas respuestas. Por ejemplo, *observar* el dolor en lugar de*fundirse* con el dolor representa un cambio contextual; reposiciona la relación entre el cliente y el

dolor del cliente. En ACT queremos que el cliente se lleve el dolor "a dar un paseo", por así decir. La metáfora de *Llévate las llaves contigo* pone de manifiesto este punto en términos físicos.

Pregúntale al cliente si lleva unas llaves consigo y pídele que te las deje. Coloca las llaves sobre la mesa y dile: "Bien, suponte que estas llaves representan las cosas que has estado evitando. ¿Ves esta llave? Es tu ansiedad. ¿Ves esta otra? Es el rencor que sientes hacia tu madre" [el terapeuta sigue asociando los principales problemas del cliente con cada una de las llaves]. De este modo, las llaves están colocadas delante del cliente. Pregúntale, entonces, al cliente: "¿Qué vas a hacer para evitar las llaves?". Si el cliente dice: "Dejarlas ahí", contéstale: "Entonces, van a pasar dos cosas. Primero, que en vez de dejarlas ahí, vas a volver una y otra vez a comprobar que siguen ahí, de manera que no vas a poder ir a ninguna parte. Y, segundo, es difícil vivir sin las llaves; algunas puertas no se van a abrir sin ellas. Entonces, ¿qué vas a hacer con tus llaves?".

El proceso continúa, a la espera de que el cliente haga algo. La mayoría de los clientes se sienten un poco incómodos cuando, realmente, recogen las llaves. Por una parte, el ejercicio parece un poco absurdo (lo que, en sí mismo, es otra "llave") y, además, las llaves son símbolos de cosas "malas". En tal contexto, hacerse cargo de las llaves, en la realidad, constituye *un paso adelante* y el terapeuta sigue ofreciéndoselas hasta que las recoja. Si el cliente dice: "Me siento un poco ridículo cogiéndolas", señalar una de las llaves y decirle: "¿Ese sentimiento? ¡Ah, sí! Es esta llave de aquí. Entonces, ¿qué vas a hacer con las llaves?". Cuando, finalmente, las recoja decirle algo como: "Muy bien; ahora, la pregunta es: ¿A dónde vas a ir?". Y hacerle ver que puede ir en cualquier dirección que elija y tener consigo las llaves. Hacerle observar también que le van a seguir apareciendo otras llaves, que responder afirmativamente a una pregunta no significa que la vida no le vaya a volver plantear esa cuestión una vez y otra, y otra, y otra. Una buena tarea para realizar

entre sesiones es que el cliente asocie la utilización de una llave con "abandonar" la lucha con sus vivencias internas.

En esta metáfora, las llaves del llavero del cliente representan distintos pensamientos, emociones, recuerdos o reacciones complicados. La metáfora resalta dos aspectos importantes de esas "llaves": Primero, que coger las llaves y llevárselas no impide que el cliente vaya a ninguna parte. Segundo, llevarse las llaves de manera voluntaria puede abrir puertas que, de otro modo, podrían seguir cerradas. El viejo dicho "tu dolor es tu fuerza" sugiere que cruzar las tinieblas y salir al otro extremo nos enseña a confiar, a sentir compasión y a hacer lo correcto. Al realizar este ejercicio con las llaves que, en realidad, utiliza el cliente le proporciona a este una piedra de toque o un recordatorio físico de los objetivos más importantes (a dónde se dirige), los medios para ir (disposición) y lo que debe llevar consigo para avanzar (su historia y las reacciones que pueda producirle). Como todos utilizamos las llaves muchas veces al día, pueden servir como un recordatorio frecuente fuera de las sesiones de terapia.

Interacciones con otros procesos esenciales

Aceptación y defusión

Aceptación y defusión están tan íntimamente relacionados que, a veces, resultan intercambiables durante el tratamiento. No siempre está claro si la cuestión principal del cliente es un bajo nivel de aceptación o una fusión elevada. La mayor parte del tiempo, la baja aceptación y bajo nivel de disposición indican que el cliente está fusionado con algún material interno inaceptable. Los indicadores más comunes de la necesidad de llevar a cabo un trabajo de aceptación incluyen un elevado sentido de rigidez que surge cuando aparece un determinado material emocional: las palabras, de pronto se vuelven entrecortadas o precipitadas, el cuerpo se tensa, se cambia de pronto el tema de conversación, las historias se acompañan de un

temblor de labios o una voz temblorosa o bien el habla del cliente se acelera. En tales casos, el terapeuta puede utilizar manifestaciones como: "Entonces, ¿qué te está ofreciendo tu mente reactiva?", que abren nuevos territorios que explorar.

Aceptar y valorar

El trabajo sobre aceptación nutre los valores y el compromiso con la acción. Cuando la práctica de la aceptación se generaliza en la vida del cliente, el resultado de la autocompasión lleva a pensamientos que favorecen direcciones vitales más amplias. En este nivel de desarrollo, el cliente empieza a aplicar, de forma espontánea, la actitud de estar dispuesto y la aceptación a acciones guiadas por valores. Hay un cambio de foco hacia una vida significativa y un sentido de ligereza, vitalidad y potencialidad. Viejas cuestiones que tenían que ser tratadas surgen, a veces, de manera espontánea. Por ejemplo, las antiguas heridas pueden ser tratadas en terapia de una manera flexible que hace progresar la relación terapéutica. Hay un sentido de interés por la vida que marca un repertorio conductual más amplio a medida que el trabajo sobre percepción consciente progresa de forma natural desde el "laboratorio" de la terapia a la vida de cada día.

Aceptación y compromiso de acción

La aceptación se pone al servicio del compromiso con la acción e implica la práctica de la aceptación en la vida real. Cliente y terapeuta trabajan para identificar barreras potenciales para la acción, ya sea haciendo ensayos durante la sesión o utilizando diferentes ejercicios de exposición para disminuir el peso específico de tales barreras. El cliente, así, "experimenta" con aquellas acciones basadas en su compromiso personal que ha acordado llevar a cabo durante la terapia y, luego, informa al terapeuta, en la siguiente sesión, sobre sus éxitos y fracasos en la consolidación de los procesos de aceptación. El terapeuta tiene que adoptar un enfoque paciente y moderado porque la aceptación no siempre es un resultado automático. El cliente puede

recaer en el incumplimiento de sus compromisos en cualquier momento que surja un material sensible. Este retroceso temporal no es más que "grano" para moler en el molino terapéutico en el sentido de que las barreras reales frente a una vida significativa seguirán apareciendo aun cuando las historias sobre uno mismo o el consabido material histórico estén siendo regenerados.

Aceptación y self o procesos del momento presente

La aceptación requiere que el cliente esté siempre presente y no se desvíe como parte de una maniobra de evitación. De ese modo, muchas intervenciones sobre aceptación empiezan situando al cliente en el momento presente. Esto se puede conseguir utilizando algún ejercicio estructurado (p. e., respirar profundamente durante 5 minutos) o de manera espontánea cuando el terapeuta detecta la presencia de material sensible que el cliente se está esforzando en aceptar ("Veo que te estás mordiendo el labio; ¿qué es lo que tienes en la mente?"). De manera semejante, recurrir a la capacidad de toma de perspectiva del yo es crucial para mantener una postura de aceptación. Formular al cliente cuestiones como "¿Eres lo bastante grande para tener lo que está *dentro de ti* en este momento?" dan lugar a una batería de instrucciones para ampliar la consciencia hasta asimilar lo que esté teniendo lugar. Hay otras muchas intervenciones ACT que le piden al cliente que expanda la consciencia para observar, en concreto, lo que está presente. En este sentido, la aceptación y los procesos del yo interactúan dentro y fuera de la sesión.

Qué hacer y qué no hacer en terapia

Demasiada palabrería

La aceptación se modela mediante el contacto directo con las contingencias. Hablar de aceptación no ayuda al cliente en la adquisición de las habilidades que la aceptación requiere. Los terapeutas noveles en el enfoque ACT "explican" lo que es aceptación y, luego, tienen que "explicarlo" de nuevo –como si pudiera ser

representado solo de forma verbal–. Cuando el avance terapéutico es lento, los terapeutas principiantes suelen experimentar la fuerte tentación de volver atrás para explicarle al cliente, una vez más, los fundamentos básicos del enfoque, como si el cliente estuviera fallando por no entender bien las ideas de la ACT.

Un enfoque mucho mejor consiste en ser más vivencial. La aceptación no se puede describir, integralmente, en un sentido literal. Metáforas, analogías y ejercicios vivenciales conforman nuestro conocimiento y proporcionan un medio para la adquisición de habilidades. Es importante buscar las oportunidades que se puedan presentar durante la sesión para practicar, realmente, aceptación en lugar de limitarse a hablar de ella.

Plegamiento generado por el terapeuta

Es importante que el terapeuta ACT contemple la lucha del cliente con "ojos blandos" y que recuerde que la aceptación es una decisión basada en valores. A los clientes los beneficia muy poco el intentar convencerlos, con argumentos lógicos, de que necesitan mantener esa lucha. Tan penoso como esforzarse en llevar a un caballo sediento hasta el agua solo para ver cómo se niega a beber, es observar una falta de aceptación cuando la transformación estaría a solo unos milímetros si la persona estuviera más dispuesta. No se puede forzar la aceptación ni se la puede obtener mediante el plegamiento. Si al cliente le resulta difícil tomar una decisión, el terapeuta ha de tener fe en el cliente y en sí mismo lo que, en la práctica, significa, por un lado, abrirse al malestar de la situación y modelar paciencia y, por otro, creer en la capacidad de cambio del cliente. Por lo general, el tranquilizar no ayuda pero sí que lo hace el dar pequeños pasos, con tal de que sean pasos de verdad. Hasta el más pequeño de los pasitos se puede convertir, más adelante, en un salto de gigante.

Compasión y sabotaje

La otra cara de animar y convencer es que, a veces, los terapeutas se sienten tentados a proteger a los clientes de la dura realidad de estar

presentes con aquello que pueda surgir. Por ejemplo, puede darse el deseo de proteger a la víctima frente a posibles recuerdos dolorosos. Por debajo de ese deseo, se está tomando un pensamiento al pie de la letra: algunas historias son demasiado duras para revivirlas. Por lo general, este tipo de sabotaje compasivo es señal de que se ha activado algún tema candente en el propio terapeuta. Si el terapeuta nunca ha aceptado ese tema, la tentación se encargará de asegurarse de que tampoco lo vaya a hacer el cliente. La compasión auténtica es buena pero los clientes no necesitan estar protegidos toda su vida; más bien, lo que necesitan es conseguir mayor poder para vivir la vida en el presente. La única forma segura de eliminar el contenido de una historia penosa consiste en librarse de la obsesión por el pasado. Eso requiere valor por parte del cliente, pero también por parte del terapeuta.

Detectar las señales de progreso

Aunque, ciertamente, los clientes difieren en cuanto a su nivel de aceptación al principio del tratamiento, en general, se resisten a la idea de aceptar lo que llevan dentro y, *realmente*, luchan contra la idea de exponerse voluntariamente a los acontecimientos, situaciones o relaciones que se dan en la vida y que desencadenan su dolor personal. Esto se manifiesta tanto en el lenguaje de los clientes (p. e., "No me puedo permitir recordar, es demasiado doloroso"; "lo único que quiero es no sentir") como en pautas persistentes de evitación situacional (p. e., baja disposición). Cuando empieza a producirse, el progreso, por lo general, se suele detectar también en esas dos áreas. Los clientes, de manera espontánea, empiezan a utilizar un lenguaje que sugiere que están adoptando una actitud más abierta y aceptante hacia el contenido temido (p. e., "me doy cuenta de que esto no va a desaparecer y voy a tener que enfrentarme a ello aunque no me guste"; "resultó duro tener una discusión con él, pero me dije a mí misma que iba a dejar que el dolor se quedara allí y que le iba a decir lo que quería decirle"). Los clientes, de forma espontánea, se implican

en acciones relacionadas con el “estar dispuesto” que ni siquiera se habían tocado en la terapia. Es señal de que el avance en aceptación se está empezando a generalizar a otras situaciones problemáticas de la vida. Dentro de la sesión, la aceptación genera una atmósfera ligera, abierta e informal, muy distinta del tono tenso, serio y centrado en el yo de las sesiones iniciales. Los clientes empiezan a “captarlo”; van adquiriendo el conocimiento vivencial que genera una actitud de aceptación hacia el mundo externo e interno con un matiz de suavidad y compasión. “Captarlo” se convierte, así, en lo opuesto de rendirse; abre todo un conjunto de nuevas posibilidades respecto a uno mismo y a los demás que resulta verdaderamente liberador para que el cliente experimente la vida ¡y el terapeuta forme parte del proceso!

11 Conexión con valores

Si no decidimos a dónde ir, lo más seguro

Es que terminemos en el lugar hacia el que nos dirigimos.

Proverbio chino

En este capítulo aprenderás…

- Cómo se pueden utilizar los valores para crear un sentido de dirección y significado vital.
- Que los valores difieren pero están relacionados con los objetivos vitales.
- La distinción entre el acto de elegir y el acto de decidir.
- Cómo apoyar al cliente en su programación de direcciones basadas en valores.
- Cómo ayudar al cliente a distinguir entre valorar como conducta y valorar como sentimiento.
- Cómo separar los valores de las incómodas presiones grupales y sociales.

Visión general

La ACT asume que cada cliente dispone de cuanto necesita para vivir una vida rica y significativa. Sin embargo, en la mayoría de los clientes, esta capacidad de reconocer y seguir una dirección basada en valores está deteriorada por la fusión verbal y la evitación vivencial. Pensamientos sobre el pasado, emociones, estados corporales y demás, no favorecen la acción encaminada hacia una vida más plena sobre todo cuando tales vivencias se contemplan en el contexto de la literalidad, el control y el dar razones. Pensamientos y sentimientos, por lo general, apuntan en direcciones opuestas e

invitan a centrarse en objetivos procesuales irrelevantes (p. e., librarse de determinados sentimientos, tener solo cierto tipo de pensamientos). La elección de valores permite una lectura mucho más estable de la brújula vital. Los valores pueden motivar la conducta incluso frente a las adversidades personales más penosas. Los clientes pueden resultar dañados, sí… despojados de sus valores, no. Una vez que se ha despertado, la conciencia de los propios valores puede llegar a ser una parte sustancial de una vida con sentido.

Podemos encontrar un ejemplo de esta sencilla idea en el libro de Viktor Frankl *El hombre en busca de sentido*. Frankl describe una ocasión, cerca del final de la segunda guerra mundial, en la que tuvo una oportunidad de escapar del campo de concentración en el que se encontraba prisionero. Describe cómo, al realizar una última ronda a sus pacientes, en su improvisado hospital, llegó junto a uno al que había esperado salvar pero que estaba muriendo. El paciente miró a Frankl y le dijo: "Tú también te marchas". Frankl dice haber experimentado una tremenda sensación de confusión. Buscó al compañero con el que había planeado escapar y le dijo que se iba a quedar a cuidar a sus pacientes. Al regresar a su trabajo, Frankl experimentó un sentimiento de paz como nunca antes lo había sentido (Frankl, 1992, p. 68).

Si Frankl pudo experimentar un sentido de propósito y paz en uno de los escenarios más horribles jamás ideados por ser humano alguno, entonces nuestros clientes –independientemente de la historia que arrastren consigo– son capaces de vivir una vida que sea rica y significativa. Con rica y significativa no queremos decir que esté exenta de dolor. No decimos rica y significativa de acuerdo con los parámetros de nuestra cultura materialista. Queremos decir rica y significativa según los criterios propios de nuestros clientes.

Creemos que el sufrimiento es universal para la condición humana. Si uno vive lo bastante, los seres queridos morirán, las carreras llegarán a su fin, el propio cuerpo envejecerá. ¿Qué es lo que puede ayudar a dignificar la vida, dado el conocimiento cierto de que todo

el mundo, antes o después, va a terminar sufriendo? Si les preguntamos a nuestros clientes lo que harían si, finalmente, pudieran librarse de su malestar psicológico, lo más probable es que escuchemos cosas sobre la familia, la propia carrera, implicación social, autodesarrollo y cosas por el estilo. Sin embargo, el modo mental de solución de problemas nos dice que no se puede tener nada de eso *hasta que* el problema psicológico esté dominado. Este supuesto, naturalmente, lleva a que las personas se centren exageradamente en objetivos procesuales (p. e., reducir la depresión, la ansiedad, los flashbacks, el impulso de beber o de consumir drogas para incrementar la confianza en uno mismo, etc.) con el resultado, a largo plazo, de que los clientes pierden el contacto con su misión más importante en la vida. Esta desconexión puede ser tan profunda que los clientes, literalmente, "no saben" en qué creen ni qué quieren que represente su vida. No es infrecuente, en la práctica clínica, preguntarle al cliente algo como: "¿Qué harías con tu vida si no tuvieras que gastar toda esta energía en controlar tu X (depresión, alcoholismo, etc.)?". Y recibir como respuesta: "No lo sé". Uno de los principales objetivos en ACT es ayudar a los clientes a desarrollar un sentido de dirección vital que pueden haber perdido en su lucha con el sufrimiento de cada día. Los clientes pueden descubrir que incluso los pasos más pequeños en defensa de los propios valores pueden ser capaces de aportar nueva vitalidad a una vida en la que ha imperado una rutina embotadora.

Aplicaciones clínicas

En la ACT, los valores se eligen libremente y son consecuencias elaboradas verbalmente de patrones de actividad en curso, dinámicos y en desarrollo que determinan los reforzadores principales de tal actividad y son intrínsecos a la implicación en la propia pauta de conducta valiosa (Wilson y DuFrene, 2009, p. 66). Ya hemos examinado los componentes de esta definición en el capítulo 3 y desentrañamos su significado. Tal vez lo que más nos convenga recordar para el trabajo clínico, en primer lugar, es que

aunque los valores estén socializados, siguen teniendo un matiz de libre elección más que aparecer como algo impuesto por otras personas o por emociones que deberían ser evitadas y, en segundo lugar, que establecen consecuencias intrínsecas deseables. Los valores no son algo que se sitúe en el futuro distante; tienen un matiz apetitivo y de no-evitación en el presente a pesar de su extensión temporal; es como si su significado del presente se extendiera en el tiempo.

En cierto sentido, estos procesos establecen un nuevo tipo de contingencia dentro de la teoría evolutiva y de múltiples niveles de la ACT: no solo contingencias de refuerzo sino, más bien, de significado, basadas en un condicionamiento relacional y los procesos cognitivos que determina. Una vez que esta nueva selección de criterios está plenamente implantada, los sistemas conductuales empiezan a desarrollarse, de forma natural, en esa dirección. Una evolución de la conducta se produce con cualquier reforzador pero muchos refuerzos desembocan en picos adaptativos. Por ejemplo, la evitación vivencial se refuerza, pero no conduce a ninguna parte. El trabajo con valores permite a los sistemas conductuales evolucionar hacia las cualidades y patrones elegidos.

Valorar como acción

El terapeuta ACT establece diversas distinciones a la hora de presentar el tema de los valores. Entre las más importantes está la diferenciación entre valores como sentimiento y valores como acción. El cliente suele tener ambos aspectos completamente entremezclados. El ejemplo de valorar la relación de amor con una pareja suele resultar bastante clarificador. Los sentimientos de amor que uno experimenta pueden aumentar y disminuir con el tiempo y las circunstancias. Comportarse amorosamente (p. e., con respeto, consideración, etc.) solo cuando uno experimenta sentimientos de amor (y comportarse de manera opuesta cuando surjan sentimientos negativos) tiene consecuencias problemáticas para el matrimonio. Y esta es, precisamente, la dificultad con la que nos encontramos cuando se

confunden los valores con los sentimientos ya que los sentimientos no están totalmente bajo control voluntario y tienden a ir y venir.

Este asunto es, básicamente, el mismo que comentamos anteriormente en el contexto del control emocional y el razonamiento emocional. El contexto cultural que apoya la asociación entre sentimientos de amor y actos amorosos es el mismo contexto cultural que apoya que el cliente con agorafobia se quede en casa cada vez que experimenta un elevado grado de ansiedad y que el alcohólico beba cuando su deseo de hacerlo sea muy elevado. Si el cliente basa toda su vida en la ausencia de obstáculos emocionales o cognitivos, entonces no podrá seguir una dirección de valores de una forma comprometida ya que, antes o después, se va a encontrar con algún obstáculo insalvable. A la largo del camino vital, los obstáculos emocionales son inevitables y la vida nos plantea la pregunta: "¿Estás dispuesto a aceptarme?". Si la respuesta es "No", entonces, el viaje se detiene. En el ámbito de los valores, esto quiere decir que necesitamos aprender a dar valor aunque no nos apetezca, a amar aun cuando estemos enfadados y a interesarnos aunque estemos desesperados.

Una manera eficaz de diferenciar sentimientos y acciones consiste en comenzar por cosas sobre las que el cliente no experimente sentimientos demasiado fuertes. El siguiente diálogo es un ejemplo.

Terapeuta: Veamos un ejemplo sencillo. ¿A ti te importa mucho que la gente lleve calcetines de rombos?

Cliente: No. ¿Debería importarme?

Terapeuta: Bien. Lo que quiero que hagas es que, de verdad, de verdad, desarrolles la convicción profunda de que los estudiantes universitarios deberían llevar calcetines de rombos. Siéntelo realmente en tu interior. Realmente, ¡inténtalo con todas tus fuerzas!

Cliente: No puedo.

Terapeuta: Bueno, inténtalo de verdad. Siéntelo con todo tu empeño. ¿Consigues hacerlo?

Cliente: No.

Terapeuta: Muy bien. Entonces, quiero que te imagines que, aunque no consigas creértelo firmemente, vas a comportarte de tal manera que tus compañeros de estudios puedan ver que los calcetines de rombos son algo muy importante para ti. Vamos a pensar alguna forma de hacerlo: Podrías cerrar con cadenas los dormitorios en los que hubiera pocos estudiantes que llevaran calcetines de rombos. ¿Qué más podrías hacer?

Cliente: Podría pegarles a los estudiantes que no los llevaran.

Terapeuta: ¡Genial! ¿Qué más se te ocurre?

Cliente: También podría regalar calcetines de rombos a mis compañeros.

Terapeuta: Estupendo. Y, fíjate en una cosa: aunque todo eso son tonterías, la verdad es que lo podrías poner en práctica fácilmente.

Cliente: ¡Y siempre sería recordado como el tipo chalado que perdió su tiempo preocupándose por los calcetines de rombos!

Terapeuta: Sí; o puede que, por tu dedicación a la causa, como la persona responsable de haber puesto de moda los calcetines de rombos. Pero date cuenta también de esto otro: Si tú te comportaras de esa manera, nadie iba a saber si tenías o no unos sentimientos determinados hacia los calcetines de rombos. Lo único que podrían ver sería el rastro que dejaras… tus actos.

Cliente: Bien.

Terapeuta; Ahora bien, esta es la cuestión: Si tú actuaras de esa manera, ¿estarías haciendo que los calcetines de rombos se convirtieran en algo importante para tu vida?

Cliente: Desde luego.

Terapeuta: De acuerdo. Entonces, ¿qué es lo que se interpone entre tú y el hecho de actuar en función de las cosas que *realmente consideras* importantes en tu vida? No pueden ser los sentimientos

cuando no son decisivos ni siquiera cuando estamos hablando de algo trivial.

Aquí, el terapeuta se está centrando en dar valor a *la acción*. Los esfuerzos por alcanzar un control consciente dan resultado en el terreno de la conducta pero son un problema en el ámbito de las vivencias internas. Tiene mucho más sentido centrarse en lo que se puede regular de forma manifiesta (el comportamiento observable) que en las vivencias que no se pueden controlar tan fácilmente (vivencias internas). Al empezar por un tema trivial, el cliente puede ver que el hecho de considerar que algo es importante no es, necesariamente, una cuestión emocional. Esta constatación puede que facilite el hablar sobre temas de mayor importancia personal sin mezclar temas de sentimientos y valores.

Valorar como elección

Los valores tienen su utilidad porque ayudan a los seres humanos a escoger entre diferentes alternativas. En los humanos, la elección entre alternativas casi siempre sigue el modelo de solución de problemas, que resulta muy útil porque genera reacciones a favor y en contra de una determinada línea de acción. Las razones son formulaciones verbales de causa y efecto. Son tentativas de responder a la pregunta: "¿Por qué debería hacer o no hacer *X*?". O, dicho de un modo más preciso, llamamos *decisiones* a la selección basada en razones que hacemos entre alternativas. Las decisiones se explican, justifican, relacionan y orientan mediante procesos verbales de toma de decisiones tales como predecir, comparar, evaluar o sopesar pros y contras.

Para que se produzca una valoración, es fundamental no confundir valores con decisiones y juicios –los valores deben ser *elecciones*–. Una elección es una selección entre alternativas que se puede hacer *con* razones (si tales razones son accesibles) pero no *por* razones. Las elecciones *no* precisan explicación, justificación, relación ni guía verbal de evaluaciones y juicios. Decir que una determinada elección

no se hace por razones no quiere decir que no existan factores históricos que den lugar a una elección determinada; lo que quiere decir es que las formulaciones verbales que una persona en concreto elabore respecto a la elección no son determinantes para que se haga esa elección concreta. Definido de esta manera, los animales pueden *elegir* pero no pueden *juzgar*. No parece probable que los seres humanos, por el mero hecho de tener añadida una conducta verbal, no puedan hacer lo que un animal hace de forma natural.

La ACT procura evitar la confusión entre acciones elegidas y acción derivada de manera lógica. El siguiente fragmento muestra cómo el terapeuta ACT puede ampliar el tema de juicios y elecciones:

"Para tratar este tema de los valores, me gustaría que distinguiéramos entre elecciones y decisiones. Ambos conceptos suelen confundirse a menudo. Una decisión es una selección, hecha por razones, entre diferentes cursos de acción alternativos. Una 'razón' es una formulación de causa y efecto o de pros y contras. Cuando digo 'por razones' me refiero a que la acción está relacionada con la razón, guiada por las razones, explicada por las razones o justificada por la razón. Así, por ejemplo, uno puede decidir invertir en un valor porque la empresa está bien gestionada, ha sacado un nuevo producto que parece que va a tener éxito y tiene una buena tasa de expansión. Tales razones guían, explican y justifican la compra de acciones. Las elecciones son otra cosa. Una elección es una selección entre alternativas que no se hace por ninguna razón específica, si bien, muchas veces, se hace en presencia de razones (ya que somos seres verbales)".

Para que el cliente perciba mejor la distinción entre elecciones y decisiones, el terapeuta puede explicarle la distinción primero intelectualmente, de esta manera, y, luego, presentarle las manos con los puños cerrados, como si escondieran algo, y decirle: "¡Rápido, Elige una!". Después, el terapeuta le pregunta: "¿Por qué elegiste esta mano?". Como la elección, en este caso, no tiene ninguna importancia, la respuesta más frecuente es: "Por ninguna razón" (si

se da alguna razón, se debe volver a repetir este tipo de elección o una variante, también sin importancia, más rápido, para que el cliente no tenga tiempo de generar razones). Si el cliente acaba haciendo la elección sin una razón determinada, entonces el terapeuta le puede preguntar sorprendido: "¿Es posible semejante cosa? ¿Puedes *elegir* algo, así, sin más? Y añadir: "¿Sin que el cielo *se venga abajo* por ello?".

El terapeuta puede pedirle al cliente que repita exactamente lo mismo mientras piensa varias razones para elegir la mano izquierda o la derecha. Por ejemplo, se puede animar al cliente a que piense: "la derecha es mejor" y, así, simplemente, elegir una u otra. Una vez hecho esto, el terapeuta dice que cada mano representa una alternativa un poco más importante para el cliente (p. e., la mano izquierda es: "Voy a comprar aquella mesa" y, la derecha: "No la voy a comprar") y, sencillamente, se le pide al cliente que elija la una o la otra, ahora *con* razones (ya que cualquier cosa de cierta importancia da lugar a un análisis de alternativas) pero no *por* razones. De esta forma, el listón se puede ir situando cada vez más arriba en el campo de valores mientras que la acción se sigue manteniendo como una elección, no como un juicio.

Si el cliente sigue dando razones respecto al *porqué* de la elección que hace, una estrategia consiste en preguntarle por qué es cierta cada razón. Después de repetir esta pregunta dos o tres veces, la respuesta típica es "no lo sé". Esta respuesta puede, entonces, ser el punto de partida para examinar la "razonabilidad" de muchos juicios de ese estilo. ¿Hasta qué punto puede ser razonable seleccionar entre alternativas cuando esas razones son poco menos que superficiales? Por ejemplo, imagina que le preguntemos a un cliente por qué bebe "Coca-Cola" en vez de "Pepsi". La respuesta, generalmente es algo así como "porque me gusta como sabe". Si, a continuación, le preguntamos "¿por qué te gusta como sabe?", lo más probable es que la pausa que preceda a una respuesta creíble tenga que ser muy larga.

Al final, la respuesta que nos encontramos siempre es algo así como: "porque sí".

En otra variante, se le puede pedir al cliente que elija entre dos alternativas (p. e., tipos de comida). El terapeuta puede preguntar: "¿Por qué eliges esto? Se trata de una pregunta con truco: si el cliente responde dando razones y la acción tiene lugar *por* tales razones, entonces es una decisión, no una elección. El terapeuta puede rechazar una y otra vez las razones del cliente como respuesta: "Pero yo no les pedí a tus*papilas gustativas* que eligieran; te lo pedí a ti. Además, podías haberte dado cuenta de que te gustaba esta comida mientras elegías la otra, ¿no es cierto?". Forzando esta línea de preguntas durante un rato, los clientes suelen pasarse a otro tipo de respuestas más adecuadas, tales como: "porque sí" o "por ningún motivo", que indican que ahora sí que entienden la distinción entre elecciones y decisiones.

Esta distinción es importante en ACT no solo porque es la única manera de aprender cómo funcionan los valores sino también porque lo que busca la ACT es cambiar la planificación que hay detrás de la conducta clínicamente significativa que, por lo general, es razonable pero ineficaz. En este sentido, el "estar dispuesto" frente a "controlar" es, en última instancia, una elección, no una decisión ni un juicio.

La elección tiene otros beneficios. Por ejemplo, ayuda a que el cliente evite la paralización cuando la acción razonable no da resultado. De manera semejante, ayuda a que el terapeuta evite enredarse con el contenido y la lógica de la historia vital del cliente. Lo más importante, sin embargo, es que la distinción es necesaria para que los clientes se puedan comprometer con sus valores sin tener que recurrir también a justificaciones ni explicaciones que, inevitablemente, desembocan de nuevo en las mismas pautas de conducta socialmente aprobadas que llevan, otra vez, al inicio del problema. Lo único que importa de verdad es lo que uno hace y lo que ocurre como resultado. Utilizadas de manera adecuada (y no

coercitivamente), las elecciones ayudan al cliente a hacerse "responshábil".

Las elecciones no son "libres" en el sentido de que no estén afectadas por la propia historia personal. De hecho, una elección es, de por sí, una acción situada históricamente. Las elecciones son "libres" en el sentido de que no hay ninguna coerción, la elección no está dirigida por ningún "tengo que". Si el comportamiento estuviera relacionado con razones en un sentido estrictamente mecánico, entonces, la mera presencia de determinadas razones predecibles constituiría la condición necesaria y suficiente para que tuviera lugar. Este enfoque determinista de causación es, manifiestamente, falso. Los seres humanos son capaces de ser amorosos incluso cuando hay muchas buenas razones para no serlo. Por ejemplo, se podría pensar en el establecimiento de una comisión de reconciliación en Sudáfrica como un acto de amor hacia antiguos ofensores y opresores a pesar de que pudiera haber muchas razones para manifestar odio y exigir compensaciones por los múltiples actos de racismo.

En todo hay un propósito

El propósito está siempre presente en la vida del cliente. No es posible eludirlo por más apagado o entumecido que esté el cliente. ¿Por qué esto es así? Porque la mayor parte del comportamiento es propositivo, independientemente de si se experimenta o no un sentido de dirección. El reloj vital está marchando continuamente y solo avanza en una dirección: desde el momento presente al siguiente momento. Cualquier comportamiento implica una historia de momentos semejantes y cualquier comportamiento que sea consciente y propositivo implica también un futuro elaborado verbalmente. En un sentido muy real, la mayor parte de la conducta es propositiva –ya sea vivencialmente, verbalmente o en ambos sentidos–. Y esto es verdad incluso si la pauta de pensamiento fundamental del cliente es: "Yo no estoy, realmente, a cargo de mi vida. Es ella la que se hace cargo de mí. No puedo actuar de forma diferente porque estoy atrapado en mi situación".

Mientras que el propósito está presente en todas partes, los valores (tal como los hemos definido) no lo están. Los clientes, muchas veces, se sienten forzados en su vida, creen que son víctimas de la vida o, simplemente, se sienten como a la deriva. Cuando están viviendo fuera de contacto con el momento presente, están, en efecto, en modo piloto automático. En tales circunstancias, el propio entrenamiento social es muy capaz de organizar secuencias de comportamiento muy complejas (p. e., ir a trabajar cada día, hacer la colada, ver TV, acudir a la iglesia, etc.). La cuestión, por lo tanto, no es lo que está haciendo el cliente sino cómo lo está haciendo. Los mismos comportamientos que resultan embotadores cuando uno está en modo automático pueden reflejar una enorme reserva de vitalidad cuando se realizan en aras de los propios valores personales. En el siguiente diálogo, el terapeuta ACT trata de resaltar de qué manera el comportamiento del cliente podría reflejar determinados propósitos, aun cuando el cliente no sea consciente de ellos. Por supuesto, un propósito no es lo mismo que un valor. Se necesita añadir un componente adicional, la elección. Pero el reconocimiento de que la conducta del cliente podría, efectivamente, reflejar determinado propósitos, establece el marco para esta cuestión.

Terapeuta: Creo que lo que me estás diciendo es que no eres consciente de las elecciones que estás haciendo cada día que pasa. De esta manera, te parece como si estuvieras obrando sin ningún propósito porque no eres consciente de tener tales propósitos. Si eso fuera realmente posible, ¿no resultaría entonces que, cada día, tu actividad sería completamente aleatoria? Irías de un lado a otro, chocando con las paredes, poniéndote los calcetines en las manos, cepillándote los dientes con el cepillo de baño, yendo a trabajar a donde no te correspondiera y otras cosas por el estilo, ¿no es así? Permíteme que te haga una pregunta: ¿Tu vida es así de aleatoria?, ¿realmente sientes que no estás eligiendo tus actos?

Cliente: Bueno, no de ese modo; supongo que, más bien, siento que no tengo control de lo que me está ocurriendo. No tengo manera de cambiar las cosas.

Terapeuta: Y al elegir creerte lo que te dice tu mente –que estás atrapado– sigues comportándote como una persona atrapada, ¿no es cierto?

Cliente: Uh huh.

Terapeuta: No te estoy preguntando si crees que estás atrapado. Lo que te pregunto es: ¿Eres capaz de dirigir tu conducta? Y, luego, quiero saber: ¿Eres capaz de elegir la dirección?

Es importante no intimidar al cliente sobre esto sino, más bien, desvanecer con cuidado la ilusión de que no está haciendo elecciones y no se está cumpliendo ningún propósito. La cuestión es: ¿*Cuál* propósito? Al examinar cómo funciona ese comportamiento, el resultado que de él se obtiene, entonces encontramos su propósito. Por lo general, nuestros clientes encuentran que los propósitos a los que están sirviendo son poco eficaces y, como mucho, solo proporcionan un alivio a corto plazo de algún tipo de consecuencia aversiva. Por ejemplo, un cliente implicado en una relación de pareja insatisfactoria podría hacer "todo lo que es correcto" en relación al hogar para mantener una relación tranquila, aunque distante, con su pareja. Este alivio temporal se adquiere a un precio muy costoso porque hay muy pocas posibilidades, si es que hay alguna, de que la relación llegue a convertirse en algo más gratificante en cuanto que los temas más peliagudos permanecen guardados. En la ACT, intentamos volver siempre a la cuestión de: Si pudieras elegir un propósito, aquí, ¿qué propósito elegirías?

¿Qué quieres que represente tu vida?

Uno de los ejercicios de "establecimiento de rumbo" de mayor impacto en ACT es el denominado *¿Qué quieres que represente tu vida?* El siguiente diálogo se llevó a cabo con un cliente de buena

posición económica que se sentía angustiado por su falta de propósitos:

Terapeuta: Si estás preparado, me gustaría que realizáramos un ejercicio que puede dar resultados sorprendentes y muy interesantes o que, simplemente, podría ayudarte a que entraras en contacto con algo que, en el fondo, ya sabías. Podemos ver lo que ocurre.

Cliente: De acuerdo, estoy dispuesto a intentarlo.

Terapeuta: El ejercicio se llama *¿Qué quieres que represente tu vida?* Empieza por cerrar los ojos y relajarte durante unos minutos. Desaloja de tu mente todos los temas de los que hemos estado hablando (*el terapeuta dirige al cliente en una relajación de unos 2 o 3 minutos*). Ahora, quiero que te imagines que, por una jugada del destino, acabas de morir; pero eres capaz de asistir a tu funeral, en espíritu. Estás viendo y escuchando las palabras de elogio que te dirigen tu esposa, tus hijos, tus amigos, los compañeros de trabajo y demás. Imagínate, realmente, en esa situación y entra, emocionalmente en la escena (*pausa*). Bien; ahora, quiero que visualices lo que te gustaría que recordara de ti toda esa gente que formó parte de tu vida: ¿Qué te gustaría que dijera tu mujer sobre el marido que fuiste? Haz que lo diga. ¡Se valiente! Deja que diga exactamente lo que más te gustaría que dijera si tuvieras plena libertad para hacer que eso fuera así (*pausa para permitir que hable el cliente*). Y, ahora, ¿qué te gustaría que recordaran tus hijos de ti como padre? Una vez más, no te quedes corto. Si pudieras hacer que dijeran *algo*, ¿qué es lo que dirían? Aunque tú no hayas vivido de la forma que hubieras deseado, déjalos que lo digan de la forma que a ti más te gustaría (*pausa para permitir que hable el cliente*). Ahora, ¿qué te gustaría que dijeran tus amigos de ti, como amigo? ¿Por qué te gustaría que te recordaran tus amigos? Déjalos que digan todo eso –¡Y no te reprimas en nada!– Haz que digan lo que más te gustaría que dijeran. Y toma nota mentalmente de todas esas cosas mientras las estás escuchando [el terapeuta puede continuar de esta forma hasta comprobar que el cliente ha entrado de lleno en el ejercicio. Luego, el

terapeuta reorienta al cliente de regreso a la sesión; p. e., "Imagínate, ahora, los detalles de la habitación en la que te encuentras mientras vas centrando tu atención en el presente y, cuando estés listo, abre los ojos"].

Cliente: Me resultó extraño… intentar imaginarme muerto pero estando allí. A veces, en el pasado, tuve pensamientos sobre morirme de repente. Me imaginaba cómo le iba a afectar a cada uno –¡Qué duro iba a ser para Debbie y los niños!

Terapeuta: De manera que proyectarse uno mismo hasta el punto de la muerte parece una cosa bastante seria.

Cliente: Sí; ¡parece empequeñecer todos mis problemas! Al mismo tiempo, me deprime porque parece como si toda mi vida fuera una pérdida de tiempo.

Terapeuta: Tengo curiosidad… cuando escuchabas los elogios, ¿Qué cosas se te vinieron a la mente en relación a aquello por lo que te gustaría que te recordaran?

Cliente: Debbie, diciendo que yo había sido un marido cariñoso, fiel, atento y un padre que siempre se ocupó de sus hijos. Chuck, el tipo al que, probablemente, conozco desde hace más tiempo, dijo que allí estaba yo, cuando él más me había necesitado, cuando dejó la bebida. Eso ocurrió, en realidad, hace dos años.

Terapeuta: ¿No se levantó nadie que dijera: "Yo recuerdo que Richard se pasó toda su vida intentando demostrar que no era un tipo con suerte"?

Cliente: (*se ríe*) No.

Terapeuta: ¿Alguno dijo: 'Aquí descansa Richard; ganó más de 2 millones de euros con su carrera y por eso es eternamente honorable'?

Cliente: (*se ríe*) No. ¿Qué es lo que estás tratando de decirme?

Terapeuta: Nada en realidad… solo observaba que muchas de las cosas que te reprochas a ti mismo y por las cuales luchas no tienen

relación con aquello por lo que quieres que te recuerden. Parece que te estás machacando a ti mismo sin piedad en el nombre de cosas a las que ni siquiera valoras.

Cliente: ¡Sería bastante duro si fuera verdad!

Terapeuta: Sí que lo es; pero no se trata de lo que es o no es verdad. ¡Se trata de lo que funciona y lo que no funciona!

Una variante de este ejercicio consiste en pedirle al cliente que escriba un breve epitafio en una lápida imaginaria. Muchas veces, este ejercicio revela discrepancias entre los valores del cliente y sus acciones en el presente.

Terapeuta: Cuando la gente muere, lo que deja tras de sí no es tanto lo que poseyó como aquello que llegó a representar. Por ejemplo, ¿has oído hablar alguna vez de Vicente Ferrer?

Cliente: ¡Claro! Trabajó mucho por la India, ¿no?

Terapeuta: Exacto. Ahora bien, ¿por qué tendrías que conocer a esta persona? Ya ha fallecido. Pero él ha representado algo. Entonces, de una forma parecida, imagínate que pudieras escribir en tu tumba algo que dijera lo que tú representaste en tu vida. ¿Qué te gustaría que pusiera tu epitafio si pudieras elegir cualquier cosa? Piénsalo un minuto.

Cliente: "Participó en la vida y ayudó a los demás seres humanos".

Terapeuta: Bien… ahora, déjame que te pregunte: Cuando ves lo que está representado tu vida actualmente, ¿es eso lo que querías que representara? ¿Estás participando realmente en la vida y ayudando a los demás seres humanos?

Cliente: No, no estoy seguro de que pueda hacerlo.

Terapeuta: De manera que, más bien, estás escribiendo un epitafio que va a decir algo así como: "Se pasó toda la vida preguntándose si tendría todo lo necesario para vivir… y se murió inseguro".

En algunos ambientes o con determinados clientes el ejercicio del *Funeral* o el del *Epitafio* puede que suscite temas relacionados con la muerte –lo que no es el tema central en este caso– pero se pueden elaborar fácilmente versiones más ligeras. Por ejemplo, en intervenciones en centros de trabajo, se puede cambiar el funeral por una fiesta de jubilación y el epitafio, por el grabado en la caja de un reloj que se da como regalo. Existen muchas variantes de este tema en la literatura ACT.

El ejercicio de "La diana"

Una intervención sencilla pero impecable es la que se basa en el ejercicio *La diana* desarrollado por Tobias Lundgren y colaboradores (2011). Todos los miembros de nuestra cultura están familiarizados con las dianas, ya sea por el juego de dardos o la arquería. El objetivo de estos deportes consiste en colocar el dardo o la flecha en el centro del objetivo, el blanco, que es donde se obtienen más puntos. En términos generales, se obtienen menos puntos cuanto más alejado del centro caiga el dardo o la flecha. El terapeuta dibuja en un papel una serie de cinco a siete círculos concéntricos y comienza la intervención.

Terapeuta: Mira, acabo de trazar una diana en este papel. ¿Sabes lo que representa una diana como esta?

Cliente: Sí, solía jugar a los dardos de pequeño y utilizábamos una diana parecida a esta.

Terapeuta: Bien, vamos a utilizar la diana para medir otro tipo de puntería: básicamente, en qué grado estás enfocando tu vida en la dirección en la que quieres ir. Has descubierto que uno de tus valores vitales principales es sentir que estás participando en la vida y que también estás ayudando a otros que lo necesitan. Recuerda que el centro de la diana es el "blanco"; ahí era donde querías clavar cuando jugabas a los dardos, ¿no es así?

Cliente: Así es, y no lo conseguía muy a menudo, pero ¡era genial cuando lo conseguía!

Terapeuta: Y los círculos continúan hacia fuera y se consiguen menos puntos por colocar el dardo en esos círculos, ¿recuerdas? Bien, lo que quiero que hagas ahora es que pienses en el valor que has formulado y quiero que hagas una señal en la diana que refleje en qué medida estás viviendo tus valores en este momento preciso. Una señal en el centro significa que has hecho diana; estás participando al máximo de la vida y estás viviendo según tu valor de ayudar a quienes lo necesitan. Una marca lejos del centro significa que puede que, a veces, vivas según tus valores y otras veces no, según donde pongas la señal. De modo que, ahora, quiero que pienses en qué punto de tu vida estás en este preciso momento y que coloques una marca en el lugar que corresponda [el terapeuta le tiende al cliente la hoja de papel; el cliente hace una marca en el círculo más externo y le devuelve la hoja al terapeuta]. Por lo que se ve, parece que te sitúas bastante lejos del blanco, lo que quiere decir que no te parece que estés viviendo de una forma consistente con tus valores en este momento. ¿Es correcto?

Cliente: Sí; y me molesta bastante porque siento que soy capaz de mucho más que eso. ¡Simplemente, no lo estoy haciendo! Colocar la señal en la diana es como reconocer abiertamente que estoy fracasando en esto.

Terapeuta: Dale las gracias a tu mente por esos pensamientos tan tiernos y amables. Aquí hay un propósito mucho más importante que el simple hecho de declararte ganador o perdedor y es que puedas ver, realmente, en qué punto de tu vida te encuentras. Sólo es posible empezar a partir de donde uno está, no de donde le gustaría estar. De manera que, por desagradable que esto pueda ser, es un primer paso vital en el proceso de elegir hacer algo diferente, si es eso lo que eliges hacer.

Cliente: De acuerdo; entonces, estoy en este círculo y quiero llegar a este otro. ¿Cómo lo puedo conseguir?

Terapeuta: Puede que sea mejor que lo consideres como un proceso en marcha. Uno no está siempre en un determinado círculo; ni aún en

el caso de que acertaras en el centro de la diana ibas a obtener un certificado de la vida que dijera: "¡Bingo! Has dado en el blanco y ya no necesitas hacer ninguna otra cosa para quedarte ahí". De manera que, simplemente, observa que tu situación en la diana va a fluctuar todo el rato; es solo una forma de comprobar dónde te encuentras; nada más y nada menos. Si no te gusta tu situación, puedes elegir hacer algo distinto que te permita avanzar hacia un círculo más cerca del blanco. Es como pilotar un crucero: no se puede virar en redondo de golpe pero sí que puedes mover ligeramente el timón y, con el tiempo, habrás logrado un cambio de rumbo total en la dirección del barco.

Elegir direcciones asentadas en valores: establecer el rumbo

El proceso de establecer un contacto vivencial estrecho con los propios valores es una de las vivencias terapéuticas más intensas e íntimas en ACT. La gente sabe de forma intuitiva que aquello que de manera más profunda le importa es, también, donde pueden resultar heridos con mayor facilidad y, por eso, puede que rara vez se permitan mostrar esas áreas a los demás. Después del trabajo con valores, es probable que el terapeuta se convierta en el confidente de una información que jamás se había compartido con ninguna otra persona. Utilizada de manera adecuada, esta misma intimidad puede servir de base para el trabajo más difícil de implementar un cambio de conducta basado en valores.

En ACT, el proceso de asesoramiento en valores sirve a una variedad de propósitos de consejo e intervención. En primer lugar, el cliente puede hacerse consciente de valores reprimidos. Este proceso es motivacional en el sentido de que el cliente puede descubrir importantes discrepancias entre un curso vital orientado por valores y las conductas que está llevando a cabo. Nosotros nos referimos a esta diferencia como la discrepancia "valores-conducta" y, muchas veces, es la fuerza impulsora de los cambios de conducta en ACT. En

segundo lugar, la discusión sobre valores, si el terapeuta sabe llevarla, le da a la conversación terapéutica un sentimiento positivo basado en las fortalezas. La mayoría de la gente tiene motivos altruistas en la vida: quieren ser buenos amantes, buenos esposos, buenos padres, buenos amigos, etc. Estos motivos son la base de la naturaleza social de los seres humanos. El proceso de asesoramiento en valores puede ayudar a que la conversación terapéutica pase de estar centrada en los fallos, déficits y problemas a destacar los fundamentos correctos y prístinos de la vida del cliente. En un mundo lleno de imperfecciones, los valores de una persona son perfectos. Los valores de una persona no pueden ser aquello que alguien distinto piense que deberían ser, sino que siempre son perfectos y completos en la propia persona. Muchos clientes acuden a terapia con la sensación de que, en lo más profundo, en un nivel primigenio, son terriblemente imperfectos. Es difícil imaginar algo más fundamental que los valores de una persona y descubrir que uno tiene un fundamento sin fallos puede ser fortalecedor e inspirador. Tras revisar los valores con un cliente, el terapeuta ACT puede preguntar: "¿Nos falta alguna cosa en relación a estos valores? ¿Se podrían mejorar de alguna manera?". Si el cliente puede imaginar alguna forma de mejorarlos, entonces, la mejora se lleva a cabo por esa misma toma de consciencia. En este sentido, todo cuanto se le ocurra al cliente es perfecto.

Un último beneficio de la clarificación de valores es que puede permitir la constatación de que la vida está teniendo lugar *ahora*, no en algún futuro lejano. El reloj está en marcha, pero no en un sentido negativo. Por extraño que suene, hay un apoyo social limitado (en el mejor de los casos) para pensar constantemente en los propios valores en función de cómo uno está viviendo su vida actualmente. Se nos anima a que comprobemos nuestros valores según criterios externos porque resultaría amenazador para el orden social contemporáneo que las masas utilizaran criterios internos y empezaran a cuestionarse la utilidad de "valores" construidos socialmente y ampliamente difundidos. El inusual sabor y tono del trabajo con valores de la ACT ayuda al cliente a situarse en el presente lo que, frecuentemente lleva

a debates concretos sobre conductas específicas que se pueden cambiar o modificar. La mayor parte del tiempo, estas conductas no van a ser desencadenadas por el medio social circundante sino que van a partir del propio interior.

Los investigadores y practicantes de la ACT han desarrollado una amplia variedad de herramientas sobre valores. Se han dedicado volúmenes enteros al trabajo con valores desde la perspectiva de la ACT (p. e., Dahl, Plumb, Stewart y Lundgren, 2009), y diversos encuadres y estilos clínicos proporcionan distintos enfoques al trabajo con valores. En este capítulo, describimos un enfoque clínico aplicable en general pero los lectores con necesidades más específicas deberían consultar Dahl y colaboradores (2009) y otras fuentes de ACT para otros enfoques alternativos.

El procedimiento de valores que describimos con mayor detalle está relativamente estructurado y sirve como un tipo de ejercicio ampliado (para asesoramiento de tiempo limitado es más aconsejable el ejercicio de la diana). Los pasos son los siguientes:

1. El terapeuta describe el proceso de clarificación de valores al cliente.

2. El cliente cumplimenta la hoja de *Asesoramiento de valores* (véase figura 11.1) ya sea durante la sesión o como trabajo para casa. Esta hoja de valoración ayuda al cliente a "tener constancia" de los temas que hayan surgido en el trabajo durante la sesión. Se hará referencia repetidamente a los valores enumerados durante el resto de la terapia; de esta manera, el terapeuta necesita repasar el trabajo de construcción de valores con el cliente para verificar que los puntos de vista principales del cliente han sido recogidos adecuadamente. Ese proceso de revisión se realiza a lo largo de las siguientes etapas.

3. Terapeuta y cliente comentan los valores citados en cada área y, juntos, elaboran breves narrativas de valores para cada ámbito que sirvan para simplificar, centrar y encapsular las declaraciones de valores formuladas libremente en la hoja (véase Fig. 11.2, Formulario

Narrativo de Valores). Por lo general, la principal tarea del terapeuta es ayudar al cliente a distinguir objetivos y valores y a describir los valores en términos de dirección, no meramente de fines concretos. De este modo, el terapeuta aporta su conocimiento técnico sobre valores desde una perspectiva ACT al proceso de refinamiento de las narrativas del cliente en forma de narrativas de valores que satisfagan los requisitos de definición de los valores.

4. Cuando las narrativas estén listas, el cliente realiza valoraciones cumplimentando el Cuestionario de Vida Plena (Valued Living Questionnaire-2, VLQ-2; Wilson et al., 2010) que se presenta en la Fig. 11.3 (también le puede servir al terapeuta más adelante como ejercicio para dirigir un tipo de valoración semejante). El propósito de estas valoraciones es, en parte, ayudar a identificar aquellas áreas en las que terapeuta y cliente no se están comunicando, lo que proporciona una guía de aquellas áreas que podrían necesitar una clarificación adicional a través de una puesta en común.

5. La hoja de asesoramiento de valores del cliente (del paso 2) es revisada conjuntamente por terapeuta y cliente y, luego, se modifica en mutua colaboración. El trabajo del terapeuta durante este proceso consisten en clarificar la dirección inherente en la que podrían apuntar fines valiosos concretos.

Lo que sigue son áreas vitales que alguna gente valora. No todo el mundo tiene los mismos valores y esta hoja no es ningún test para comprobar si tú tienes los valores "correctos". Describe tus valores como si ninguna otra persona fuera a leer nunca esta hoja. Mientras trabajas, piensa en cada área en términos de objetivos concretos que te gustaría alcanzar y también en términos de direcciones vitales más generales. Por ejemplo, podrías considerar el casarte como un objetivo concreto y el ser una pareja cariñosa, como una dirección valiosa. El primer ejemplo, casarse, es algo que se puede completar. El segundo ejemplo, ser una pareja cariñosa, no tiene un final concreto; uno siempre puede ser más cariñoso, independientemente de lo cariñoso que se haya sido hasta el momento. También se puede

trabajar por ser una pareja cariñosa aunque uno no esté casado ni esté en una relación de pareja. Por ejemplo, puede haber maneras por las que uno se puede preparar para que sea más probable una relación o tenga más éxito. Trabaja con cada ámbito vital. Algunos de los ámbitos se solapan. Puede que te resulte difícil separar "familia" de "matrimonio/relaciones íntimas". Intenta mantener los dos campos separados. Tu terapeuta te ayudará cuando comentes la valoración de estos objetivos y valores.

Enumera claramente cada sección y mantenlas separadas unas de otras. Podría ocurrir que no tuvieras ningún objetivo en algunas áreas. Puedes saltarte esas áreas y comentarlo directamente con tu terapeuta. También es importante que anotes lo que tú valorarías si no hubiera ningún obstáculo en tu camino. No te estamos preguntando lo que tú crees que podrías alcanzar de manera realista ni lo que los demás pueden pensar que te mereces. Queremos saber lo que a ti te importa, aquello por lo que te gustaría trabajar en la mejor situación posible. Mientras cubres la hoja, imagínate que ha ocurrido algo mágico y que, ahora, todo es posible.

Nota: Para su utilización en terapia, añadir espacios debajo de cada una de las categorías siguientes:

1. Relaciones familiares (que no sean las del propio matrimonio o la relación con los hijos). En este apartado, describe el tipo de hermano/hermana, hijo/hija que quieres ser. Describe las cualidades que querrías tener en esas relaciones. Describe cómo tratarías a las otras personas de la relación si tú fueras tu propio ideal en todas esas relaciones.

2. Matrimonio/pareja/relaciones íntimas. En este apartado, describe el tipo de persona que te gustaría ser en una relación íntima. Describe el tipo de relación que te gustaría tener. Procura centrarte en tu papel en esa relación.

3. Ser padres. ¿Qué clase de padre/madre te gustaría ser, en este momento o en el futuro?

4. Amistades/vida social. En este apartado, describe lo que significa para ti ser un buen amigo. Si pudieras ser el mejor amigo posible, ¿cómo te comportarías con tus amigos? Intenta describir una amistad ideal.

5. Carrera/empleo. En este apartado, describe el tipo de trabajo que te gustaría hacer. Puede ser una descripción muy detallada o más general (recuerda que se trata de un mundo ideal). Después de describir el tipo de trabajo que te gustaría hacer, anota las razones por las que te gustaría tener ese trabajo. Luego, explica qué clase de trabajador te gustaría ser en relación a tu empleador y a tus compañeros. ¿Cómo te gustaría que fueran tus relaciones de trabajo?

6. Educación/formación/crecimiento personal y desarrollo. Si te gustaría proseguir tu educación, por vía formal o de manera informal, o empezar una formación especializada, escribe sobre todo eso. Escribe por qué te atrae ese tipo de educación o de entrenamiento.

7. Esparcimiento/diversión. Comenta el tipo de actividades de esparcimiento que te gustaría tener, incluyendo hobbies, deportes y actividades de placer.

8. Espiritualidad. En este apartado, no nos referimos necesariamente a un tipo de religión organizada. Lo que queremos decir con espiritualidad es todo aquello que tenga sentido para ti, ya sea algo tan sencillo como estar en comunicación con la naturaleza o más formal, como la participación en un grupo organizado. Sea cual sea el significado que la espiritualidad tenga para ti, está bien. Si se trata de un área importante de tu vida, describe cómo te gustaría que fuera. Al igual que en los otros apartados, si esto no forma una parte importante de tus valores, pasa a la siguiente sección.

9. Vida en comunidad. Para algunas personas, la participación en los asuntos de la comunidad constituye una parte importante de la vida. Por ejemplo, algunas personas sienten que es importante trabajar como voluntarios con los sin techo o con personas mayores, influir en los encargados de la política a nivel estatal, autonómico o local,

formar parte de grupos dedicados a la conservación de la naturaleza o participar como miembros de apoyo de grupos de autoayuda, tales como Alcohólicos Anónimos. Si este tipo de actividades dirigidas a la comunidad son importantes para ti, anota qué dirección te gustaría emprender en esas áreas. Explica lo que te atrae de esa área en concreto.

10. Salud/cuidado físico. En este apartado, incluye tus valores relacionados con el mantenimiento de tu bienestar físico. Escribe sobre cada uno de los temas relacionados, tales como sueño, dieta, ejercicio, tabaco y demás.

11. Medio ambiente/sostenibilidad. En este apartado, incluye tus valores relacionados con actividades que puedas tener en el área de conservación del medio ambiente y cuidado del planeta, especialmente del entorno natural.

12. Arte/belleza. En este apartado, incluye tus valores relacionados con actividades tales como arte, música, literatura, artesanía o cualquier otra forma de belleza que sea importante para ti; considera tanto las cosas hechas por ti mismo como las cosas realizadas por otros y que tú puedas apreciar.

Figura 11.1. Hoja de Asesoramiento de Valores

El terapeuta desarrolla una breve narrativa sobre cada uno de los ámbitos basándose en la conversación sobre la hoja de asesoramiento de valores del cliente. Si alguno no es aplicable, escribe: "no aplicable". Tras elaborar las narrativas, se le lee al cliente cada una de ellas y se retocan de la manera más conveniente. Continuar con este procedimiento, procurando detectar las respuestas tipo "plegamiento" hasta que terapeuta y cliente lleguen a una breve formulación que el cliente considere acorde con sus valores en cada ámbito

Ámbito	**Narrativa de dirección de valores**
Relaciones familiares (distintas de la de pareja o de padres)	
Matrimonio/pareja/relaciones íntimas	
Ser padres	
Amistad/relaciones sociales	
Educación/formación	
Educación/formación/crecimiento personal y desarrollo	
Esparcimiento/diversión	
Espiritualidad	
Vida en comunidad	
Cuidado físico (dieta, ejercicio, sueño)	
Entorno medioambiental (cuidado del planeta)	
Valores estéticos (arte, música, literatura, belleza)	

Figura 11.2. Formulario Narrativo de Valores

A continuación, se presentan ámbitos vitales que para muchas personas son valiosos. Lo que nos interesa es tu calidad de vida en cada uno de esos ámbitos. Hay algunos aspectos que te vamos a pedir que valores. Cuando realices tu valoración en cada ámbito, ve haciéndote a ti mismo las preguntas que se indican. No todo el mundo valora todos los ámbitos ni los valora de la misma manera. Tú, valora cada área según tu propio punto de vista.

Posibilidad: ¿Qué posibilidades hay de que pueda tener lugar algo muy significativo en este ámbito de tu vida? Valora la posibilidad que crees que existe en una escala de 1 a 10; 1 significa que no hay ninguna posibilidad y 10 significa que es muy posible.

Importancia actual: ¿Qué importancia tiene este ámbito en este momento de tu vida? Valora la importancia en una escala de 1-10. 1 significa que no tiene ninguna importancia y 10, que se trata de un ámbito muy importante.

Importancia total: ¿Qué importancia tiene este ámbito en conjunto? Valora la importancia en una escala de 1-10. 1 significa que no tiene ninguna importancia y 10, que se trata de un ámbito muy importante.

Acción: ¿Cuántas veces has actuado en función de este ámbito durante la semana pasada? Valora tu nivel de acción en una escala 1-10. 1 significa que no has hecho nada en absoluto en relación a este valor y 10 significa que has estado muy activo en relación a este valor.

Satisfacción con el nivel de acción: ¿Hasta qué punto estás satisfecho con tu nivel de acción en este ámbito durante la semana pasada? Valora el grado de satisfacción con tu actuación en una escala 1-10. 1 significa que no estás nada satisfecho y 10 significa que estás completamente satisfecho de tu nivel de acción en esta área.

Preocupación: ¿Hasta qué punto te preocupa que esta área no progrese todo lo que tú quieres? Valora tu nivel de preocupación en una escala 1-10. 1 significa que no estás preocupado en absoluto y 10 significa que estás terriblemente preocupado.

	Posibilidad	Importancia actual	Importancia total	Acción	Satisfacción con la acción	Preocupación
1. Relaciones familiares (distintas de la de pareja o de padres)						
2. Matrimonio/pareja/relaciones íntimas						
3. Ser padres						
4. Amistad/relaciones sociales						
5. Carrera/empleo						
6. Educación/formación/crecimiento personal y desarrollo						
7. Esparcimiento/diversión						
8. Espiritualidad						
9. Vida en comunidad						
10. Salud/cuidado físico						
11. Medio ambiente/sostenibilidad						
12. Arte/belleza						

Figura 11.3. Cuestionario de Vida Basada en Valores" (Valued Living Questionnaire-2). Mindfulness for Two. Copyright 2009 Kelly G. Wilson y Troy DuFrene. Reproducido con permiso de New Harbinger Publications, Inc..

Prestar atención al plegamiento y al contraplegamiento

El terapeuta debe también valorar constantemente otros factores que pueden influir en las declaraciones de valor del cliente, especialmente las que implican plegamiento y contraplegamiento. El terapeuta debe vigilar la posible presencia, entre otros, de los siguientes indicadores de plegamiento o contraplegamiento que pueden estar afectando al proceso:

- Declaraciones de valor influenciadas por la presencia del terapeuta juntamente con el supuesto de que el cliente debería agradar al terapeuta. La consecuencia más importante sería la presencia o ausencia de desaprobación por parte del terapeuta.
- Declaraciones de valor controladas por la presencia de la cultura en sentido general. Los indicadores más relevantes podrían incluir la ausencia de sanción cultural y la aprobación social o un amplio prestigio.
- Declaraciones de valor controladas por los valores manifiestos o asumidos de los padres del cliente. Las consecuencias más importantes serían la aprobación parental –tanto comprobada en la realidad como construida verbalmente.
- Declaraciones de valor con la formulación "tengo que" que puede indicar tanto fusión como evitación.
- Declaraciones de valor fuertemente cargadas de cavilaciones sobre el pasado y/o de preocupación hacia el futuro.

Resulta difícil imaginar a un cliente con valores que no fueran controlados, en parte o a veces, por estas variables. La cuestión central es si la eliminación de tales influencias llegaría a afectar significativamente la fuerza del valor como fuente de dirección vital. La tarea de asesoramiento no puede considerarse completada mediante una única discusión. La cuestión de la "propiedad" del valor es probable que vuelva a resurgir una y otra vez. Algunas de tales cuestiones se podrían tratar mejor pidiéndole al cliente que hablara sobre el valor en cuestión, imaginándose la ausencia de consecuencias sociales relevantes.

Para ilustrarlo, imagina que un cliente apoya el valor de una buena educación. El terapeuta podría preguntarle si el nivel de valoración (o el propio valor) cambiaría si tuviera que llevarlo a cabo de manera anónima: "Imagina que tuvieras la oportunidad de aumentar tu educación pero que no pudieras comentarle a nadie los títulos que obtuvieras. ¿Te esforzarías igualmente por conseguirlo?" o bien: "¿Qué pasaría si tu padre y tu madre no supieran nunca que estás recibiendo educación? ¿Lo seguirías valorando?". Otro método diferente podría proporcionar alguna pista sobre las variables de control. Por ejemplo, el terapeuta podría preguntar: "¿Qué pasaría si trabajaras mucho para conseguir un título, de modo que tus padres se sintieran muy orgullosos pero, justo al día siguiente de haber obtenido tu título te olvidaras de todo lo que habías aprendido. ¿Lo seguirías valorando de igual manera?". A medida que el cliente considera distintas consecuencias imaginarias, puede que se sienta decepcionado al comprobar que la aprobación paterna es "la pajita que derrama la bebida". En este caso, "tener una buena educación" no sería un valor sino, más bien, un objetivo al servicio de otro valor (p. e., "ser querido y aceptado por las personas importantes de mi vida"). Una vez que se ha clarificado el valor, se anota como un fin deseado. No es infrecuente que algunos valores cambien su valencia a lo largo de la terapia o, incluso, como resultado de la valoración inicial.

Valores perdidos

El VLQ-2 le pide al cliente que genere respuestas referidas a ámbitos vitales muy diferentes. Por lo general, los clientes pueden traer sus formularios con uno o más ámbitos en blanco, o sin responder en absoluto. Con los clientes más disfuncionales, todos los espacios de respuesta pueden aparecer vacíos o contener solo respuestas muy superficiales. En tales casos, el terapeuta necesita comentar pacientemente cada ámbito para generar respuestas en el cliente. Suele dar resultado explorar las etapas anteriores de la vida del cliente en busca de ejemplos de sueños, deseos o esperanzas que se

hayan desvanecido debido a los acontecimientos vitales negativos. Otras veces, el terapeuta tiene que ayudar al cliente a identificar valores escondidos por debajo de sus objetivos vitales específicos o, a la inversa, generar objetivos concretos basados en valores bien descritos pero soterrados.

No resulta infrecuente que los clientes anoten objetivos concretos que no se pueden alcanzar. Por ejemplo, una mujer podría decir que quiere recuperar la custodia de un hijo que dio en adopción 10 años atrás. En estos casos, el terapeuta, procura encontrar el valor subyacente y los objetivos que se podrían alcanzar avanzando en tal dirección. Otra variación de este problema se da cuando el cliente se centra en objetivos vitales inalcanzables como evidencia de que tiene un daño irreparable y no dispone de ningún resultado vitalmente significativo en ese ámbito. Esta última posibilidad es más difícil de abordar clínicamente porque los valores se están empleando al servicio de la situación actual mientras que la perspectiva del cliente es que no es posible ningún cambio o solo un cambio superficial. En tales circunstancias, suele ser conveniente situarse en el presente y hacer que el cliente identifique los sentimientos específicos que experimenta cuando se encuentra con esa sensación de pérdida permanente. El terapeuta podría pedirle al cliente que identificara el valor que es la fuente del sufrimiento (p. e., "quería ser una buena madre y sentí que mi adicción a la metadona podría terminar dañando a mi hijo; por eso lo di en adopción"). A veces, la fuente del dolor es un valor firme que el cliente ha seguido con un gran coste personal. El terapeuta puede ayudar al cliente a "conectar" con la expresión de este valor sin adoptar, necesariamente, una actitud de cándido optimismo sobre lo ocurrido.

Interacciones con otros procesos esenciales

En muchos protocolos ACT, el trabajo con valores aparece como una etapa avanzada de la intervención lo que lleva a algunos a asumir que, una vez que se ha realizado el trabajo de aceptación y defusión, uno tiene que pasar a los valores sin prestar demasiada atención a los

procesos de atención consciente. Sin embargo, los procesos de atención consciente en ACT, muchas veces, eliminan muchas barreras vivenciales para el trabajo con valores y mejoran la toma de contacto con estos y la capacidad del cliente de desarrollarse y actuar en función de pautas de acción basadas en valores.

Valores y defusión

Prestar atención a la defusión es especialmente importante en el trabajo con valores. La gente suele acudir a terapia con historias desgastadas sobre sus valores. Las variantes más frecuentes incluyen contenidos fusionados tales como "El mundo no es así" o "hagas lo que hagas, la vida se encargará de devolverte a la realidad" o bien, "nadie contrata a gente de mi edad". Los clientes citan su propio historial de dificultades como evidencia de que no tiene sentido ni siquiera intentar actuar de acuerdo con sus valores, diciendo cosas tan pesimistas como "siempre fracaso en mis relaciones" o "mis hijos jamás volverán a darme una oportunidad". Nosotros nos referimos a este contenido negativo como "fusión con valores".

La inflexibilidad es el sello característico de la fusión con valores y puede adoptar muchas formas distintas, incluyendo la falta de acción a pesar de apoyar firmemente determinados valores, la negación de que uno posea ni siquiera valores y/o un rechazo total a considerar siquiera determinados ámbitos como sujetos a valores. Otra variante de la fusión con valores implica una vinculación rígida a un determinado resultado positivo o la fuerte evitación de un resultado negativo, lo que da lugar a la pérdida de flexibilidad en el cliente para avanzar en el ámbito de valores de que se trate.

En el trabajo de valores, a veces, aparece la fusión al servicio de los valores. Esta situación puede ser especialmente insidiosa ya que la fusión de valores, en realidad, puede llegar a producir algunos *buenos resultados* (p. e., "si soy amable con todo el mundo, todo el mundo será amable conmigo y me sentiré querido"). El problema estriba en la inflexibilidad e insensibilidad que produce la fusión. La cota más

alta en el trabajo con valores es la defusión de lo que se valora. Un valor debe ser mantenido con delicadeza pero perseguido con empeño. La ventaja de la defusión de los valores es que el cliente consigue percibir mejor cuándo la renuncia a una determinada acción valiosa es el mejor camino de servir a ese mismo valor a largo plazo. A veces, hacer algo que, aparentemente, es contrario a un valor, funcionalmente *sirve* a ese valor. Permitir que los niños cometan *algún* error puede resultar duro para los padres pero es vital para que los niños aprendan de la experiencia. La adhesión inflexible a la regla de evitar todo daño a los niños puede llevar a la sobreprotección y a privar a los niños de la oportunidad de desarrollar su propia autonomía.

Los terapeutas pueden sentirse tentados a forzar el trabajo con valores como algo que el cliente "debería hacer", sobre todo cuando hay una dirección de valores que el cliente desearía emprender. Actuar así, probablemente genere aún mayor fusión de valores por parte del cliente. Si los clientes *deberían* estar deseosos de actuar, entonces, ese imperativo puede llegar a ser una cosa más con la que los clientes se van a "flagelar" –otra prueba de que "soy malo"–. En vez de apremiar al trabajo con valores, la aparición de inflexibilidad, inacción o confusión de valores persistente, deberían llevar al terapeuta a valorar y tratar el contenido fusionado. En ese punto, el trabajo puede volver a los valores.

Valores y self

El principal obstáculo al trabajo de valores en el terreno del self es el apego excesivo al argumento del yo-concepto, como en formulaciones tales como "es demasiado tarde para mí; he cometido tantos errores que no tengo salvación" o bien, "tengo algún fallo que me hace imposible conseguir ninguna cosa en este terreno" (p. e., "no soy lo bastante listo", "lo bastante bueno", "no tengo el entusiasmo suficiente" o "no soy lo bastante apreciado"). A veces, no se sabe cuál es el fallo pero se afirma con total rotundidad: "No sé lo que me está fallando pero ¡mira mi vida!". La aparición de tales temas debería

servir de clave al terapeuta para realizar un trabajo que fortalezca la consciencia del momento presente y el yo observador. Con mucha frecuencia, el apego a las historias personales funciona como un escudo que protege al cliente de tener que enfrentarse a temas vitales importantes. Los argumentos de "ni siquiera intentarlo", "condenado al fracaso" y "ya ves lo que pasa cuando hay algo importante" deben dar paso a discusiones sobre los sentimientos que aparecen en el preciso momento en que aparecen esas historias y sobre la habilidad de observar todas esas historias sobre uno mismo como espectador y no como participante.

Valores y aceptación

Es frecuente que las personas evidencien ejemplos de evitación vivencial en relación con los valores. Hay una interacción continua entre valores y vulnerabilidades. Cuando somos conscientes de lo que alguien valora, también sabemos cómo hacerle daño. Si una persona valora tu opinión, una falta de respeto por tu parte le resultará dolorosa. Esta característica de interacción sobrepasa el dominio de lo que se valora. Un artista puede evitar pintar determinado tema o persona a causa del sufrimiento que le causaría fracasar en su expresión artística. El bloqueo del escritor, muchas veces, tiene esta misma cualidad. Cuando la gente atraviesa una relación dolorosa y el divorcio resultante, puede que evite situaciones y actividades que puedan llevar al desarrollo de otra relación íntima. La evitación produce un cierto alivio a corto plazo pero, con el tiempo, deja a la persona desconectada de los valores relacionados con la intimidad. Al igual que con la fusión, el indicador de tal evitación es la inflexibilidad del cliente durante los intercambios que tienen lugar en la sesión y la evitación de las situaciones de la vida normal en las que podría actuar de una forma más consistente con el valor en cuestión. Cuando el terapeuta observa conductas repetidas, tales como salidas falsas continuas, preocupaciones y cavilaciones sobre el cumplimiento de un valor, es el momento de pasar del trabajo con valores al trabajo sobre intervenciones orientadas a la aceptación.

A veces, incluso un trabajo breve sobre aceptación libera al cliente para que pueda actuar de manera más coherente con sus valores.

Valores en el momento presente

La incapacidad de avanzar en la dirección de un valor suele implicar fallos en los procesos relacionados con el momento presente. Con los clientes más difíciles, las conversaciones sobre direcciones basadas en valores se convierten en un repaso continuo de fallos del pasado o en preocupaciones obsesivas sobre lo que aguarda en el futuro o sobre los posibles obstáculos que puedan aparecer. El padre divorciado puede pasar tanto tiempo cavilando sobre sus fracasos anteriores como padre, como pensando que ha perdido su oportunidad de ser padre. En sus intentos repetidos por reflexionar sobre el pasado y evitar cualquier posible futuro negativo, el sujeto pierde la oportunidad de actuar en función de sus valores como padre en el momento presente.

Cuando el terapeuta advierte estos fallos en los procesos del momento presente, es el momento de intercalar intervenciones de atención consciente y centradas en el momento presente (p. e., ¿qué se te viene a la mente cuando hablamos de tus valores como padre? ¿Podrías, simplemente, dejarlo estar y permitir que esos sentimientos, recuerdos y evaluaciones estuvieran ahí?). A la fusión y la evitación no les resulta fácil sobrevivir en el momento presente; están mejor diseñadas para el pasado y el futuro y se desarrollan bien en conversaciones sobre el pasado o el futuro. Por supuesto, hablar sobre vivir los propios valores es, básicamente, lo mismo que hablar de vivir, de seguir adelante. Planificar el futuro y aprender del pasado forma parte del proceso. Sin embargo, los terapeutas deberían promover intervenciones que se muevan con flexibilidad entre planes de futuro y valoraciones conscientes de ámbitos de valores en el presente.

Valores y compromiso

Uno de los objetivos del trabajo con valores es generar posibles acciones que sean consistentes con los valores personales. Partiendo de esto, resulta irónico que hacer y mantener compromisos pueda constituir uno de los principales obstáculos en el trabajo sobre valores. Cuando trabajamos con nuestros clientes sobre valores, las implicaciones que esos valores tienen para la acción también hacen acto de presencia. Cuando un ámbito de valores se ha descuidado o se ha vulnerado durante mucho tiempo, la simple idea de decidir cualquier acción en ese ámbito –o de considerar su posibilidad tan siguiera– puede dar lugar a una fusión y evitación significativas. Como regla de oro, los terapeutas deberían dedicar mucha energía a entender la valencia psicológica de los valores antes de entrar en discusiones sobre compromisos de acción. En esencia, el terapeuta tiene que entender las implicaciones psicológicas de hacer que el cliente decida una acción en un ámbito de valores determinado. ¿Cómo encaja esa acción en la propia historia del cliente? ¿Cuáles son las fuentes potenciales de fusión si el cliente empieza a hacer avances en ese terreno? Cuando el terapeuta se encuentre con dificultades importante en el trabajo con valores, suele ser conveniente formular otros compromisos adicionales. La siguiente transcripción de una sesión de terapia muestra cómo se podría desarrollar una conversación.

Cliente: No creo que pueda arriesgarme a otro rechazo. El divorcio fue horroroso. La idea de pedirle una cita a otra persona… ¡Es que no puedo hacerlo!

Terapeuta: Entonces, mientras hablamos de relaciones íntimas, ¿tú empiezas a pensar en tener citas?

Cliente: Bueno, sí; es a lo que conduce, ¿no? Quiero decir, cuando mi mujer se fue, yo sabía por qué. ¡Yo también me habría dejado a mí mismo, si pudiera! No he cambiado. Volverá a ocurrir otra vez. ¿Y

cómo podría hacerlo siquiera? ¿Recurrir a una de esas líneas de servicio de citas? Yo… es que no estoy preparado.

Terapeuta: ¡Vaya! Eso es mucho. ¡Abrumador! Mientras estabas hablando, sentí que estabas asfixiado por la complejidad y la imposibilidad de todo eso. Me siento hasta reacio a preguntarte nada sobre esa cuestión… sobre intimidad. Quiero que me pares, en serio, pero, ¿puedo hacerte solo un par de preguntas? Y si, en cualquier momento, me dices "no", estaré de acuerdo: Pararemos. Es mi compromiso contigo. Es que me parece que hay algo en medio de todo este sufrimiento que es lo bastante importante como para que lo dejemos de lado… para que lo saltemos como si no hubiera pasado nada.

Cliente: Bueno, claro que es importante. No hay ninguna otra cosa más importante para mí.

Terapeuta: Entonces, ¿puedo? ¿Puedo hacerte un par de preguntas? Y te prometo que voy a ir despacio y que tú vas a tener la opción de parar en todo momento.

Cliente: Claro… quiero decir que tengo que enfrentarme a todo este lío.

Terapeuta: Humm. No sé. No me gustan mucho los "tengo que". Te aseguro que no quiero ser otro personaje más de tu vida que se une al coro para decirte lo que *tienes que*. ¿Qué hay de ese tema? –porque me parece tan evidente lo importante que es, y no sé si realmente voy a poder *meterme en tu piel* si no tengo una idea de la manera en que este valor te motiva–. Entonces, ¿qué hay de ese tema? –¿qué tal si, por un momento, dejamos de lado el si puede ser posible o el cómo conseguirlo? Eso es otra conversación que podemos tener otro día. Pero hoy, aquí y ahora, ¿estarías dispuesto a ayudarme a entender lo que significa para ti la intimidad? No me refiero a una explicación en regla. No quiero entenderlo simplemente, sino que lo que quiero es captarlo del todo. Algo así como si me lo pusieras en un cuadro más que si me lo explicaras en un libro de texto. Un libro es algo donde

uno puede comprobar todos los hechos. El cuadro se puede contemplar, apreciar, pasar tiempo con él. ¿Podrías ayudarme a ver un momento de intimidad, que hayas conocido o que desees vivir? Como te decía, podemos hablar más adelante sobre qué hacer y si hacerlo o no pero, de momento, ¿estarías dispuesto a ayudarme a sentir lo que eso significa para ti?

A veces, es más sencillo entrar en contacto con valores cuando se deja de lado el compromiso con la acción, al menos de momento. Trabajar de esta forma permite valorar el trabajo de aceptación y defusión que, en última instancia, va a posibilitar el compromiso con la acción. La ACT, en su esencia, es un tratamiento conductual. Su objetivo final es ayudar al cliente a que desarrolle y mantenga una trayectoria personal que sea vital y valiosa. *Todas* las técnicas ACT están, en el fondo, subordinadas a ayudar al cliente a vivir de acuerdo con sus propios valores. Esto quiere decir que incluso intervenciones clave como la defusión y la aceptación son, en cierto sentido, secundarias. Por ejemplo, aunque la ACT es emocionalmente evocativa, se diferencia de algunos enfoques centrados en la emoción en que no hay un interés particular en la confrontación de vivencias internas dolorosas o reprimidas. En vez de eso, la aceptación de pensamientos, recuerdos, emociones y otras vivencias negativas es legítima y honorable solo en la medida en que sirve a los fines que el cliente considera valiosos. Ayudar al cliente a identificar sentidos vitales importantes (que es de lo que trata este capítulo) y ponerlos en práctica frente a los obstáculos emocionales (que se trata en el capítulo siguiente) orienta y dignifica lo que la ACT le pide al cliente.

Qué hacer y qué no hacer en terapia

Uso coercitivo de la elección

Hay un cierto lado oscuro en la intimidad terapéutica que se desarrolla cuando se ponen los valores sobre el tapete. Por lo general, conduce tanto al terapeuta como al cliente al ámbito de los juicios

morales. La moral es un conjunto de convenciones sociales sobre lo que es bueno y malo mientras que los valores son elecciones personales sobre fines deseables. Para ser lo más eficaz posible, el terapeuta ACT debe ser capaz de trabajar conscientemente con el cliente. Algunos clientes se presentan con historias o problemas actuales que le resultan moralmente repugnantes al terapeuta; por ejemplo, maltratadores, problemas de adicción, conducta suicida y abuso de menores, por citar algunos. El trabajo de asesoramiento en valores, muchas veces, deja estas áreas al descubierto; sin embargo, el terapeuta ACT no puede ponerse en el papel de "detective moral" utilizando la influencia social de la terapia para obligar al cliente –abiertamente o de manera implícita– a que se ajuste a los valores generalmente aceptados por la sociedad. El terapeuta hace lo mismo que se le pide hacer al cliente: ver el tema de los valores como un ejercicio básicamente personal.

Por ejemplo, al trabajar con un alcohólico en el modelo ACT, no se parte de la base de que emborracharse todos los días sea incompatible con encaminar la vida por una dirección que sea valiosa para el cliente. Dado que los valores y la dirección son una cuestión de elección del cliente, es legítimo para el cliente elegir consumir alcohol. Naturalmente, el lenguaje y la cultura de lo "políticamente correcto" hacen que esta parezca, desde luego, la peor de las elecciones posibles porque los intereses de la sociedad no se satisfacen fomentando el alcoholismo. La terapia es una empresa verbal y, por eso mismo, está inexorablemente unida a las funciones de control social. El terapeuta debe evitar caer en la trampa de utilizar la posibilidad de elección como una forma de culpar al cliente.

El lenguaje de la "libre elección" tiene mucha fuerza pero no se debería utilizar para coaccionar al cliente. La coacción, normalmente, tiene lugar cuando el terapeuta asume una actitud de "bien, por supuesto; si tú eliges seguir bebiendo, es tu decisión. Tú tienes que tomar tus decisiones; yo no puedo hacerlo por ti. Pero, cuando llegue el momento de apechugar con las consecuencias, solo recuerda que

esa ha sido tu decisión". Aunque esta postura puede ser técnicamente correcta, (es la decisión del cliente y solo él puede hacerse cargo de las consecuencias), la actitud psicológica es: "La elección que estás haciendo no solo me está decepcionando sino que, además, tú estás moralmente equivocado al tomarla".

Tanto la decepción como el juicio moral son cosas que el terapeuta debería advertir y mantener en suspenso. Tales reacciones son datos que el terapeuta debe tener en cuenta. Es muy probable que el cliente haya obtenido esa misma reacción por parte de otras personas y hasta puede que tenga tales reacciones internamente. Advertir esas reacciones con suavidad y preguntar sobre ellas, paradójicamente, puede, a veces, ayudar a la gente a tomar contacto de manera más clara y menos defensiva con sus propias elecciones. Merece la pena tener presente que si la moralina y los juicios fueran capaces de solucionar el problema de la bebida, habría muchos menos alcohólicos en el mundo.

En raras ocasiones, puede aparecer un cliente con valores tan opuestos a los del terapeuta que no se pueda establecer una relación de trabajo efectiva. En tales casos, el terapeuta debería remitir el caso a alguna otra instancia. En la inmensa mayoría de los casos, sin embargo, los valores de cliente y terapeuta son lo bastante similares como para que no se produzca entre ambos un cisma en cuanto a las direcciones vitales basadas en valores.

Confundir valores y objetivos

Un problema frecuente en el trabajo sobre valores es que el terapeuta no sepa detectar los objetivos que el cliente presenta como valores. Por ejemplo, un cliente podría decir: "Yo quiero ser feliz". Y eso suena como si se tratara de un valor, pero no lo es. Ser feliz es algo que uno puede conseguir o puede que no, lo mismo que un objeto. Un valor es una dirección –una *cualidad* de acción–. Por definición, los valores no pueden ser alcanzados y mantenidos en un estado estático; tienen que ser vividos. Cuando los objetivos se toman equivocadamente

como si fueran valores, la incapacidad de conseguir un objetivo, aparentemente, anularía el valor. Una forma práctica de evitar esta confusión consiste en colocar cualquier objetivo o manifestación de valor por parte del cliente bajo el microscopio siguiente: "¿Al servicio de qué esta esto?" o bien, "¿qué serías capaz de hacer si hubieras logrado eso?". Con mucha frecuencia, este ejercicio revela el "valor oculto" que no ha sido expresado.

Algunos "valores", en realidad, son medios para un fin, en cuyo caso no son, de ningún modo, valores. Una manera de pensar en los valores es como *valores como medio* frente a *valores como fin*. Los valores como medio son algo que se valora porque puede producir determinados fines. Por ejemplo, una persona puede valorar el tener una buena situación económica; sin embargo, la riqueza tiene valor porque permite que se persigan otros valores tales como la seguridad para uno mismo y para los propios hijos o el deseo de ayudar a otros con menos fortuna. El valor que aquí está oculto es el cuidado de uno mismo, de la familia y de otros menos afortunados. Otro valor como medio muy frecuente es el cuidado de la propia salud. Mantenerse saludable siempre es mejor que su alternativa pero el verdadero valor de cuidar la salud es que nos permite llevar a cabo cosas que consideramos valiosas en la vida como, por ejemplo, viajar, asistir a la boda de los hijos, pasar los "años dorados" en pareja, etc. Los valores como fin, en cambio, son resultados vitales que se valoran por sí mismos aunque también podrían dar lugar a otros resultados valiosos. Por ejemplo, uno podría valorar el ser padre, y ser padre podría llevar al reconocimiento social y elogios de los compañeros. Sin embargo, no es probable que uno dejara de valorar el hecho de ser padre aunque eso no conllevara ningún reconocimiento social. Compáralo con el dinero como valor. Si el dinero dejara de proporcionarnos bienes materiales –por ejemplo, tras una devaluación total– la obtención de dinero dejaría de ser un valor.

La evitación vivencial es un buen ejemplo. La relación medios-fines queda de manifiesto cuando el terapeuta pregunta: "¿Al servicio de

qué está el evitar la ansiedad?" o bien: "¿Qué serías capaz de hacer si pudieras evitar la ansiedad?". El cliente podría responder que, entonces, sería posible vivir una vida más valiosa, en cuyo caso el terapeuta podría volver a preguntar: "Si no estuvieras ansioso, ¿qué es lo que estarías haciendo que te indicara que estabas viviendo una vida más valiosa?". La evitación de la ansiedad es un falso valor y buena parte del impacto de la ACT proviene, simplemente, de conseguir verlo como tal para empezar a realizar acciones relacionadas con valores. Cuando los valores que están implícitos en las acciones que se llevan a cabo se hacen explícitos, el cliente, por lo general, asume una actitud realista. Por ejemplo, un cliente, probablemente, no va a elegir un epitafio que diga: "Aquí descansa Alfredo. Se pasó la vida evitando la ansiedad".

Nuestra sociedad contemporánea está centrada en la consecución de resultados palpables (p. e., los objetivos que se consiguen alcanzar). En la mayoría de los casos, la primera vez que el cliente realiza el ejercicio sobre valores, se parece más a un ejercicio de definición de objetivos que a uno de elección de direcciones valiosas. La función del terapeuta consiste en detectar esta confusión de proceso y resultado para ayudar al cliente a que conecte los objetivos conductuales específicos con los valores.

Orden del trabajo con valores

Hemos destacado repetidas veces que el orden en que se presentan los procesos básicos de la ACT en este libro no guarda relación con el orden que se sigue en la terapia y el trabajo con valores proporciona una excelente ocasión para estudiar este punto. Algunos terapeutas ACT prefieren utilizar el trabajo sobre valores al principio, durante las sesiones iniciales de la terapia. La razón de este enfoque es que el poner a los clientes en contacto con sus valores así como con el coste que tiene una conducta rígida en relación a una vida valiosa constituye una buena forma de motivar a los clientes para que se mantengan en la terapia y realicen cambios. Algunos problemas clínicos especialmente difíciles (p. e., la adicción a las drogas o al

alcohol) podrían ser buenos candidatos para este enfoque, especialmente cuando el principal objetivo consiste en conseguir que el cliente se mantenga implicado en la terapia. Existen formas "más suaves" de enfocar una elaboración plena de valores en las que la sesión inicial incluye una conversación sobre los deseos que el cliente tendría en relación a su vida y cuál ha sido el impacto de la "conducta problema" sobre tales deseos. En la práctica, se da una fluidez dinámica constante entre los procesos esenciales, de tal manera que las discusiones tempranas sobre valores pueden dar lugar, inmediatamente, a intervenciones centradas en el momento presente (p. e., "¿Qué fue lo que se te vino a la mente mientras hablábamos de tus principios de vida y de la manera en que se ven afectados por tu depresión?"). El "arte" de la ACT (si es que hay alguno) consiste en la habilidad de moverse continuamente entre los procesos esenciales como respuesta a lo que está ocurriendo con el cliente en la sesión.

En general, desaconsejamos que se adopte un enfoque de "talla única" en la aplicación de los procesos de ACT. No se trata de que cada proceso de terapia deba empezar por el trabajo con valores. No hay nada mágico en el trabajo sobre valores por sí mismo; de lo que se trata es de cómo se vincula con los demás procesos esenciales que importan. Hay muchas situaciones clínicas en las que empeñarse rígidamente en situar el trabajo sobre valores al principio puede ser contraproducente; tal puede ser el caso de un cliente multiproblemático que presente fallos en los procesos del yo y comportamientos evitativos de alto riesgo (p. e., automutilaciones, conducta suicida). Comenzar con un trabajo sobre valores con un cliente de estas características podría incrementar el auto-rechazo y la sensación de estar siendo criticado y rechazado por el terapeuta debido al fracaso en vivir de acuerdo a los valores identificados.

Sensibilidad cultural

El trabajo con valores bien hecho resulta inherentemente bien adaptado culturalmente ya que el cliente establece la agenda y es, en última instancia, el experto máximo. Dicho esto, los terapeutas deben

tener en cuenta las diferencias culturales y escuchar atentamente a los clientes. Los valores forman parte del proceso de socialización y las culturas difieren en cuanto a los valores que animan a adoptar. Sobre todo, cuando se trata de valores específicos propios de otras culturas distintas de la del terapeuta, puede ser importante consultar con otras personas familiarizadas con el grupo social en cuestión para evitar comunicar que determinados valores no son valores realmente, solo por el hecho de que son distintos a los propios.

Detectar las señales de progreso

Los avances en el trabajo con valores empiezan a evidenciarse cuando cliente y terapeuta manifiestan una serie de coincidencias sobre conductas motivadas por direcciones vitales que vienen acompañadas de objetivos vitales y estrategias de acción concretas a corto y medio plazo. Además, el cliente podría mostrar disposición a elaborar un plan de acción para incorporar esos valores y objetivos. En este punto, resulta claro que el cliente está siguiendo sus propias creencias personales y no está, simplemente, asumiendo las costumbres y creencias de su medio social circundante sin asumir una responsabilidad personal por la elección de valores. El trabajo con valores está conectado generalmente (pero no siempre) con un compromiso de acción en el sentido de que el objetivo final de la ACT consiste en ayudar al cliente a que viva una vida consistente con sus valores. Utilizando una metáfora de orientación, el asesoramiento sobre valores consiste, más bien, en reconocer cuidadosamente el mapa así como el terreno circundante. El asesoramiento en valores se parece a determinar el rumbo con la brújula. El trabajo de compromiso con la acción, en cambio, está dirigido a identificar y emprender acciones específicas que muevan a la persona en la dirección de sus valores, los objetivos concretos que sirven para comprobar si se ha producido un avance realmente y, por último, las posibles barreras frente a la acción que surjan cuando se inicie el viaje real. De estos temas nos ocupamos a continuación.

12 Compromiso de acción

[Tras reservar un pasaje para Bombay] Respecto a todos los actos de iniciativa (y creación), existe una verdad primordial cuya ignorancia mata innumerables ideas y planes magníficos: que en el momento en el que uno se compromete consigo mismo definitivamente, la providencia también empieza a actuar. Toda una corriente de acontecimientos surge de la decisión, poniendo a favor de uno todo tipo de sucesos inesperados, encuentros y ayuda material que uno jamás se habría imaginado que pudieran venir de esa manera. Yo he desarrollado un profundo respeto por un pareado de Goethe: "Todo cuanto puedas hacer o sueñes que puedes, empiézalo. La audacia entraña genio, poder y magia".

Murray (1951).

En este capítulo aprenderás…

- A profundizar en la distinción entre elecciones y decisiones.
- Cómo ayudar a que los clientes trabajen con valores para generar objetivos vitales concretos.
- Cómo definir acciones para alcanzar esos objetivos.
- Cómo trabajar con los "enganches" que debilitan el compromiso de acción.

Visión general

A pesar de sus decididos intereses en la cognición y emoción, la ACT es, en última instancia, una forma de terapia de conducta pura y dura en un doble sentido del término. En primer lugar, es una terapia que se fundamenta en principios conductuales de una forma total. Teóricamente, sus raíces se nutren profundamente del conductismo,

el análisis conductual y la filosofía contextual funcional. En segundo lugar, su base de sustentación es conductual: el objetivo final es desarrollar pautas de conducta que le funcionen al cliente y ninguna otra cosa se puede considerar como un éxito. Con que *funcionen*, queremos decir que el cliente emprenda acciones que encaminen su vida en una dirección que le resulte valiosa. En última instancia, los clientes tienen que dar pasos concretos y esos pasos son acciones basadas en compromisos. La *C* del acrónimo *ACT* pone de manifiesto la importancia fundamental que la ACT le atribuye al compromiso con la acción. Si el cliente no cambia su comportamiento, entonces todos nuestros esfuerzos en relación a la defusión, aceptación, momento presente, yo como perspectiva y valores habrán sido en balde.

Uno de los principales malentendidos sobre el compromiso es que, muchas veces, parece una promesa hacia el futuro. En terapia puede adoptar una forma como esta: "¿Puedes hacer el compromiso de realizar este comportamiento entre este preciso instante y nuestra próxima cita?". El cliente dice: "Sí, hago ese compromiso". Aunque la formulación de tal declaración pueda formar parte de un compromiso, no es la parte más importante. De hecho, el compromiso no se refiere para nada al futuro sino que se trata de emprender una acción específica *in situ*, un acto situado en el contexto de las fuerzas externas e internas. Si una persona llega a una bifurcación de caminos, el compromiso tiene lugar en el mismo momento en que da un solo paso en una de las direcciones. La persona está diciendo: "Voy a segur este camino y no el otro". Cada paso dado en la dirección de "este camino" forma parte del compromiso de seguir "este camino y no el otro". En la cita que encabeza el capítulo, Murray hace su declaración inmediatamente después de reservar un pasaje para Bombay, donde comienza su viaje para escalar el Himalaya. Pero la escalada empieza en el momento de reservar el billete. Es el primer paso sobre el que puede decir: "Estoy escalando". Ya no está planeando escalar; está escalando.

Definir el compromiso en ACT

En muy buena medida, el compromiso es realmente la expresión de los valores personales. ¿Qué sería un valor si no se fuera a emprender ninguna acción en relación al mismo? El compromiso con la acción consiste en realizar determinadas acciones en momentos concretos, mientras que un valor se refiere a las cualidades de la acción en curso, libremente elegida y construida verbalmente. Las acciones basadas en valores son aquellas que están planeadas deliberadamente para plasmar un determinado valor y tienen un refuerzo intrínseco. Por ejemplo, si una persona finge amor por otra persona solo porque así espera recibir un regalo, sus actos no pueden ser cariñosos en un sentido funcional auténtico porque están reforzados (si acaso) con dinero y no meramente con las señales de que la persona querida está recibiendo atenciones. En cierto sentido, los valores son adverbios porque la cualidad de una acción es lo que sirve de refuerzo intrínseco. "Comportarse amorosamente" puede ser un valor, por ejemplo. "Conseguir que alguien me quiera" es más un objetivo que un valor.

El compromiso, tal como se utiliza en ACT, implica también un proceso de elaboración de pautas de conducta cada vez más amplias. De ese modo, en la ACT, *el compromiso de acción consiste en una acción, basada en valores, que tiene lugar en un momento temporal concreto y que está vinculada a la formación de una pauta de acción que sirva a ese valor.* Mantener un compromiso significa actuar, en cada momento, de forma consistente con los valores como parte de una pauta de acción amplia y en continua expansión.

Un compromiso de acción no es lo mismo que promesas, predicciones ni descripciones históricas. Aunque se extiende hacia el futuro, tiene lugar aquí y ahora. La cualidad de un *presente prolongado* es atribuible a características funcionales más que meramente superficiales de la acción basada en un compromiso. Una persona puede haber estado casada durante décadas y, sin embargo, no haberse comprometido nunca con un matrimonio amoroso; a la inversa, una persona puede

estar comprometida con un matrimonio cariñoso y, al final, divorciarse. El compromiso depende de la fuente de refuerzo en el presente, y está vinculado a elecciones concretas.

Las acciones basadas en compromisos no son nunca perfectas ni constantes. Y, sin embargo, en el mismo momento en el que uno aprecia una divergencia entre acciones y valor y elige obrar, de nuevo, de una manera que plasme ese valor y lo acreciente, esa misma acción es una acción basada en su compromiso.

Las acciones basadas en compromisos pueden referirse, por entero, a la actividad mental interna. Un ejemplo es el compromiso que hizo Viktor Frankl, en el campo de concentración, de amar y preocuparse por su mujer, aun cuando no tenía control alguno sobre ningún tipo de acción que le pudiera comunicar directamente que la amaba y se preocupaba por ella.

En este capítulo vamos a examinar un número importante de cuestiones que surgen en el trabajo sobre los procesos de compromiso. El compromiso supone una profundización en la distinción, presentada en la clarificación de valores, entre elegir y decidir. En este capítulo, señalamos de qué manera es importante la distinción en las acciones basadas en valores. Comentamos la forma de trabajar en colaboración con el cliente para desarrollar estrategias de acción que plasmen los valores formulados. Incluimos los procesos de anticipar y abordar las barreras frente a las acciones basadas en compromisos que, inevitablemente, van a surgir y, de hecho, damos razón de todo el trabajo sobre aceptación, defusión, consciencia del momento presente y yo como perspectiva. También abordamos la manera de integrar las intervenciones de terapia conductual "tradicional", tales como la exposición, el entrenamiento de habilidades, control de estímulo, prevención de respuesta, activación conductual y trabajo para casa, dentro de un marco consistente con la ACT.

Aplicaciones clínicas

Por lo general, los clientes acuden a terapia bajo el peso del fallo o la derrota. Indudablemente, ellos han decidido intentar diversas estrategias para enfrentarse a sus problemas y, casi siempre, les ha resultado difícil persistir frente a los obstáculos. En algunos casos, su conducta refleja un compromiso de evitar los obstáculos más que de vivir de acuerdo con los valores personales. Podemos observar esta actitud muchas veces en la conducta del cliente que empieza las sesiones. Si asumimos que toda conducta es organizada y que el cliente no está siguiendo un comportamiento aleatorio, ¿qué valores podemos inferir al observar la función que realiza su conducta? En un sentido muy real, es el propio "sentido de su vida" lo que el cliente está desarrollando. Desgraciadamente, el cliente suele estar tan ocupado explicando, analizando y justificando su comportamiento que, por lo general, pasa por alto este dato fundamental. Tenemos que poner al cliente en contacto con el hecho de que cada comportamiento, en cada momento, genera algún significado y se vincula a algún propósito. El hecho de vivir en un mundo intensamente simbólico no atenúa la situación –simplemente multiplica la variedad de comportamientos que son importantes a la hora de elegir–. El reloj está en marcha, nuestro comportamiento se está desarrollando aún mientras estamos dormidos y nuestra conducta es el reflejo de nuestros propósitos, con independencia de lo que nuestra mente nos pueda decir.

Elección y compromiso

La conducta basada en el compromiso es una elección para comportarse de una manera particular con un propósito. Los clientes, por lo general, suelen tener dificultades con el concepto de elección porque es un término sobrecargado emocionalmente en nuestra cultura. Los clientes hablan de tomar "malas decisiones" como si fuera esencial tomar "buenas decisiones". Lo que, normalmente, se entiende por una "mala decisión" es que el resultado de una acción ha sido contraproducente. El terapeuta ACT procura soslayar este uso

moralista y evaluativo de la palabra. Nosotros no culpamos al cliente por las elecciones que ha hecho. Intentamos ayudarlo a que entienda que la elección es posible y que, si está estrechamente vinculada a valores, puede ser un punto muy importante en el que apoyarse. Si el cliente asume bien la metáfora del *Tablero de ajedrez* (véase el capítulo 8), el terapeuta puede relacionar el tema de la elección con esa metáfora:

"Es como el tablero de ajedrez. Sólo hay dos cosas que puede hacer el tablero: sostener a todas las piezas y transportarlas todas. Elegir un curso de acción es como decirles a las piezas: "Vamos a trasladarnos *aquí*". Eso es una elección –no les corresponde a las piezas estar o no de acuerdo–. El tablero se mueve en una dirección determinada porque elige hacerlo así. Para ello, tú tienes que estar en un lugar en el que las piezas también puedan estar. No son ellas las que están al cargo. De manera que estar dispuesto a "tener lo que se tenga" es lo que hace posible la elección de una acción. En la metáfora del *Tablero de ajedrez*, la dirección que se toma es el valor, mientras que la decisión de moverse en esa dirección, de forma conductual, es una parte del compromiso de acción".

También se puede utilizar la imagen del *Jardín* para resaltar cómo la elección permite que uno se mantenga en el rumbo fijado frente a resultados difíciles, provocativos o confusos.

"Imagina que has seleccionado un terreno para hacer un jardín. Has preparado el suelo, plantado las semillas y esperado a que brotaran. Mientras tanto, observas otro terreno, al otro lado de la calle, que también parece un buen sitio –o, incluso, mejor–. De manera que arrancas las plantas y cruzas la calle para plantar allí otro jardín. Pero, entonces, ves otro lugar que parece mejor todavía. Los valores son como plantar tu jardín. Puedes cultivar algunas cosas muy rápidamente, pero otras cosas necesitan tiempo y dedicación. Por lo tanto, la cuestión es: '¿Quieres vivir de lechugas o quieres vivir de algo más sustancioso: patatas, remolacha y demás?' No puedes predecir qué resultado te van a dar los ingredientes de tu jardín si

estás arrancando continuamente las estacas. Por otro lado, si te estableces en un sitio, vas a empezar a darte cuenta de sus imperfecciones. Tal vez el suelo no esté tan nivelado como parecía cuando empezaste, o tal vez haya que traer el agua desde lejos. Algunas cosas que plantaste parecen tardar una eternidad en brotar. En tales momentos, tu mente va a empezar a decirte: 'Deberías haber plantado en otro sitio', 'esto, probablemente, no va a salir bien', 'ha sido una estupidez pensar que aquí podías hacer crecer algo', y cosas por el estilo. La elección de plantar el jardín *aquí* te permite regar, escardar y cavar aun cuando se asomen todos esos pensamientos. Tú estás estableciendo una pauta más amplia. No solo estás cavando, estás cavando *tu jardín*".

Esta metáfora también sirve para guiar a los clientes hacia acciones más comprometidas. Por ejemplo, si un cliente valora una relación de pareja más cariñosa, esta metáfora podría animarlo a que sea más activo en esa área: llevarle el café a tu pareja podría ser, en cierta manera, como cavar; pero lo que importa no es el café en sí; es la relación que eso tenga con una *convivencia* más armoniosa –es decir, el matrimonio o el jardín– lo que hace que esos momentos concretos tengan sentido y les confiere el poder de abrirse a pautas más amplias de conducta basadas en ese valor.

El objetivo es el proceso mediante el cual el proceso se convierte en objetivo

Una razón por la que los clientes se quedan bloqueados es porque creen que la consecución de objetivos es la clave de la felicidad y de su satisfacción con la vida. Intentan conseguir aquello que quieren para ser felices. Esta manera de vivir es, en cierto sentido, opresiva porque está conectada funcionalmente a un estado de deprivación. Intentar ser feliz alcanzando metas es vivir en un mundo en el que aquello que es importante se está perdiendo continuamente y solo permanece en la esperanza de que llegará algún día. Aquello que más se necesita (p. e., tener lo que se quiere) está siempre ausente. Y, aunque ese sentido de deprivación puede ser fuente de motivación y

acción, elimina todo sentido de vitalidad. ¡No es de extrañar que objetivos y valores se confundan continuamente unos con otros!

A nivel de procesos, la inflexibilidad y el "bloqueo" son el resultado de la fusión, evitación y del fallo en los procesos del momento presente. Si el "resultado *X* = bueno", entonces, "ausencia de resultado *X* = malo". En tal estado, el momento presente tiende a ser evitado porque el presente, por definición, es "la ausencia de *X*". Irónicamente, el contacto íntimo con el momento presente puede ser, precisamente, lo que se necesita para que se produzca *X* en el sentido más profundo de las pautas en desarrollo.

La mejor respuesta al dilema es utilizar los objetivos solo como el medio para iniciar el proceso de cambio y encaminar los propios esfuerzos en una dirección sistemática. El interés clínico debería centrarse en permanecer en el proceso, momento a momento y llevando a cabo una defusión continua de los mensajes verbales. Este enfoque no significa que ya no se deseen los resultados preferidos del cliente. Sólo significa que el resultado, o la ausencia de resultado, tienen un control menos rígido sobre la conducta del cliente. Cuando el proceso de vivir se convierte, realmente, en el interés primordial, ya no seguimos viviendo en un mundo verbal de deprivación constante. Cuando el propósito de la vida es, realmente, vivir, lo tenemos siempre *aquí y ahora*. La metáfora de *Esquiar* es otra forma de dramatizar los factores que producen vitalidad, precisamente, por centrarse en el proceso.

"Imagina que estás esquiando. Te subes al telesilla hasta la cumbre de la montaña y te dispones a descender con los esquíes cuando aparece un tipo y te pregunta a dónde vas. 'Voy hasta el refugio, al pie de la montaña', le contestas. Él te dice: 'Yo te puedo ayudar' y, rápidamente, te agarra y te mete en un helicóptero, te lleva volando hasta el refugio y, luego, desaparece. Entonces, tú miras a tu alrededor, aturdido, vuelves a subirte al telesilla hasta la cumbre de la montaña y estás a punto de descender con los esquíes cuando el mismo tipo te vuelve a agarrar, te mete en el helicóptero y te lleva,

otra vez, al refugio. Seguro que ibas a estar algo molesto ¿verdad? Probablemente dirías: '¡Eh! ¡Que quiero esquiar!'.

Esquiar no consiste meramente en llegar al refugio. Eso se puede conseguir de muchas maneras. Esquiar es una manera concreta de llegar hasta allí. Pero date cuenta de que llegar al refugio es importante para esquiar porque nos permite llevar a cabo el proceso. Valorar el descenso más que el remonte es necesario para bajar la pista esquiando. Si intentas ponerte los esquíes para subir la montaña en vez de bajarla, ¡no vas a poder conseguirlo! Todo esto se puede expresar mediante una paradoja: el resultado es el proceso mediante el cual el proceso puede llegar a ser el resultado. Necesitamos objetivos pero lo realmente importante es que participemos plenamente del viaje".

La mayoría de la gente de nuestra sociedad contemporánea mantiene, con mucho, una orientación hacia los resultados por cuanto una buena parte, sino la totalidad, del entrenamiento social consiste, simplemente, en aplicar criterios materialistas de "éxito" de forma mecánica. La gente está comprobando continuamente lo bien que lo está haciendo y cuánto éxito está teniendo en comparación con los demás y siempre se están imaginando a sí mismos alcanzando un estado de ánimo mejor que el que experimentan en la actualidad o lamentando los momentos del pasado en los que su actuación, o su falta de actuación, resultó ser mala. Por lo general, frenan en seco todo tipo de iniciativas potencialmente estimulantes de la vida siempre que no se pueda conseguir el resultado "a tiempo".

Comportarse de una forma dirigida no significa que tengamos que comprobar los progresos a cada momento y en cada paso a lo largo del trayecto. De hecho, esta preocupación con el control de los resultados, indefectiblemente, disminuye la vitalidad. Si estamos comprobando continuamente lo felices que somos en la vida, entonces vamos a ser muy desdichados. De hecho, a veces, tenemos que mantener la fe incluso cuando en una dirección basada en valores se produce un giro inesperado. Se puede utilizar la metáfora de *El*

sendero de la montaña para ayudar al cliente a que entienda los peligros de estar comprobando continuamente los progresos hacia un objetivo concreto en vez de conectarse con los valores como proceso. La metáfora muestra, además, que cada fase dolorosa o traumática de la vida se puede integrar en una senda globalmente positiva si aprendemos de ellas.

"Imagina que estás haciendo una caminata por la montaña. Ya sabes cómo hacen esos senderos de montaña, sobre todo cuando las pendientes son empinadas: se retuercen a un lado y a otro y forman giros en los que uno, literalmente, va y vuelve y, a veces, descienden por debajo del nivel que ya había alcanzado un momento antes. Si, en un punto concreto del sendero, yo te pidiera que evaluaras lo bien que estás llevando a cabo tu objetivo de llegar a la cima, iba a escuchar una historia diferente en cada momento: Si te encontraras en una zona donde el camino serpentea, probablemente me dirías que las cosas no están yendo demasiado bien y que nunca ibas a conseguir llegar a la cima; si estuvieras en una zona de terreno despejado desde la que pudieras ver la cumbre de la montaña y el sendero que conduce hasta allí, probablemente me dirías que lo estabas haciendo bien. Ahora, imagínate que vamos por el valle observando con unos prismáticos a la gente que está haciendo senderismo por ese camino. Si nos preguntaran qué tal lo estaban haciendo, les daríamos un informe positivo cada vez. Nosotros podríamos ver que la dirección general del sendero –no lo que se aprecia en un momento determinado, sobre el terreno– es la clave para el progreso. Veríamos que seguir ese enrevesado sendero serpenteante es, precisamente, lo que conduce a uno hasta la cima".

Desarrollar objetivos y acciones basados en valores

Después de iniciar y completar los procesos de construcción y clarificación de valores (descrito en el capítulo anterior), se le pide al cliente que elabore objetivos y acciones concretas que conduzcan a esos objetivos. Inevitablemente, frente a esas acciones basadas en el compromiso, van a surgir barreras que es preciso afrontar. Este

trabajo sobre objetivos, acciones y barreras se asienta firmemente sobre los valores del cliente. Es el aspecto de mayor aplicación en el enfoque ACT y también el más crítico porque la ACT consiste, básicamente, en actuar en el mundo y sobre el mundo.

Un objetivo se define como un logro específico al servicio de un determinado valor. Por ejemplo, si el cliente considera valioso contribuir a la sociedad, podríamos preguntarle de qué formas concretas podría transformar ese valor en acciones –por ejemplo, implicándose en alguna organización de caridad o trabajando como voluntario en algún sitio–. El cliente, entonces, define acciones con las cuales, probablemente, conseguiría el objetivo: podría llamar a la Cruz Roja, dar dinero a una ONG o trabajar como voluntario en un comedor social. Terapeuta y cliente procuran concretar acciones (y eso se podría asignar como una tarea para casa). En algunos casos, podría tratarse de una acción puntual; otras veces, puede que implique un compromiso con una serie de actos repetidos y regulares. Algunos objetivos y acciones corrientes podrían incluir:

1. *Carrera*: considerar una reincorporación a los estudios, solicitar un nuevo empleo, solicitar un aumento de sueldo, mantener una entrevista con un orientador profesional, hacer bien el propio trabajo.
2. *Disfrute*: entrar en un equipo de fútbol-sala, proponerle una cita a alguien, ir a bailar, invitar a un amigo a cenar, asistir a una sesión de Alcohólicos Anónimos.
3. *Intimidad*: reservar un tiempo especial para pasarlo con la pareja, llamar o visitar a un hijo de un matrimonio anterior, llamar o visitar a los padres, reconciliarse con viejos amigos.
4. *Crecimiento personal*: aprender un idioma extranjero, entrar en un grupo de meditación, apoyar económicamente a una ONG.

Un aspecto importante de un trabajo eficaz sobre las acciones para alcanzar un objetivo consiste en comprobar la relación entre la acción, el objetivo con el que se asocia y el valor con el que se relaciona. Si se pone en práctica la acción en cuestión, ¿llevará a alcanzar el objetivo

o ayudará a aproximarse a él? ¿Es posible tal acción y está al alcance de las habilidades del cliente? ¿Entiende el cliente la relación temporal entre la acción y el objetivo? Algunas acciones son como semillas en la metáfora del *Jardín*: es necesario "enterrarlas" y darles tiempo para que broten. Otras acciones producen resultados inmediatos, por ejemplo, dejar un trabajo insatisfactorio con el objetivo de seguir una nueva carrera. Se puede utilizar la Figura 12.1, el Formulario de Objetivos, Acciones y Barreras, para ayudar a los clientes en la formulación de objetivos y acciones relacionados con sus valores.

Dadas las direcciones de valores enumeradas, trabajar con el cliente para generar objetivos (elementos que se pueden obtener) y acciones (pasos concretos que puede dar el cliente) que manifiesten esos valores. Utilizando las entrevistas y ejercicios, identificar los elementos psicológicos que se interponen entre el cliente y su avance en esas áreas (emprender esas acciones, trabajar por esos objetivos). Si el cliente manifiesta algún tipo de barreras, reformularlas en términos de objetivos y colocarlas junto al valor relevante (pueden variar respecto a la formulación inicial que dio origen al tema). Luego, buscar también acciones y barreras para esos objetivos.

Ámbito	Narrativa de dirección de valores	Objetivos	Acciones	Barreras
Relaciones familiares (distintas de la de pareja o de padres)				
Matrimonio/pareja/relaciones íntimas				
Ser padres				
Amistad/relaciones sociales				
Educación/formación				
Educación/formación/crecimiento personal y desarrollo				
Esparcimiento/diversión				
Espiritualidad				
Vida en comunidad				
Cuidado físico (dieta, ejercicio, sueño)				
Entorno medioambiental (cuidado del planeta)				
Valores estéticos (arte, música, literatura, belleza)				

Figura 12.1. Formulario de objetivos, acciones y barreras

A la hora de organizar un plan de acción basada en compromisos, suele ser conveniente animar al cliente a que acumule puntos positivos en el terreno de la acción-objetivo. El hecho de dar pequeños pasos de manera consistente tiene un impacto más fuerte que los grandes pasos heroicos dados de forma inconsistente. Hay que poner el énfasis en aquellas acciones que supongan "pasos en la dirección correcta", es decir, acciones que sean consistentes con los valores del cliente y sus objetivos manifiestos. El propósito es aumentar la eficacia del cliente a la hora de crear pautas de acción cada vez más amplias basada en compromisos. Al mismo tiempo, el terapeuta modela una forma muy eficaz de solución personal de problemas que se puede generalizar a otros escenarios y situaciones a los que se podría tener que enfrentar el cliente.

El trabajo con el compromiso es la parte del modelo ACT que más varía en función de la conducta problema específica. Por ejemplo, un compromiso de acción respecto al tabaquismo podría consistir en disminuir gradualmente, distribuir los cigarrillos, fumar de forma consciente, establecer una fecha de corte, procesos de control de estímulo, compromiso público y otros procedimientos mientras que, a la hora de enfrentarse a la ansiedad, el compromiso de acción podría consistir en exposiciones graduales, incremento de la actividad social o higiene del sueño. El aspecto fundamental es que la ACT forma parte de la terapia de conducta y el análisis funcional que proporciona el modelo ACT tiene como finalidad dar cuenta de todos los aspectos funcionales relevantes del problema del que se trate. El compromiso de acción tiende a extenderse en el tiempo, situaciones o acciones concretas. La ciencia conductual puede proporcionar una gran cantidad de información sobre la manera de elaborar tales pautas para que den resultado. El nexo de unión entre el compromiso de acción en ACT y la terapia conductual tradicional es que la última puede ayudar a especificar pautas más amplias que se pueden elaborar para promover las cualidades de valor de la acción.

Identificar y socavar las barreras frente al compromiso de acción

El establecimiento de un objetivo conductual efectivo requiere un análisis sincero de las barreras que, con toda probabilidad, se va a topar el cliente y que pueden impedir la acción. Por lo general, las barreras funcionan como obstáculos porque desencadenan vivencias internas indeseables y angustiosas. Las barreras pueden adoptar la forma de reacciones psicológicas negativas o de presión a partir de fuentes externas. El cliente que está considerando la posibilidad de renunciar a un trabajo insatisfactorio, lo más probable es que se encuentre con pensamientos tales como: "Vas a cometer un tremendo error. ¿Qué pasa si, luego, no encuentras tu trabajo ideal? ¿Qué vas a hacer entonces?". En este ejemplo relativamente sencillo de pensamiento hay ejemplos potenciales de fusión, fallo en los procesos del momento presente y evitación. También se pueden presentar emociones negativas anticipatorias tales como miedo, ansiedad o vergüenza. Asimismo, pueden surgir barreras externas que activen el mecanismo de plegamiento o contra-plegamiento: la esposa del cliente puede no estar de acuerdo con la decisión, puede sentirse molesta por las consiguientes restricciones en su tren de vida al disminuir los ingresos o puede acusar al cliente de ser "egoísta" en lugar de verlo como "auto-sacrificado".

Las barreras externas pueden llevar a más vivencias internas negativas y a más evitación. El cliente también puede llegar a darse cuenta de que seguir un determinado curso de acción basada en valores (p. e., esforzarse por una vida laboral más satisfactoria o que suponga un mayor desafío) choca con otra dirección de valores (p. e., mejorar la intimidad en su relación). Lo más importante a destacar es que comprometerse con una acción que se valora siempre estimula contenidos psicológicos en una u otra dirección. Sobre todo, si el contenido es negativo, eso puede actuar como una barrera frente a la acción. Nuestro cliente no se queda bloqueado por casualidad; se queda bloqueado porque evita emprender una acción basada en sus valores como un medio de evitar las barreras emocionales dolorosas.

Si el trabajo de ACT previo ha tenido éxito, el cliente está listo para reconocer las barreras como lo que son, no como lo que ellas amenazan ser.

¿Puede identificar el cliente las barreras ante la acción basada en valores en cada ámbito? Esta tarea, naturalmente, va a suponer moverse entre los valores y el trabajo de compromiso con otros procesos del hexaflex –el yo como perspectiva, defusión, aceptación y procesos del momento presente–. Al formular compromisos se activan los aspectos problemáticos de todos esos procesos que, de ese modo, tienen que ser revisados para mantener tales compromisos. A medida que se identifican y se comentan las barreras, el terapeuta ayuda al cliente a tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. ¿De qué clase de barrera se trata? ¿Son vivencias negativas internas o consecuencias externas en conflicto con algún otro valor? ¿Se trata de cuestiones de plegamiento y contra-plegamiento?
2. ¿Se trata de algo a lo que el cliente le pueda hacer sitio mientras continúa adelante con la acción?
3. ¿Qué aspecto de esa barrera es más probable que reduzca la disposición a aceptar su presencia sin defensa?
4. ¿Alguna de las barreras es otra forma de evitación vivencial?

Disposición frente a las barreras y barreras frente a la disposición

Nos hemos referido anteriormente a la actitud de "estar dispuesto" (en el capítulo 10) en el contexto del proceso de aceptación. Ahora, al tratar del compromiso, es el momento de reintroducir la disposición con un nuevo matiz. En el capítulo 10, hacíamos hincapié en ayudar al cliente a que se abriera a sus vivencias internas complicadas. En el contexto del compromiso, la disposición es la elección de actuar en función de valores aun sabiendo que el obrar así va a activar contenidos indeseables. Esto se puede poner de manifiesto en el caso del paciente con síntomas de pánico que, pese a ello, elige entrar en

el centro comercial, siendo perfectamente consciente de que la ansiedad y el miedo lo están aguardando. También se manifiesta en la esposa infeliz que se sienta con su pareja para discutir los problemas básicos de su matrimonio, sabiendo que es posible el rechazo de la otra persona. ¿Por qué tendría alguien que activar voluntariamente contenidos personales dolorosos en semejantes entornos? La respuesta es que nadie tendría que hacerlo, a menos que fuera al servicio de un propósito vital general. La disposición –la acción– se dignifica con la presencia de los valores y hace posible la encarnación de tales valores.

Una barrera importante frente a los compromisos es el miedo a no ser capaz de mantenerlos, en combinación con la fusión con una historia en la que los fallos respecto a propósitos anteriores se interpretan como que los compromisos futuros son también imposibles. De hecho, el sufrimiento por no comprometerse con aquello que de verdad nos importa es un poderoso aliado del sufrimiento por nuestros fallos anteriores –pero ambas fuentes paralelas de sufrimiento se pueden mejorar mediante la defusión, la aceptación y la disposición a actuar.

La metáfora de la *Burbuja en la carretera* manifiesta la relación entre la disposición y la habilidad de tomar una dirección de valores.

"Imagínate que eres como una burbuja de jabón. ¿Has visto alguna vez cómo las burbujas grandes pueden chocar con otras más pequeñas y las pequeñas son absorbidas por la grande? Bueno, pues imagínate que eres una burbuja de esas y que vas moviéndote por el camino que has elegido. De pronto, aparece otra burbuja frente a ti y te dice: '¡Alto!' Tú, te detienes unos segundos. Cuando te dispones a rodear a la otra burbuja, o a pasar por encima de ella, la otra burbuja se desplaza rápidamente para cortarte el paso. Ahora, tienes dos elecciones: puedes dejar de avanzar en la dirección de tus valores o puedes chocar con la otra burbuja de jabón y seguir adelante llevándotela dentro. Esta segunda opción es a lo que nos referimos con "estar dispuesto". Tus barreras, en buena medida, son

sentimientos, pensamientos, recuerdos y demás. En realidad, están dentro de ti, aunque parecen estar fuera. Por ejemplo, la burbuja más pequeña puede decir: 'No puedes comprometerte con este sendero porque, en el pasado, fallaste a la hora de mantener tus compromisos'. La 'disposición' no es un sentimiento ni un pensamiento; es una acción que responde a la pregunta que la barrera te plantea: '¿Me vas a llevar dentro de ti por propia elección, o no?' Para que puedas tomar una dirección de valores y puedas desarrollar una nueva pauta de conducta, debes responder: 'Sí', pero solo *tú* puedes *elegir* la respuesta. Por ejemplo, ¿puedes tener miedo de fallar en tu compromiso *y*, aún así, hacer ese compromiso?".

El terapeuta ACT elabora estos temas para que encajen en la situación del cliente: disposición, elección, valores, acciones y barreras. No es posible vivir una vida plena y significativa sin la disposición a superar las barreras, un conjunto de direcciones basadas en valores que le den sentido a ese enfrentamiento a las barreras y la elección de actuar frente a consecuencias impredecibles.

El trabajo de compromiso pone de relieve el aspecto reiterativo de la ACT. El compromiso de acción es como pelar una cebolla: Si quitas una capa de la cebolla, te encuentras con otra capa. Existe la tentación de ver el compromiso de acción como una fórmula simple: Valor definido → Compromiso de acción. Si ser un esposo cariñoso surge como uno de los valores clave de un cliente, eso implica una serie de compromisos de acción. Sin embargo, al poner en marcha una acción basada en su compromiso, con toda probabilidad van a surgir otras maneras en las que se podría plasmar ese valor. De tal forma que la acción basada en un compromiso repercute en los valores, haciendo que el cliente redefina el significado de ser un esposo cariñoso y esa redefinición, a su vez, puede dar lugar a nuevas acciones basadas en el compromiso. De manera semejante, todos los procesos de la ACT repercuten unos en otros, una y otra vez. Un valor determinado puede llevar a que la persona tome contacto con pasados fracasos en el intento de vivir de esa forma. En la medida en que los fracasos son

dolorosos, puede que sea necesaria una actitud de aceptación. El cliente podría entrar en contacto de una forma muy dolorosa con su propia miopía respecto a un valor. El típico pensamiento de: "¿Cómo he podido ser tan idiota?" podría convertirse en un objetivo importante para el trabajo de defusión. Una vinculación muy fuerte a un historial de fracasos podría hacer que el cliente perdiera el contacto con el presente. Los clientes, por lo general, reciclan mediante la ACT procesos de este tipo a medida que se formulan y se mantienen nuevos compromisos. El progreso clínico, casi con toda certeza, va a significar la revisión de todos los demás procesos de ACT en un campo de juego contextual distinto cada vez.

Enfoques de compromiso de acción y de terapia conductual tradicional

Dada la pauta creciente de dinamismo de la tendencia contextual en las terapias conductuales y cognitivas de las que la ACT forma parte, siempre se va a producir alguna confusión respecto a cómo lo "nuevo" se relaciona con lo "tradicional". Por ejemplo, para algunos, la ACT se elaboró como una forma de oposición a los enfoques conductuales tradicionales; para otros, la ACT, básicamente, es "el mismo vino en diferente botella". De hecho, prácticamente todas las intervenciones conductuales clásicas son compatibles con la ACT. Como manifestábamos al principio de este capítulo, la ACT es, esencialmente una forma de terapia de conducta "pura y dura", pero configurada mediante un análisis profundo y un enfoque de la cognición basado en el pensamiento conductual. A continuación, vamos a referirnos a la manera de integrar el compromiso de acción con muchas de las intervenciones conductuales tradicionales.

Exposición

Como señalábamos de pasada en el capítulo 10, la ACT es una intervención basada en la exposición –considerando la esencia de la exposición desde un punto de vista contextual–; el objetivo de la

exposición tradicional es la reducción o la eliminación de los síntomas, mientras que en ACT el objetivo es la flexibilidad psicológica en aras del compromiso de acción.

En mayor o menor grado, se puede conseguir una ampliación del repertorio favoreciendo la propia flexibilidad emocional, cognitiva y conductual. Por ejemplo, durante una sesión de exposición tradicional en un centro comercial con una persona que sufra agorafobia, un terapeuta ACT observaría si el cliente está abierto a nuevas conductas y podría proponerle que identificara a la persona con el peinado más ridículo, o que comentara cómo nota las plantas de sus pies o que hiciera, intencionadamente, lo contrario de lo que su mente le esté sugiriendo (p. e., si tiene miedo de tener un ataque de pánico y quedar en ridículo, que entre directamente en la tienda de ropa más cercana ¡y pida una hamburguesa!). Este tipo de tácticas extravagantes está diseñado para incrementar la flexibilidad de las acciones psicológicas en presencia de estímulos previamente constrictores del repertorio de respuestas. Por otra parte si hemos llevado a cabo algún trabajo previo sobre valores con el cliente, la elección puede estar relacionada más estrechamente con acciones basadas en valores y compromiso de acción. Por ejemplo, se le puede pedir a la persona que está luchando con su agorafobia que se comprometa a no salir del centro comercial hasta haber comprado un regalo para alguna persona querida.

Incluso las actividades *in vivo* organizadas de la manera más convencional juegan un importante papel en la ACT. Por ejemplo, se puede utilizar la exposición como una manera de practicar "estar en el presente", independientemente del contenido angustiante. Durante la exposición, el cliente puede practicar la defusión y ver los pensamientos como lo que son. Se puede practicar el permanecer en una situación negativa con un ojo puesto en los valores personales para realizar acciones coherentes con tales valores. Se pueden adquirir pautas que enfaticen aun más conductas flexibles como parte de un compromiso formal. La clave está en que la exposición, en ACT,

no está enfocada hacia la reducción de síntomas sino a favorecer la flexibilidad psicológica en presencia de estímulos que previamente reducían el repertorio de conducta, para hacer lo que se tiene que hacer.

Uno de nosotros (KSD) trabajó con una mujer de 38 años, madre de tres hijos que venía experimentando una ansiedad crónica debilitadora desde hacía una década. Su miedo a la ansiedad, su preocupación por que pudiera surgir y la evitación de situaciones que la pudieran activar, habían causado estragos en su vida. La conversación que sigue tuvo lugar durante la entrevista inicial.

Terapeuta: A ver si lo he entendido bien: lo que te ocurre con la ansiedad es que no la vas a soportar, vas a estar en guardia frente a ella continuamente y vas a evitar hacer cualquier cosa que la pueda desencadenar. ¿Es así?

Cliente: De eso se trata. Suena un poco extraño y deprimente, ¿no es cierto?

Terapeuta: Puedo adivinar que lo realmente deprimente son todas esas actividades que tú querrías hacer con tus hijos y que ellos te piden que hagas, pero que tú no haces. Las evitas porque podrías sentirte ansiosa si salieras con ellos.

Cliente: Siento que estoy fallando como madre. Puedo ver lo decepcionados que se quedan cuando les digo que no voy a ir al cine, no voy a ir al parque con ellos, ni los voy a llevar de compras. Me encargo de que sea su padre el que haga todas esas cosas.

Terapeuta: ¡Y, según me dijiste, tus hijos lo significan todo para ti! Si no fuera por ellos, dices que hace ya mucho tiempo que la ansiedad habría acabado contigo. De manera que puedo ver que posees ese hermoso valor de querer lo mejor para tus hijos y quieres encontrar una manera de vivirlo plenamente. Por desgracia, la "Señorita Ansiedad" te está diciendo lo que puedes y lo que no puedes hacer en lugar de dejar que sean tus valores quienes te lo digan.

Cliente: Exacto. No lo había pensado de esa manera pero eso es justo lo que me está pasando. Mi ansiedad está tomando las decisiones por mí.

Terapeuta: Y el resultado es que sientes que estás decepcionando a tus hijos. Estás viviendo de manera opuesta a aquello en lo que crees. Si pudiéramos pensar a pequeña escala, ¿qué cosa *podrías* hacer que te indicara que estaban empezando a ser la madre y amiga que quieres ser? No tenemos que pensar en cambios grandiosos para hacer que todo sea distinto de golpe, sino en cosas pequeñas; algo que te indicara que estás en el camino. Naturalmente, incluso para dar este pasito, vas a tener que desobedecer a la "Señorita Ansiedad". Cualquier cosa que elijas, te va a exponer a un cierto nivel de ansiedad; vas a estar ansiosa, incluso podrías sentirse muy ansiosa y, en ese momento, podrías elegir cómo quieres que sea tu vida: ser la madre que siempre has soñado o intentar vivir sin ansiedad. ¿En qué dirección quieres ir?

Cliente: Me asusta oírme decir esto… pero, ¡quiero ser una madre! A mi hijo pequeño le encanta el fútbol y no lo inscribí en el equipo porque llevarlo en coche a los entrenamientos me iba a hacer sentir muy ansiosa. Odio conducir; por lo general, necesito que mi marido lleve el coche si tengo que ir a algún sitio.

Terapeuta: Entonces, imagina que estás conduciendo el coche con tu hijo. ¿Qué es lo que te puede pasar?

Cliente: Puedo sentir que se me acelera el corazón; es la primera señal que tengo cuando me da la ansiedad.

Terapeuta: ¿Y qué más?

Cliente: Siento que no puedo respirar y tengo dolor en el pecho. Empiezo a sentirme mareada. Me preocupa no poder conducir bien de manera que tal vez aparque. Siento náuseas. Quiero ir a casa para estar segura. ¡Me siento como si estuviera en peligro!

Terapeuta: Quiero que, simplemente, te sientes con todo esto. No hagas ningún movimiento; solo empápate de todo eso sin hacer nada con ello.

Cliente: La verdad es que me resulta muy incómodo.

Terapeuta: Así es, ¡ya lo sé! ¿Puedes imaginarte sintiendo todo eso y, simplemente, continuar conduciendo el coche para apuntar a tu hijo en el equipo? Este viaje no tiene nada que ver con la ansiedad y qué hacer con ella; tiene que ver con el hecho de ser la madre que tú quieres ser, incluso si eso significa estar ansiosa.

Esta escena muestra cómo se puede replantear el trabajo de exposición en términos de adecuación con unas pautas de vida que sean significativas. Cada ejercicio de exposición es, en sí, un acto de compromiso. De hecho, cada paso que da el cliente, por pequeño que sea, puede ser un acto de compromiso al servicio de sus valores. Se necesita una buena cantidad de valor para enfrentarse a los propios miedos mientras se permanece centrado en aquello que más importa.

La clienta volvió a la siguiente sesión, dos semanas después. Traía una hoja de papel. En cada línea de la primera página había anotado una actividad en la que se había involucrado durante esas dos semanas ¡Muchas de ellas no habían tenido lugar hacía años! Además de cada actividad, hacía una valoración del nivel de ansiedad durante su realización. Las puntuaciones de ansiedad iban de 5 a 10, con una mayoría de valoraciones de 8 o 9. Sin embargo, las puntuaciones de ansiedad no habían disminuido a lo largo del período de dos semanas de una forma regular a pesar de las numerosas exposiciones. Esta conversación se refiere a ese hecho.

Terapeuta: Veo que hiciste todas estas actividades y tu nivel de ansiedad, muchas veces, era muy elevado. ¿Cómo te las arreglaste?

Cliente: Me sentí realmente muy bien haciendo esas cosas. Me hicieron sentirme sana por dentro, ¡como si estuviera viviendo otra vez! La ansiedad es muy, muy desagradable y ¡la odio! Pero así es como quiero que sea mi vida: quiero estar disponible para mis hijos y

mi marido, no una persona metida en casa y que tiene miedo de su propia sombra. Espero que la ansiedad desaparezca alguna vez; sería estupendo. Pero voy a hacer estas cosas de todos modos, ¡independientemente de cómo me sienta! He decidido llevar a mi marido al cine el día de nuestro aniversario, el mes que viene. No habíamos vuelto a ver una película ¡desde hace 12 años!

Farmacoterapia

Incluso algunos enfoques de farmacoterapia se pueden incluir en un contexto de valores y compromiso. La ACT, muchas veces, se considera opuesta a la medicación pero la medicación basada en una buena práctica científica, con adecuados controles, puede ser un importante aliado de la ACT. La ACT se ha utilizado en estudios aleatorios para ayudar a que los proveedores se abran a utilizar lo que la buena práctica científica indica en el área de la farmacoterapia para el consumo de drogas (Varra et al., 2008). El mismo mensaje es aplicable a los clientes. Por ejemplo, el Antabuse controlado puede resultar efectivo para el mantenimiento de la abstinencia de alcohol pero, muchas veces, los clientes lo consideran degradante. En un caso tratado por uno de nosotros (KGW), se utilizó un enfoque de valores y compromiso. El cliente tenía un amplio historial de recaídas en episodios de consumo de alcohol con consecuencias muy penosas. En un esfuerzo por salvar su matrimonio, el marido alcohólico accedió a tomar Antabuse cada día, con control del cumplimiento a cargo de su mujer. La siguiente conversación refleja su sentido de humillación por el proceso.

Cliente: Le dije a Sue que iba a tomar Antabuse todos los días y que ella podía comprobar cómo lo hacía.

Terapeuta: ¿Y ella dijo que le iba a dar otra oportunidad a vuestro matrimonio si tú lo cumplías?

Cliente: Sí.

Terapeuta: ¿Y cómo te sientes respecto a eso, Tim?

Cliente: Bien, es la única manera de que ella se quede. Sin eso, dijo que no podía darme otra oportunidad. Ya sabes, por los niños y todo eso.

Terapeuta: Suena un poco como que *tienes que* hacerlo de esa manera…

Cliente: Si no lo hago, ella se irá.

Terapeuta: Bueno, eso me preocupa un poco. Quiero decir que se podría hacer de varias maneras. Cada mañana, tú podrías sentarte a la mesa, para el desayuno, y allí estará ella y tú te dirás a ti mismo: "Vaya una M… ¿Por qué tengo que pasar por esto? Ahí está ella, vigilándome como si yo fuera un crío o algo parecido". Y, con toda seguridad, ella se dará cuenta y eso la sacará de quicio. Algo así como si tú dijeras: "¡Eh, no es por culpa mía! ¡No me lo reproches!". Incluso aunque no os digáis nada, será como una brecha entre vosotros.

Cliente; Bueno, yo estoy bien haciéndolo así; quiero decir que no me fío de mí mismo.

Terapeuta: Eso es, justo, a lo que me refiero. Ahora, el Antabuse te está creando una brecha contigo mismo. A ver cómo ves esta otra idea: ¿Recuerdas cuando Sue y tú os casasteis? Párate un minuto y cierra los ojos, a ver si te la puedes imaginar aquel día.

Cliente: Claro que si. ¡Fue un día increíble! De preocupación y suerte, y no sé cómo decir lo que significó para mí.

Terapeuta: Bueno, aquel día lo dijiste; piénsalo: ¿No es verdad? Tú estabas allí, delante de toda aquella gente, frente a Sue. Y la miraste a los ojos. Y dijiste: "Sí, quiero". ¿Recuerdas?

Cliente: Claro.

Terapeuta: Déjame que te pregunte una cosa, Tim. ¿Te importaría cerrar los ojos un momento, dejarte estar tu silla y tomarte unos instante para sentir el aire entrando y saliendo suavemente en cada respiración? (*Pausa de unos 30 segundos, con pequeñas indicaciones de que*

perciba la respiración). Tim, quiero que intentes representarte a ti y a Sue en el altar. Mira si puedes recordar cuando la miraste a los ojos (*pausa lo suficientemente larga para permitir que el cliente visualice la escena*). ¿La puedes ver allí, Tim? ¿Puedes quedarte un momento con esos ojos a los que estabas mirando hace unos años? Permítete empaparte de esos instantes (*pausa*). Tú estabas allí e hiciste el compromiso de ser su marido. Mira si puedes escuchar tus propias palabras: "Sí, quiero". Y, ahora, respira y deja que tus ojos se abran suavemente, Tim. ¿Pudiste ver aquel momento (*hablando muy muy suavemente*).

Cliente: Sí, pude verla. Yo estaba allí mismo.

Terapeuta: Para siempre, ¿no es cierto? Ya sabes… "En la riqueza y en la pobreza, en la salud y en la enfermedad".

Cliente: Sí.

Terapeuta: ¿Y qué hay de eso, Tim? ¿Qué tal si, cada mañana, te sentaras a desayunar con Sue y, simplemente, te tomaras un instante para mirarla a los ojos y le dijeras una vez más: "Sí, quiero". Y, luego, te tomas tu medicina. ¿Podría ser una manera de que cada vez que te la tomes lo pudieras convertir en una especie de reafirmación de aquella promesa que hicisteis?

En el modelo ACT, toda prescripción obligatoria, incluyendo la terapia y/o la medicación –ya sea decretada por el juez, impuesta por razones de salud o requerida por la pareja– se puede incluir en un contexto de valores personales con el resultado directo de encuadrarla como una acción basada en un compromiso.

Entrenamiento de habilidades

El entrenamiento de habilidades siempre ha sido un pilar fundamental en terapia del comportamiento y también es un componente importante de la ACT. Podemos asegurar, sin caer en la pedantería, que todas las terapias cognitivas y conductuales son, en realidad, formas de entrenamiento en habilidades. Desafiar un

pensamiento distorsionado en una situación determinada es una habilidad, aprender a mantener contacto ocular y a sonreír cuando se conoce a una persona es una habilidad, la atención consciente y la consciencia del presente son habilidades, la toma de perspectiva es una habilidad. Este marco interpretativo es lo que da al conductismo su ventaja característica frente a otros enfoques. Los problemas no tienen su origen en fuerzas invisibles, tales como conflictos inconscientes; más bien, se originan en *déficits de habilidades.*

Prácticamente cualquier entrenamiento en habilidades puede ser integrado en un contexto de valores y se puede hacer conscientemente como un acto de compromiso. Cada acto, en cada uno de los momentos por los que uno va pasando a través del entrenamiento de habilidades, puede servir como compromiso y reafirmación del compromiso con los valores más amplios del cliente a los que está sirviendo el entrenamiento. La incomodidad que se experimenta y la charla interna a la que uno se enfrenta cuando se están entrenando nuevas habilidades se convierten en el foco de la aceptación y la defusión que le dan fuerza al aprendizaje y al despliegue de habilidades (para más evidencias al respecto sobre este tema, véase Varra et al., 2008).

Estos componentes no incrementan de manera significativa el tiempo requerido para realizar las habilidades que se están entrenando: más bien, estas habilidades se pueden realizar, simplemente, en un espacio de ACT que podría incrementar la eficacia del trabajo con tales habilidades. Por ejemplo, en el entrenamiento en habilidades sociales, un momento de consciencia sobre el valor en cuestión, un momento sinceramente centrado en el presente –"Sí, acepto esta tarea al servicio de mis valores"– puede transformar la relación del cliente con el entrenamiento y conseguir que el entrenamiento tenga, probablemente, un mayor impacto en la conducta futura.

Tareas para casa

Los deberes para casa son la principal materia prima de la terapia conductual con beneficios reconocidos. Las habilidades aprendidas durante las sesiones de terapia necesitan ser integradas en el contexto vital del cliente. Sin una cierta práctica entre sesiones, no hay razón para creer que este tipo de integración se vaya a producir de forma natural. Las tareas para casa, desde una perspectiva de la ACT, se utilizan para activar obstáculos y barreras de manera que el cliente pueda aprender las habilidades que necesita para perseverar frente a las barreras en la situación natural. El terapeuta ACT, en colaboración con el cliente, determina los ejercicios para realizar entre sesiones, que estén relacionados de manera explícita con los valores de este y cuya cumplimentación suponga un compromiso de acción al servicio de tales valores. Con un cliente depresivo, podríamos organizar un programa de eventos con base en sus valores que puede recordar a la terapia de conducta. Con un cliente con ansiedad social, podríamos pedirle que visitara algún lugar que le provocara ansiedad y que le sirviera como un paso con el que comprometerse en función de la dirección que quiera seguir. A una persona que esté en un trabajo sin perspectivas pero que tenga miedo de fracasar, se le podía pedir que buscara cursos online o que consultara a un consejero vocacional en la universidad local. Cada paso puede ser realizado de manera explícita como un compromiso con una acción más amplia basada en valores.

Manejo de contingencias

Las estrategias de control de contingencias se utilizan con frecuencia en distintos contextos de tratamiento en los que los pacientes obtienen privilegios u otros premios por conseguir determinados objetivos de tratamiento: los sistemas de economía de fichas, vales por "noches secas" y programas de dosis controladas de metadona son todos ellos buenos ejemplos. Estas estrategias pueden parecer contrarias a la ACT ya que el personal clínico está, por lo general, en posición tanto de determinar el comportamiento como de

proporcionar el refuerzo por su adecuado cumplimiento. Este inconveniente, sin embargo, solo se convierte en un problema serio cuando el personal clínico está desbordado y las medidas de control de contingencias se convierten en un factor punitivo. Asociar directamente el manejo de contingencias a los valores de los pacientes puede estimular, más bien que suplantar, la auto-regulación así como proporcionar una cierta protección frente al riesgo de caer en una utilización punitiva de una estrategia de tratamiento eficaz. Aunque es posible que requiera algo más de esfuerzo, es posible que el tratamiento resulte más eficaz cuando las contingencias externas y los valores libremente elegidos pueden estar alineados.

Estrategias de control de estímulo

Hay multitud de estrategias de control de estímulo que resultan totalmente acertadas y útiles dentro del marco de la ACT. Por ejemplo, si una persona que está siendo tratada de obesidad vacía su casa de alimentos nocivos, eso puede constituir una forma de autocastigo o bien puede ser hecho de manera consciente y propositiva, como un paso en una dirección de valores. De ese modo, no se vacía la casa "para que no pueda comer comida basura" sino porque "estoy organizando un entorno saludable en el que vivir". La prevención de recaídas se basa, sobre todo, en estrategias de control de estímulo. Aprender a reconocer las claves para el abuso de alcohol y organizarse para permanecer fuera de las situaciones que generan esas claves puede parecerse a la evitación. Sin embargo, esa línea de pensamiento no constituye evitación necesariamente. Un cliente alcohólico que decide mantener la abstinencia, podría renunciar a acercarse a los bares. Una persona que quisiera moderar su bebida, podría dejar de salir los viernes por la noche con determinados amigos bebedores. Tales acciones, sin embargo, no deben ser consideradas meramente como una forma de evitación. No hay nada en la ACT que diga que la gente tiene que pasarse la vida buscando y aceptando vivencias difíciles. Lo que es más, no hay ninguna virtud especial en tentar a la suerte. Cuando la acción basada en valores

pone al cliente en un camino peligroso, el compromiso de acción más adecuado consiste en percibir el contenido temido por lo que es, aceptarlo en el presente y obrar de acuerdo con los propios valores. Un compromiso de acción igualmente adecuado es el organizar el propio entorno de manera que los contenidos temidos no vuelvan a dispararse más de lo necesario o buscar nuevas actividades que sirvan mejor a los propios objetivos y valores.

Activación de conducta

El método conductual que resulta más fácil de integrar con la ACT es la activación de conducta porque todo el lado derecho del hexaflex consiste en eso. Los métodos modernos de activación conductual (p. e., Dimidjian et al., 2006) son compatibles con la ACT al 100% y, dada su relativa sencillez y soporte empírico, no es infrecuente que los terapeutas ACT utilicen todo un programa de activación de conducta, a secas, antes de iniciar una intervención ACT más extensiva.

Este breve repaso no hace justicia a las posibilidades de integrar plenamente el enfoque ACT con métodos conductuales, pero tal tarea no es posible en un solo volumen. El modelo de flexibilidad psicológica tiene tal amplitud (y, además, los pasos conductuales varían en cada área) que explicar con detalle cómo integrar estos métodos equivaldría a explicar pormenorizadamente la psicología aplicada desde un punto de vista conductual. Nuestro tema fundamental es que ACT más métodos conductuales no es una "suma" a la ACT. Más bien, la ACT está diseñada como *contexto* para el empleo de los métodos conductuales. En otras palabras, el desarrollo de la flexibilidad psicológica es, propiamente, el objetivo del quehacer de la terapia conductual y cognitiva.

Interacciones con otros procesos esenciales

Compromiso y fusión

La fusión es, con toda certeza, uno de los principales obstáculos para el compromiso de acción. Existen distintas variantes entre las que se encuentra la fusión "con razones" como fundamento del compromiso

de acción. Si una acción se basa en razones y las razones cambian, entonces la propia decisión, lógicamente, deberá ser alterada. En un sentido más profundo, tal eventualidad significa que es mejor comprometerse por elección que en función de una decisión racional. Las razones, por lo general, apuntan hacia cosas que no es posible controlar de forma directa. De este modo, el propio nivel de compromiso puede fluctuar según el número y la importancia de los cambios de razón. Si el compromiso va a ser nuestro, no de las palabras, deberíamos situar la fuente del compromiso en un terreno que esté bajo nuestro control personal.

El matrimonio ejemplifica con toda claridad la distinción entre hacer una elección y tomar una decisión. El matrimonio es un compromiso, aunque la mitad de los matrimonios acaban en divorcio. ¿Cómo puede ocurrir esto? En parte, ocurre porque la gente no sabe hacer compromisos. Intenta hacerlos basándose en juicios, decisiones y razones, no como una verdadera elección (tal como nosotros la entendemos). Al hacerlo así, pone sus compromisos en un gran riesgo. Imagina, por ejemplo, que un hombre se casa con una mujer "porque es hermosa". Si la esposa llegara a tener un accidente en la que resultara desfigurada, la razón para amarla y querer estar con ella ya no sería válida. Incluso aunque el hombre no quiera reaccionar de esa manera, puede que le resulte muy difícil habérselas con lo que su lógica le dice ya que la acción inicial estaba basada en, vinculada a, explicada por y justificada mediante esa razón –y la razón, ahora, ha cambiado–. Este tipo de cosas ocurre todo el tiempo cuando la gente se casa y, más tarde, se encuentra que ya no tienen los mismos sentimientos de amor hacia su pareja. Casarse por tener sentimientos de amor se considera algo razonable en nuestra cultura porque el amor, generalmente, se considera un sentimiento y no un tipo de elección. Pero los sentimientos de amor son extremadamente impredecibles. Hablamos de amor como si se tratara de un accidente: decimos que uno "cae" en él, por ejemplo, o que le "sucede". Por eso, no debería ser sorprendente que uno caiga en el matrimonio y se caiga, igualmente, fuera de él.

Si el cliente pudiera aprender a hacer elecciones en áreas importantes, las cosas marcharían de otra manera. Piensa si no sería mucho más fácil mantener un matrimonio si el compromiso se basara en una *elección* de casarse y el amor se considerara la *elección* de valorar a la otra persona y de hacerla alguien especial. Esto podría ser "no razonable", pero no "irrazonable". El compromiso basado en elecciones aísla al individuo frente a algunas de las debilidades del comportamiento gobernado por reglas. Mantenido como una elección, no puede ocurrir nada que justifique ni explique el abandono de un compromiso ya que la elección no necesita ser justificada ni explicada. Si cualquiera de las razones cambia más adelante, la elección en sí no necesita ser cambiada porque la elección no está dirigida por esas razones. Esta ausencia de "cobertura" verbal es un importante factor que ayuda a mantener los compromisos. Si el cambio va a tener lugar (como en el caso de elegir el divorcio), esa ausencia de cobertura puede mantener el conjunto de valores más amplio en una posición privilegiada (p. e., divorciarse de forma que se respete a la otra persona, se proteja a los niños, etc.).

Nos encontramos la fusión en su forma más genérica cuando las razones (o la pérdida de razones) se convierten en obstáculos para el compromiso de acción. Algunas otras variantes de la fusión van a ser tratadas más adelante porque son especialmente importantes para otras facetas del hexaflex.

Compromiso y momento presente

Una dificultad que aparece cuando los clientes hacen un compromiso es que parece como si el compromiso se refiriera al futuro en lugar del "aquí y ahora". El futuro es algo construido –no existe, en realidad–. Si nos fusionamos con pensamientos relativos a cómo *tiene que ser* el futuro, podemos volvernos hipervigilantes. Si pasamos demasiado tiempo imaginando el futuro, podemos perder muchas oportunidades de actuar en el momento presente. De manera semejante, la fusión con el pasado también puede minar los

compromisos. El cliente que se pasa todo el tiempo reviviendo fracasos del pasado está en peor posición para actuar en el presente.

Se sabe que la preocupación y las maquinaciones mentales son predictores de pobres resultados. Desde una perspectiva ACT, los dos son ejemplos de conducta gobernada por reglas bajo control aversivo. Por ello, los clientes se vuelven insensibles frente a datos importantes y pierden la flexibilidad necesaria para mantener sus compromisos en situaciones cambiantes. De ese modo, los procesos del momento presente son aliados clave para el compromiso de acción.

Compromiso y aceptación

La falta de aceptación de contenidos temidos también puede ser un importante obstáculo frente al compromiso. En la medida en que determinamos que un conjunto de vivencias –pensamientos, emociones, tendencias de conducta o estados corporales– son inaceptables, establecemos límites a nuestra capacidad de hacer y mantener compromisos. Es difícil pensar en ningún ámbito de vida realmente significativo en el que no sea no solo probable sino seguro que van a aparecer pensamientos y sentimientos complicados. La elección de carrera genera ansiedad en relación a las elecciones que hay que hacer; una propuesta de matrimonio genera ansiedad en relación al futuro de ese matrimonio. Los fallos en cualquiera de los ámbitos son lamentables, decepcionantes y activan el recuerdo de errores anteriores y pensamientos sobre otras posibles implicaciones más amplias que pueda tener el fallo en otras áreas de la vida. Los tres autores del libro somos padres y también conocemos a otros muchos padres. No conocemos a ninguna persona a la que la paternidad –al menos, a veces– no le haya resultado una de las experiencias más duras de la vida. Se dice que convertirse en padre es como tener el corazón colocado fuera del cuerpo. Hay algo de verdad en esto.

En un sentido muy real, hacer compromisos significa ser capaz de vivir con el propio corazón fuera del cuerpo. Lo que hace posible el

compromiso es una capacidad, bien cultivada, de estar dispuesto a sufrir psicológicamente al servicio de los propios valores. En la medida en que podamos enseñar este tipo de aceptación, podremos liberar a nuestros clientes para que hagan y mantengan compromisos.

Compromiso y self

La fusión con un yo conceptualizado puede, asimismo, presentar serios obstáculos para el progreso. Por ejemplo, un cliente fusionado con el pensamiento "soy un perdedor y nunca termino nada" puede que nunca llegue a emprender un proyecto. Una historia personal que esté basada en una infancia victimizada puede dar como resultado que la persona no confíe en nadie jamás. Como los compromisos, por lo general, implican ponerse en situación de vulnerabilidad, puede que la persona no esté realmente dispuesta a hacerlo y sentirse vulnerable. En cambio, un cliente que sea capaz de ver las historias sobre uno mismo *solo como historias* está en una posición mucho mejor para observar los pensamientos y emociones que surgen a la hora de hacer compromisos y persistir en ellos aun cuando le resulte doloroso.

Compromiso y valores

Los valores son el proceso esencial de la ACT más directamente relacionado con el compromiso. Un compromiso consiste en la relación, momento a momento, entre acciones y valores al servicio de pautas más amplias basadas en valores. Sin un sentido claro de los valores y sin contacto con ellos, el compromiso de acción no puede ser dirigido y recalibrado de manera adecuada a lo largo del tiempo. En tal caso, la conducta irá dando tumbos desde una alternativa de "sentirse bien" a la siguiente. Hay un proceso iterativo entre valores y compromiso que se puede aplicar en el tratamiento. Cuando una persona establece una pauta de valores, se le hacen evidentes nuevas formas potenciales de compromiso de acción. De igual modo, una vez que uno hace y mantiene una serie de compromisos por un período de tiempo, el mundo cambia a su alrededor. Obrar con amabilidad

hacia la propia pareja, con el tiempo, hace que, posiblemente, la conducta de la pareja cambie también. Los cambios en el comportamiento de uno de los compañeros, a su vez, pueden poner de manifiesto distintas direcciones que puede tomar la pareja –distintas pautas de valores–. Construir valores y compromisos de vida se retroalimentan mutuamente dando lugar a un círculo virtuoso.

Qué hacer y qué no hacer en terapia

Aún en caso de recaída, los valores permanecen (hasta que dejan de hacerlo)

No es infrecuente que un cliente pierda de vista un compromiso y, así, caiga en el derrotismo como si eso implicara, en cierta forma, que sus valores fueran defectuosos. Cuando los clientes manifiestan este fenómeno en terapia, la cuestión que el terapeuta plantea es: "¿Cuál de tus valores ha cambiado durante esta recaída?". Es importante hacer que el cliente dé una respuesta muy concreta a la pregunta. Por lo general, ninguno de sus valores habrá cambiado. Los valores básicos, más que cambiarse, se refinan. La confianza en alcanzar pautas de valor, sin embargo, puede cambiar mucho. El cliente, sin duda, está luchando con pensamientos perturbadores ("soy un fracasado, debería rendirme"), sentimientos (vergüenza, rabia) y recuerdos (fracasos anteriores) y, entonces, la pregunta más importante es: "¿Y ahora, qué?". El terapeuta podría decir algo parecido a esto:

"A menos que tus valores hayan cambiado, la respuesta a '¿Y ahora, qué?' es la misma que a '¿Y antes, qué?' Si ahora mismo, en la terapia, estuvieras avanzando en la dirección de tus valores, ¿qué harías? Si te hubieras comprometido a avanzar hacia el oeste y te das cuenta de vas en dirección equivocada y que has retrocedido 10 Km., ¿hay alguna cosa que te impida dar la vuelta a tu vehículo para volver a dirigirte hacia el oeste? Si fueras en coche hacia Santiago de

Compostela y tu mente te estuviera diciendo que el coche iba a estropearse, que la carretera iba a estar cortada más adelante o que te ibas a quedar dormido al volante y te ibas a dar un cacharrazo, ¿seguirías conduciendo hacia el oeste? Si es hacia el oeste hacia donde quieres ir, ¡sube al coche y empieza a conducir!

Esto no significa que los valores no puedan cambiar. Los valores son elecciones y las elecciones se pueden cambiar –pero se cambian mediante una *elección personal explícita*, ¡no simplemente por constatar que se ha producido una recaída!

El cliente, y no el terapeuta, es el que tiene el compromiso de acción

La tarea en relación al compromiso implica pedirle al cliente que se implique en algún comportamiento que suponga algún cambio en su vida. Por eso es importante asegurarse de que el cliente es totalmente consciente de toda la gama de posibles consecuencias por sus acciones basadas en valores. El problema potencial es que el plan de trabajo del terapeuta respecto al cliente puede resultar indebidamente afectado por las elecciones del cliente. El cliente, buscando la aprobación del terapeuta, se implica en acciones sin apreciar su importancia. El terapeuta ACT necesita controlar y prevenirse contra esta infiltración en sus propios valores. A veces resulta conveniente preguntar: "Si yo dejara de trabajar contigo mañana mismo, por alguna razón, y fuera otro terapeuta el que estuviera aquí, contigo, ¿seguirías manteniendo esas acciones, al 100%, con toda certeza? ¿Hay algunas de las que no estarías tan seguro?". El terapeuta necesita estar completamente seguro de que lo que está manejando el cliente son valores y objetivos. Si hay la menor duda, es el momento de volver atrás, otra vez al proceso de elegir valores.

No hacer nada es, también, una elección

Una trampa potencial que, muchas veces, confunde al terapeuta es la tendencia a considerar que el requisito para que la terapia se pueda considerar un "éxito" ha de ser un cambio en la conducta del cliente.

Cuando el cliente renuncia a hacer un compromiso o vuelve a las viejas conductas de evitación, el terapeuta empieza a presionarlo para que siga adelante con los objetivos y acciones. Es algo parecido a lo que suelen hacer los padres cambiando el tono pero sin cambiar el mensaje: si el niño no se porta como se le dice suavemente, entonces se le repite más fuerte. Aunque este enfoque puede que de resultado con algunos niños (¡muy pocos!), lo cierto es que no funciona demasiado bien con clientes. En otras palabras, cuanto más fuerte se empuja al cliente (acto de falta de aceptación por parte del terapeuta), más se resiste el cliente por regla general. En el peor de los casos, el proceso puede terminar en una confrontación mutua, en interpretaciones de "resistencia" e, incluso, en una terminación precipitada por parte del cliente. Es importante que el terapeuta se dé cuenta de que, independientemente de lo cuidadosamente que se haya organizado el escenario para que el cliente elija acciones basadas en valores, esa es una elección que solo el cliente puede hacer. Elegir no seguir adelante con un plan es algo legítimo –de hecho, en realidad, se trata de una elección–. La manera más amable y honesta de trabajar con un cliente en tales circunstancias es apoyarlo completamente, a él y al dilema al que se está enfrentado. El terapeuta podría decir: "Si se tratara de mi vida y yo viera las consecuencias tal como tú las estás viendo, podría imaginarme a mí mismo eligiendo no seguir adelante".

Plegamiento solapado

Siempre hay un riesgo de plegamiento en el trabajo sobre compromisos, lo mismo que en el caso de la intervención sobre valores, y se puede manifestar de muchas maneras. Cuando no ha habido un compromiso de acción y en el caso de que haya una repercusión social importante, los clientes puede que tiendan a considerar el compromiso de acción como un "tengo que": "*Tengo que* hacer esto por mis hijos (o pareja) es un argumento que se invoca frecuentemente, lo mismo que: "Debería hacer algo por mis hijos, por todos los errores que he cometido". Lo más probable es que este tipo

de "motivación" se venga abajo muy pronto, en cuanto surjan las barreras frente a la acción. Una excelente estrategia, para todo tipo de plegamiento consiste en retrotraer el compromiso a los valores del cliente y preguntarle: "Si no hubieras cometido nunca un error como padre –es decir, si tú fueras el mejor padre que haya habido jamás en la faz de la tierra–, ¿sería esta acción algo que *aún* valorarías?".

Tratar el caos emocional

Hacer un compromiso es convocar, casi con total certeza, a una multitud de pensamientos, emociones y recuerdos que dan miedo. Esos estados psicológicos, por lo general, nos sacan del momento presente, se experimentan como algo que debe ser evitado y hacen que perdamos contacto con ese sentido del yo que trasciende el contenido.

Muchas veces, cuanto más importante es la acción desde el punto de vista de los valores, más angustiosas e indeseables son las vivencias internas que aparecen. Una buena opción consiste en dejar el compromiso de acción en "pausa" y dejar que el cliente, simplemente, entre en contacto con los aspectos positivos y negativos del proceso de comprometerse. Pregunta al cliente si han variado sus valores o los experimenta de modo diferente. Utiliza estrategias de defusión y de aceptación para ayudar al cliente a que se enfrente con su tormenta emocional de manea suave, al tiempo que observan los pensamientos como *pensamientos*, los recuerdos como *recuerdos* y las emociones como *emociones*.

Detectar las señales de progreso

Al principio de la terapia, las cuestiones relacionadas con el compromiso pueden dar lugar a elevados niveles de fusión y evitación. Las conversaciones sobre el tema, normalmente, incluyen marcadores de fusión y evitación en palabras tales como *tener que, no poder, siempre* y*nunca*. Los clientes también pueden utilizar muchos *no sé* y otros balbuceos cuando se les pide que indiquen posibles acciones

basadas en su compromiso. La cuestión puede centrarse en predecir si se mantendrán los compromisos o en el miedo de que no sea así. Los clientes que van más lejos manifiestan más fluidez y flexibilidad en su capacidad de indicar pequeños y grandes ejemplos de actos de compromiso y en su capacidad de aceptar emociones, recuerdos y pensamientos dolorosos que surjan a la hora de llevar a cabo el trabajo con el que se comprometen. Esta letanía incluye los dolorosos procesos de fallar en el mantenimiento de los compromisos, aprender del dolor y volver revitalizados al proceso de hacer y mantener los compromisos necesarios. Las principales señales de progreso respecto al compromiso se mostrarán en las pautas cada vez más amplias de acciones basadas en tal compromiso en la vida del cliente y en la flexibilidad a la hora de enfrentarse con las implicaciones emocionales y cognitivas de esa pauta cada vez más amplia.

IV Crear un enfoque científico progresivo

13 La ciencia conductual contextual y el futuro de la ACT

Con el paso del tiempo, las teorías científicas se manifiestan incompletas. Así ha sido, hasta el momento, sin excepción y no hay ninguna razón para creer que la flexibilidad psicológica como modelo o la ACT como método, tal como ahora la entendemos, vaya a librarse del cubo de la basura de la historia. No se trata de crear un monumento teórico o clínico a la inmortalidad; de lo que se trata es de crear avances en nuestro entendimiento científico del comportamiento humano a través de múltiples ámbitos.

En este volumen hemos presentado un conjunto de métodos, un modelo, un conjunto de principios y una filosofía que creemos que puede ser progresiva. Es mucho, pero para quienes tienen lo ojos acostumbrados a mirar el horizonte no debería ser bastante. Necesitamos una estrategia de desarrollo sólida si el objetivo es crear una psicología integral que sea digna del extraordinario desafío que supone la condición humana. En otras palabras, necesitamos descartar las verdades a medias, que son útiles hoy día, para generar mejores ideas y, luego, descartarlas por otras aún mejores. El propósito es construir una secuencia positiva de desarrollo, lo cual es difícil de lograr en la ciencia aplicada. Pero el sufrimiento está presente ahora, y la necesidad de hacerlo es urgente; claro que, sin un plan, los terapeutas así como los investigadores clínicos, tienen que echar mano de lo que esté disponible. Tal tendencia es comprensible pero los avances a largo plazo requieren más; demandan una estrategia que pueda dar resultado.

La comunidad ACT cree tener esa estrategia a la que llamamos enfoque de la *ciencia conductual contextual* (CBS). De hecho, la

comunidad ACT es, en realidad, la comunidad CBS. Y ese es el nombre de su sociedad internacional (Association for Contextual Behavioral Science, ACBS; *www.contextualpsychology.org*) y el centro de todo el trabajo. Sin los investigadores de la RFT, los filósofos contextuales, los evolucionistas, los divulgadores, los estrategas de investigación, los creadores de comunidades y los terapeutas, trabajando todos en concierto, la ACT no sería nada más que una interesante tecnología que, poco a poco, sería asimilada por las mismas tendencias que el campo de la psicología ha venido padeciendo durante décadas.

Una ciencia aplicada no se puede establecer basándose solamente en los meros datos y, mucho menos, en los datos sobre técnicas aplicadas a síndromes o desórdenes. No se puede establecer a partir de teorías sueltas apoyadas en bonitas imágenes del cerebro. No se puede establecer sin la creación de una psicología fuerte y eficaz.

La fascinante conclusión a la que ha llegado la comunidad CBS es la siguiente: La ciencia conductual y su aplicación constituyen un colectivo. Practicantes de psicología básica y aplicada están juntos en el mismo bote; terapeutas e investigadores van en el mismo barco; científicos de la prevención y desarrolladores de tratamientos, juntos, avanzan o se hunden hasta el fondo.

Un enfoque CBS

CBS es un *enfoque de sistemas naturalista e inductivo, basado en las ciencias de la conducta que enfatiza la evolución de la acción integrada histórica y situacionalmente, extendiendo esa unidad sobre niveles de análisis y en el desarrollo de su propio conocimiento.* Como ampliación del análisis conductual tradicional, destaca varios pasos clave (véase Hayes, Levin, Plum, Villatte y Pistorello, en prensa –a; Vilardaga, Hayes, Levin y Muto, 2009). A continuación, reseñamos brevemente cada paso para dar una visión general y, luego, examinamos cada uno de ellos más a fondo.

1. Explica supuestos filosóficos y analíticos. CBS es un enfoque monista, inductivo, basado en el contextualismo funcional, un conjunto de supuestos filosóficos que considera el conocimiento como una actividad pragmática basada en la variabilidad y la selección natural.

2. Desarrolla una descripción básica mediante principios contextuales organizados en teorías analíticas abstractas. CBS se basa en la ciencia evolucionista y, de manera más inmediata, en los principios conductuales, desarrollados por la teoría del marco relacional. El programa científico básico en CBS se fundamenta en la comprobación conductual y neurobiológica mediante un amplio rango de temas de la ciencia básica.

3. Desarrolla modelos de patología, intervención y salud vinculados, cada uno de ellos, a la descripción básica. La flexibilidad psicológica es un modelo unificado sobre el funcionamiento humano, relacionado en cada uno de sus aspectos clave a principios conductuales desarrollados por la RFT y considerados en el contexto de la ciencia evolutiva.

4. Elabora y pone a prueba técnicas y componentes relacionados con procesos y principios. La ACT es un enfoque de intervención basado en métodos específicos que son capaces de promover procesos clave de cambio desde el punto de vista de un modelo de flexibilidad psicológica.

5. Mide procesos teóricos y sus relaciones con la patología y la salud. Continuamente se desarrollan medidas de flexibilidad psicológica y sus elementos se están desarrollando continuamente y se examinan por su relación con el modelo general. Utilidad de tratamiento, utilidad conceptual y coherencia son aspectos clave de las medidas de avance, no la simple consistencia psicométrica.

6. Enfatiza la mediación y moderación en el análisis de impacto. La relación entre métodos de intervención y procesos teóricamente importantes es un aspecto clave; por consiguiente, son igualmente clave los métodos analíticos que se centran en los procesos de cambio, tales

como como estudios de mediación y moderación. Decenas de estudios de ese tipo se han llevado a cabo para poner a prueba aspectos esenciales del modelo de flexibilidad psicológica como un enfoque trans-diagnóstico.

7. Pone a prueba el programa de investigación aplicada en una gran variedad de áreas y niveles de análisis. El objetivo de aplicación de la CBS es amplio –más allá de la ACT (por ejemplo, la aplicabilidad de la RFT en educación es clave respecto al éxito o fracaso final de la CBS; véase Rehfeldt y Barnes-Holmes, 2009, o Cassidy et al., 2011). La propia ACT no puede estar condicionada por la psicología clínica tradicional. Se ha aplicado a una sorprendente variedad de áreas problema, muchas de las cuales (prejuicio, aprendizaje, funcionamiento de organizaciones, etc.) nunca se verán incluidas en las páginas del DSM.

8. Lleva a cabo pruebas tempranas y continuas de eficacia, divulgación y estrategias de entrenamiento. Como corresponde a la filosofía pragmática de la CBS, entrenamiento, divulgación y eficacia se implementan pronto en el programa de investigación. Hablando de manera pragmática, los métodos necesitan ser evaluados en términos de su capacidad para obtener resultados mediante el cambio de prácticas en escenarios del mundo real. No beneficia en nada a la humanidad el crear una intervención equivalente a la limusina dorada que no se puede conducir por los caminos sin pavimentar de nuestros infradotados y desgastados sistemas de prevención y tratamiento.

9. Crea una comunidad de desarrollo abierta, multiforme y no jerárquica. El atrevido programa de CBS requiere toda una comunidad para abarcarlo y se ha utilizado el modelo de flexibilidad psicológica para sugerir cómo se podría llevar a cabo tal empresa. Ampliando el modelo al trabajo de las organizaciones, la comunidad CBS ha crecido enormemente en los últimos años.

En este capítulo vamos a examinar brevemente cada uno de esos puntos para valorar en qué grado se está logrando el progreso.

Explica supuestos filosóficos y analíticos

En el capítulo 2 hemos dedicado algún tiempo a cuestiones de filosofía de la ciencia y a la naturaleza del contextualismo funcional, un tipo de pragmatismo psicológico que amplía el "conductismo radical" de Skinner (Hayes, Hayes y Reese, 1988). Nosotros definimos el núcleo básico del contextualismo como el acto-en-contexto y su criterio de verdad como "funcionando adecuadamente"; y, además, distinguimos el contextualismo funcional por su objetivo: la capacidad de predecir y de actuar –con precisión, visión y profundidad– sobre organismos como un todo interactuando en y con un contexto considerado desde el punto de vista histórico y situacional (Hayes, 1993).

Cada uno de los aspectos de la ACT, RFT y, más en general, de la CBS resulta afectado por esos supuestos. Consideremos, por ejemplo, la idea de que pensamientos y sentimientos no sean causas de la acción. Los contextualistas consideran las causas como una forma de hablar para conseguir resultados –no existen como entidades independientes del contexto–. Para empezar, cada "causa" tiene que asumir un contexto en el que se dé una reacción. Un escape de gas puede "causar" que el calentador de agua del sótano explote, pero nadie menciona la necesaria presencia de oxígeno –se da por supuesto–. Cuando se suelda metal combustible en un vacío, uno podría decir: "Ha sido una pérdida de vacío lo que ha causado la explosión", pero nadie menciona la chispa de la soldadura –de nuevo, se da por supuesto–. Una explosión necesita combustible, oxígeno, calor y una fuente de ignición, pero ninguno de esos factores, de forma individual, es la causa de la explosión, sino que todas juntas *son* una explosión.

De modo semejante, los teóricos de la ACT rechazan la idea de que pensamientos y sentimientos causen acciones porque tal idea supone un contexto en el que se mantenga tal relación; y hasta que el contexto esté especificado, no se puede conseguir el objetivo de predecir *e influir* en la conducta. Una vez que está especificado, el mismo hecho de que se mantenga solo en un contexto particular, pone de manifiesto que pensamientos, sentimientos y acciones son todos ellos variables dependientes, no características contextuales variables que podrían ser variables "independientes". La causación mental, de ese modo, se considera inherentemente incompleta hasta que las variables contextuales estén especificadas, lo que, en principio, permitiría alcanzar el objetivo de "influencia" (Biglan y Hayes, 1996). Los teóricos de la ACT están interesados en los contextos históricos y situacionales que dan lugar a los pensamientos *y a sus relaciones mutuas con emociones y acciones.* La parte en cursiva de la frase anterior es lo que, con mayor frecuencia, se pierde de vista en los modelos tradicionales y es un tema clínico prioritario en ACT.

Sin embargo, se debe hacer una advertencia respecto a los supuestos. Hay una tentación muy fuerte de utilizar la filosofía para expulsarlos del propio campo filosófico (p. e., contextualistas criticando a realistas elementales). Esta tendencia es una forma especialmente deliciosa de actividad inútil. Si uno critica los *supuestos* y *valores* del adversario intelectual, lo hace en virtud de un análisis basado en sus propios supuestos y valores, por lo general, ocultos. Es el equivalente adulto del reproche infantil: "nanay, nanay, nananananay". La burla puede ser muy graciosa pero no es honesta.

Por definición, los supuestos no son los *resultados* de un análisis –sino que ellos posibilitan el análisis–. En efecto, uno no puede decir honestamente: "Mis supuestos y valores encajan mejor con mis parámetros que tus supuestos y valores; por lo tanto, mis supuestos y valores son mejores". Lo único que se puede decir, honestamente, es que "estos son mis supuestos; descriptivamente (no evaluativamente) esto es lo que ocurre cuando tienes estos en lugar

de aquellos". De manera semejante, cuando chocan supuestos alternativos, las diferencias tanto se pueden indicar de manera no evaluativa como se pueden adoptar temporalmente los supuestos de la otra parte para ver si se han aplicado consistentemente o ver que consecuencias tienen en relación a nuestros propósitos. Cualquier otra cosa es dogmatismo.

Si hemos de ser sinceros, Skinner era dogmático en este sentido, al afirmar que el propósito de la ciencia era la predicción y el control (Skinner, 1953, p. 35) en vez de decir, simplemente, que esos eran *sus* objetivos como científico. James era dogmático de una manera semejante, por ejemplo, cuando sostenía la utilidad de la experiencia religiosa pero sin relacionar esa evaluación a ningún objetivo previo. Los supuestos del contextualismo funcional no son verdaderos, falsos ni correctos; en vez de eso, son, sencillamente, "el punto en el que nos encontramos". Nosotros queremos decir lo que son y hacernos responsables de ellos.

Los críticos de la ACT suelen dejar de lado este tema en su propia psicología y, como resultado, su crítica puede resultad dogmática. Casi siempre, los realistas elementales sostienen la verdad de su posición mientras pierden de vista los propios supuestos que les permiten a ellos argumentar de esa forma. Las críticas a la ACT basadas en estas diferencias filosóficas suelen convertirse en argumentos tangenciales e inútiles. Por ejemplo, se pierde mucho tiempo debatiendo si los pensamientos son conductas (una cuestión meramente definitoria) o si los pensamientos causan las acciones (ídem: todo es cuestión de lo que se entienda por *causa* y el papel que el término y el concepto desempeñen filosóficamente). Una crítica inesperada de este tipo (dado todo el tiempo dedicado en la comunidad CBS a organizar un programa experimental de la cognición) es la idea de que la ACT, de alguna manera, cuestiona si la cognición existe o si es importante en lugar de partir de una posición realista elemental. Esta clase de discusiones son contraproducentes porque ocultan la verdadera cuestión, es decir, los supuestos.

Hay otras razones para especificar los supuestos: ayuda a tender puentes entre amigos que hablan en distintos términos o que se refieren a los fenómenos desde otro nivel de análisis (p. e., biológico, sociológico, antropológico) pero que comparten los supuestos básicos. Como decimos siempre, la CBS comparte los supuestos de todo tipo de ciencias evolucionistas. De hecho, uno puede considerar el conextualismo funcional como una simple forma de tratar con la filosofía de la ciencia basada en los principios de variación y selección natural. Como la propia evolución, el resultado que importa es un trabajo fructífero y todos los demás conceptos y términos son secundarios; pero, a diferencia de los procesos inconscientes de la evolución, nosotros podemos relacionar un trabajo fructífero con los criterios que seleccionamos, tanto desde el punto de vista científico como clínico. Este libro no es el lugar adecuado para desarrollar plenamente estas ideas pero las vamos a ampliar algo en los dos apartados siguientes.

Desarrolla una descripción básica mediante principios contextuales organizados en teorías analíticas abstractas

Se ha dedicado mucho tiempo al desarrollo de la RFT debido a un compromiso con la idea de que los principios centrados en rasgos contextuales variables (es decir, en la historia y la situación) eran necesarios para entender la cognición humana. La RFT sostiene que las respuestas relacionales derivadas surgen de la combinación de una capacidad desarrollada genéticamente y un historial de refuerzos por parte de una comunidad social. Este modo totalmente evolucionista de analizar el lenguaje y la cognición se basa solamente en la variación y selección a nivel filogenético y ontogenético.

La RFT es una teoría, pero no hipotético-deductiva. Más bien, es una teoría analítico/abstractiva, una especie de conjunto superior de análisis funcional. Un suceso verbal es, sencillamente, algo que tiene una función psicológica porque forma parte de un marco relacional, una unidad de respuesta aprendida. Esta sencilla definición pone en orden la línea de separación entre sucesos verbales y no verbales. Por

ejemplo, las reglas verbales son "verbales" porque sus efectos dependen de que sus elementos estén en marcos relacionales. Gestos, signos y gráficos son "verbales" si sus efectos dependen de su participación en marcos de relación, pero son "no verbales" si no es ese el caso. La "mente" humana es una manera de hablar de nuestro repertorio de marcos de relaciones.

Lo complicado del asunto es que, definida de esta manera, la mayor parte de la conducta humana es verbal, al menos hasta cierto punto. La respuesta relacional derivada cambia el modo de operar de otros procesos generales de aprendizaje y, de este modo, se amplía el foco cuando se trata de analizar conductas humanas. Si miramos a un árbol y vemos un A-R-B-O-L, una "planta" que realiza una "fotosíntesis" y tiene una determinada "estructura celular" y demás, entonces ese árbol está funcionando como estímulo verbal para el observador. A los humanos les resulta difícil evitar la naturaleza derivada de la función estimular en su mundo porque incluso los estímulos "no verbales" se convierten en verbales, al menos parcialmente, cuando entran a formar parte de un marco de relaciones. Muchas de las cosas que conocemos, las "conocemos" solo verbalmente.

La palabra *conocer* tiene una etimología interesante. Proviene de dos raíces latinas diferentes: *gnoscere*, que significa "conocer a través de los sentidos" y *scire*, que significa "conocer a través de la mente". Bajo el punto de vista tradicional, conocer mediante la mente (conocer las cosas conscientemente) resulta familiar y seguro. Son los procesos inconscientes y no verbales los que resultan extraños y difíciles de entender. En un enfoque CBS, ocurre al revés: conocer por experiencia directa o mediante conducta modelada por contingencias, es algo que los psicólogos entienden bastante bien. El conocimiento verbal, o "conocimiento mediante la mente", resulta más difícil de entender.

La teoría del marco relacional considera el conocimiento verbal como resultado de redes altamente elaboradas e interconectadas derivadas de las relaciones estimulares. De eso es de lo que están llenas las "mentes". Esas respuestas relacionales permiten un tipo de actividad que no podría tener lugar de otra manera, pero cuando no están controladas por el contexto, se convierten en el germen del sufrimiento humano.

Acordes con la unidad de análisis en RFT, los métodos de ACT ponen de relieve los cambios en las funciones del lenguaje debidos a cambios en su contexto. La comunidad socio-verbal llamada "psicoterapia" funciona, en parte, porque es capaz de establecer nuevos contextos en los cuales las relaciones cognitivas existentes tienen una función distinta.

El tema de CBS y evolución es lo bastante importante para hacer algunas consideraciones sobre la manera en que el esfuerzo por desarrollar la RFT encaja en la historia de la psicología conductual y las perspectivas biológicas. En los años 1970, la teoría de los procesos generales de aprendizaje dejó de tener aceptación, en parte, por su fracaso en superar el tema de cómo se puede situar la selección ontogenética dentro de la evolución genética. Un buen ejemplo es el de Seligman (1970) que, basándose en temas tales como la aversión gustativa (Garcia, Ervin y Koelling, 1966), señaló la irrelevancia de las explicaciones generales: "Tenemos razones para sospechar que las leyes del aprendizaje descubiertas utilizando la presión de una palanca y la salivación puede que no se sostengan" (Seligman, 1970, p. 417). El lenguaje y la cognición fueron tratados de manera semejante: "El condicionamiento instrumental y el clásico no son adecuados para el análisis del lenguaje" (p. 414). Seligman fue solo un ejemplo entre muchos. A medida que el proceso aumentó como una bola de nieve, se llegó a la conclusión de que "*todos* los resultados de la literatura tradicional sobre condicionamiento se deben a la operación de procesos mentales más elevados, tal como se asume en

la teoría cognitiva" (Brewer, 1974, p. 27; se ha añadido la cursiva). La revolución cognitiva estaba en marcha, a toda máquina.

Aunque estos supuestos límites biológicos a la teoría del aprendizaje dejaban de lado la psicología conductual, tampoco se despertaba el interés por el nuevo enfoque cognitivo. Los psicólogos evolucionistas, finalmente, entraron en el callejón sin salida de la enorme cantidad de datos de hipotéticas adaptaciones genéticamente especializadas (Tooby y Cosmides, 1992). Tal enfoque ha resultado muy difícil de relacionar con las preocupaciones clínicas y ha distanciado aún más la corriente principal de la psicología de la evolución biológica.

La perspectiva CBS considera que el lenguaje humano es el resultado de procesos de selección filogenéticos y ontogenéticos, considerados cada uno de ellos en términos meramente selectivos. La RFT proporciona un enfoque general aceptable a nivel ontogenético en el que pueden encajar procesos más especializados. Después de todo, a pesar del cinismo de la psicología evolucionista sobre los procesos generales, hay que recordar que la propia evolución es un postulado.

La utilidad que se desprende del aprendizaje relacional confiere ventajas adaptativas en el contexto de especies cooperativas pero en este volumen sostenemos que los procesos de fusión y evitación vivencial han sido respaldados en exceso, lo que ha llevado a un estrechamiento de repertorios y a criterios de selección inadecuados. De este modo, el objetivo de la ACT es producir variaciones saludables y flexibilidad para maximizar el contacto efectivo con el entorno actual y permitir que el propósito y la intención entren dentro de los procesos de selección y retención conductual. Este punto de vista es totalmente consistente con la ciencia evolutiva (Jablonka y Lamb, 2005; Wilson, 2007), y el futuro parece que incluirá con certeza una alianza creciente entre ACT, CBS y ciencia evolutiva (para ejemplos de avances en este sentido, véase Monestés, 2010; Vilardaga y Hayes, en prensa; Wilson Hayes, Biglan y Embry, 2011).

Desarrolla un modelo de patología, intervención y salud vinculado a principios conductuales

El modelo de flexibilidad psicológica está ideado para que le resulte asequible al terapeuta. Una de las características de un enfoque CBS respecto al desarrollo y utilización del conocimiento es la necesidad de "términos de un nivel medio" relacionados con informes técnicos. Cada uno de tales términos en el modelo de flexibilidad psicológica está relacionado con la RFT y los principios del comportamiento pero la utilización de términos de nivel medio significa que el terapeuta no necesita conocer en profundidad los principios conductuales o los trabajos internos de la RFT para empezar a aplicarlos en la clínica.

El lector ha detectado en este volumen una fluctuación entre un lenguaje accesible dentro de la ACT y el análisis teórico más hermético que existe en otro nivel. Es relativamente fácil especificar el modelo de flexibilidad psicológica de manera distendida y accesible. Los seis procesos utilizados en el libro son términos de nivel medio: el yo-como-contexto, momento presente, defusión, aceptación, valores, compromiso de acción. Están diseñados para resultar asequibles. Sin embargo, por debajo de las apariencias hay un informe completamente técnico. El lector atento lo ha atisbado, de vez en cuando, a través de estas páginas. En la medida en que los terapeutas se interesen realmente en ACT, empezarán a tratar de entender, de forma natural, la RFT, los principios conductuales y el contextualismo funcional. Al hacerlo, profundizarán en su trabajo clínico. Se han escrito libros enteros sobre la manera de equilibrar la RFT y los principios conductuales a nivel clínico (p. e., Törneke, 2010). Cualquier sistema que requiera un conocimiento técnico de esta clase como portal de entrada, está condenado a ser irrelevante. Cualquier sistema que no esté basado en un conocimiento técnico de esta clase, está condenado a una falta de coherencia y progreso. La estrategia CBS intenta evitar esos dos posibles escollos.

Hay un último punto que merece la pena mencionar. Parece que ahora se acepta ampliamente que se dan contingencias evolutivas en múltiples niveles: entre individuos y entre grupos (Wilson, 2006). Las adaptaciones individuales son ventajosas a nivel local e, inherentemente, favorecen el egoísmo; las adaptaciones de grupo son desfavorables a nivel local pero facilitan la cooperación (Wilson, 2007). Esta última conclusión se puede mostrar experimentalmente.

Imagina que eres dueño de una granja de gallinas ponedoras y quieres que produzca muchos huevos. En una granja de este tipo, las gallinas están almacenadas a razón de nueve por jaula. En una condición experimental, dejas que solo las mejores ponedoras puedan reproducirse; en otra, permites que solo se reproduzcan las mejores jaulas de nueve aves. En la primera condición, todas las aves son buenas ponedoras; en la última, algunas aves son muy malas ponedoras. Hazte la siguiente pregunta: Después de cinco o seis generaciones, ¿qué estrategia de reproducción proporcionará más huevos? La sorprendente pero ilustrativa respuesta es que el sistema centrado en jaulas completas obtiene, con mucho, mejores resultados (p. e., Muir, Wade, Bjima y Ester, 2010). La razón es que el criterio de selección individual lleva a una lucha continua dentro de las jaulas, a altas tasas de mortandad atribuibles a los ataques y a elevados niveles de estrés en las aves supervivientes. Las gallinas individuales que ponen muchos huevos no son, forzosamente, buenos componentes de un equipo. De hecho, puede que sean tan buenas, en parte, porque tal vez intimiden a otras aves para conseguir más alimento a expensas de sus compañeras de jaula. A la inversa, en las jaulas que constituyen un entorno altamente productivo de huevos, las gallinas saben llevarse bien. Después de cinco o seis generaciones, las aves son tranquilas y cooperadoras.

De forma semejante, muchas características distintas de la experiencia humana puede que estén compitiendo, en un momento dado, separadas unas de otras por el propio lenguaje. Nuestros impulsos, acciones, sentimientos y pensamientos están todos alojados

en una cooperativa llamada "ser humano". Los procesos de inflexibilidad psicológica, tales como la evitación vivencial, la fusión cognitiva o el yo conceptualizado determinan criterios de selección individual que invitan a la lucha interna y a los ataques al yo. Evitación vivencial significa que la tristeza no es bienvenida. Fusión significa que la ambigüedad y la confusión no son bienvenidas. Un yo conceptualizado significa que el material que contradice la propia narrativa no es bienvenido.

Los procesos de aceptación y atención consciente son como decirle a toda una jaula de gallinas psicológicas: "Aquí, cada una forma parte del grupo; así que ¡vamos a poner huevos!". En esencia, la ACT intenta situar los criterios de selección (acción basada en valores) al nivel de toda la persona (el colectivo de las vivencias), y las luchas internas se descartan retirando los beneficios individuales que mantienen esas luchas (p. e., "tener razón", alimenta inadvertidamente la fusión; la reducción temporal de sentimientos no deseados, alimenta inadvertidamente la evitación vivencial). El enfoque ACT busca promover la cooperación interna y la totalidad, y eso se corresponde con lo que la ciencia evolucionista nos dice que es clave para el desarrollo del altruismo y la cooperación en los sistemas colectivos.

Elabora y pone a prueba técnicas y componentes relacionados con procesos y principios

El modelo de flexibilidad psicológica proporciona el andamiaje conceptual para elaborar e implantar tecnologías y componentes de tratamiento en ACT. Se han llevado a cabo muchos estudios reducidos sobre componentes de la ACT y se ha examinado su relación con procesos de cambio específicos. Este enfoque es una estrategia adecuada. En pruebas sobre un conjunto entero de componentes no se pueden revisar adecuadamente las relaciones entre los distintos componentes, procesos o principios y, además, los estudios pormenorizados a gran escala son caros y, por lo general, llevan varios años lo que limita su impacto.

Hay datos sobre componentes o métodos en cada una de las principales áreas del modelo de flexibilidad psicológica. Tales áreas incluyen la defusión (p. e., Masuda, Hayes et al., 2009), aceptación (p. e., Levitt, Brown, Orsillo y Barlow, 2004), yo-como-contexto (Williams, 2006), flexibilidad de la atención en el presente (p. e., Laner y Moldoveanu, 2000) y valores (Cohen et al, 2006). Además, el modelo de flexibilidad psicológica ha mostrado una gran utilidad, más allá de la ACT per se (p. e., Bonano et al., 2004; Moore y Fresco, 2007).

Cada proceso de ACT cuenta, al menos, con un estudio y, la mayoría, están respaldados por varios. Algunos de tales estudios son, efectivamente, pequeños ensayos clínicos. Por ejemplo, Levitt y colaboradores (2004) encontró que pacientes con trastorno de pánico expuestos a métodos de ACT estaban más dispuestos a participar en exposición a sensaciones de pánico. Los métodos ACT se han comparado con los métodos tradicionales de CBT, métodos psicoeducativos, distracción, supresión y relajación, entre otras posibles influencias. Algunos estudios se han centrado en cuestiones clave de tratamiento. Por ejemplo, McMullen y colaboradores (2008) encontraron en un estudio controlado que, aunque un argumento ACT era eficaz para aumentar la tolerancia al dolor en comparación con técnicas distractoras o una situación en la que no se daban instrucciones, resultaba aún más eficaz cuando se le añadían metáforas y ejercicios de ACT. Masuda, Hayes y colaboradores (2009) encontraron que un ejercicio de defusión basado en la repetición de una palabra reducía la angustia y la credibilidad de los pensamientos con autoevaluaciones negativas. Los autores descubrieron también que la credibilidad disminuía más despacio que la angustia, con un máximo de reducción cuando el ejercicio de repetición duraba unos 30 segundos.

Estos estudios, muy pragmáticos y conceptualmente interesantes, proporcionan una evidencia mayor de que los procesos especificados en el modelo ACT generan componentes que funcionan de una forma

coherente. La dimensión de los efectos varía según las comparaciones específicas pero son positivos de manera casi uniforme.

La relación entre técnica y teoría resulta tan central que tiene poco sentido considerar la ACT solo como una técnica. La ACT es la aplicación del modelo de flexibilidad psicológica. Considerar la ACT como una mera colección de técnicas limita mucho su valor potencial y puede hacer que resulte más difícil ponerla en práctica de manera eficaz.

Entre otras razones, incluso los enfoques de tratamiento bien desarrollados, evolucionan. La comunidad ACT, extendida por todo el mundo, incluye a miles de terapeutas, investigadores y estudiantes. Casi cada semana, alguien añade, quita o mejora algún elemento técnico de la ACT dentro del modelo general de la ACT. A medida que más y más terapeutas muestran su interés por el enfoque, este proceso parece acelerarse. Se han retocado muchos matices de la ACT para adecuarla a distintos problemas o situaciones. Cuando se trabaja en una organización, con una limitación de cuatro o cinco sesiones en total, es necesario enfatizar algunos elementos del enfoque mientras que otros tienen que ser reducidos en gran medida, en comparación con lo que sería una situación de trabajo con un cliente externo en la que se puede contar con más sesiones. Se puede hacer ACT fuera de la terapia en sí, en lo que se suele llamar entrenamiento en aceptación y compromiso (denominación que también se corresponde con las siglas ACT: "Acceptance and Commitment Training"). La ACT parece muy distinta en contextos organizacionales (Flaxman y Bond, 2010) en comparación con la ACT para la adicción a la pornografía (Twohig y Crosby, 2010). La ACT para el dolor crónico en pediatría (Wicsell, Melin, Lekander y Olsson, 2009) parece distinta de la ACT para psicosis (Bach y Hayes, 2002; Gaudiano y Herbert, 2006). Si la ACT *fuera* solo una técnica, ¿cuál de ellas sería?

Cuando se considera la ACT como una mera técnica, se da también la tendencia de aplicarla "de acuerdo con el manual". En pruebas aleatorias controladas es necesario utilizar el manual para entrenar a

terapeutas ACT pero los terapeutas ACT experimentados saben modificar los procedimientos para adecuarlos a las necesidades de un cliente concreto en un momento determinado. Por eso, justamente, es por lo que hemos organizado este libro tal y como lo hemos hecho. Si la ACT no fuera más que un conjunto de técnicas definidas topográficamente, tendríamos que afirmar que un terapeuta experimentado, bailando suelto y a su ritmo a lo largo del modelo, no estaría haciendo ACT mientras que un terapeuta novato, siguiendo el manual, estaría haciendo "verdadera" ACT. Pero tal cosa no tendría sentido. El terapeuta ACT eficaz utiliza la ACT según una *definición funcional*, no meramente según una *definición topográfica*.

El estilo y operatividad de la ACT sobrepasa la rancia separación con la que hemos vivido durante muchas décadas en nuestro campo. Creemos que la ACT ofrece algo a los profesionales de la salud mental de todas las tradiciones. Se toma muy seriamente los temas clínicos más profundos y sigue un modelo de desarrollo muy cuidadoso.

El discutido cisma entre ciencia y práctica no es atribuible a una falta de interés entre clínicos respecto a lo que la ciencia tiene que ofrecer; más bien, refleja una desconexión entre la agenda de los investigadores clínicos y los clínicos. Los clínicos necesitan un conjunto limitado de principios relacionados con las técnicas, que les digan qué componentes son importantes, cuándo deben ser usados y qué procesos de cambio son críticos. Pero no es eso lo que la investigación clínica les ofrece porque no hay incentivos académicos para tales procesos de simplificación. Las carreras investigadoras están en la cuerda floja, la permanencia está en juego y es necesario amontonar publicaciones, unas encima de otras. Este tipo de situación favorece el expansionismo, no el principio de parsimonia.

La tecnología solo puede dar resultado en circunstancias limitadas. No hay nada malo en las recetas de cocina, pero la psicoterapia y el cambio de conducta *no* son situaciones limitadas. Necesitamos hacer algo más que reunir un libro de recetas de procedimientos psicológicos: necesitamos entender el sufrimiento humano y la mejor

manera de tratarlo. Necesitamos una teoría de la capacidad humana para mejorarla todo lo posible. Y para ello necesitamos una estrategia que pueda llevarnos a la simplificación, no a la fragmentación. Necesitamos modelos unificados de diagnósticos transversales que funcionen realmente, de manera que el terapeuta pueda aprender un pequeño conjunto de cosas relacionadas en vez de un conjunto casi infinito de cosas sin relación aparente. Este era el objetivo de la ACT desde el principio: un enfoque capaz de tratar un conjunto amplio de preocupaciones humanas, basado en un una filosofía clara y un entendimiento científico sólido del funcionamiento adaptativo y del inadaptado.

Mide procesos teóricos y sus relaciones con la patología y la salud

El objetivo del contextualismo funcional no solo requiere que predicciones y métodos de influencia sean precisos sino también que tengan alcance. Para ello se requiere una buena teoría, no solo buena tecnología. Una cosa es elaborar métodos basados en principios y procesos y otra, poner a prueba la relación entre principios, teoría y componentes y paquetes de tratamiento. Para poder conseguir ese objetivo, uno debe disponer de medidas de los procesos de pensamiento clave involucrados en la dificultad psicológica y ser capaz de examinar su relación con la psicopatología y el comportamiento.

Existe una razón por la cual las teorías en psicología rara vez desaparecen una vez que se han hecho populares. Una vez que se ha constituido una teoría, resulta muy difícil de falsear porque cualquier prueba mantiene la forma en que son aplicados y medidos los conceptos. Consideremos un concepto como, por ejemplo, *refuerzo*. Existe una relación muy estrecha entre observaciones, medidas y el propio término. Si un elemento no funciona como refuerzo, es casi imposible poder echarle la culpa a la precisión de la definición del término o a la forma en que ha sido medido. Pero es muy distinto lo que ocurre con otros términos utilizados normalmente en psicología. Si, digamos, una medida de autoestima no arroja los resultados

predichos, siempre se pueden cuestionar las medidas de la autoestima o las condiciones bajo las que se hicieron las mediciones. En una estrategia CBS, el empleo deliberado de términos de uso común supone un peligro semejante, pero la estrategia CBS procura minimizarlo al asociar esos términos con procesos conductuales básicos y asegurando la relación entre términos teóricos y las condiciones de medida, de manera que los problemas empíricos se puedan atribuir a la teoría más que a cuestiones referidas a las condiciones bajo las cuales se realizó la prueba (Hayes, 2004).

Se están desarrollando medidas de procesos importantes de ACT a toda velocidad. Este libro quedaría rápidamente desfasado si cubriera por completo todas las medidas existentes y solo hemos mencionado una cuantas en la parte principal del libro. El abuelo de las medidas de ACT es el "Cuestionario de aceptación y acción" (*Acceptance and Action Questionnaire*, AAQ; Bond et al., en prensa; Hayes, Strosahl et al., 2004). El AAQ examina aceptación, defusión y acción. La medida general no está libre de contenidos –sus componentes incluyen medidas de ansiedad y depresión– pero valora la evitación vivencial y la flexibilidad psicológica de una manera amplia y predice con éxito muchas formas de psicopatología (Hayes et al., 2006). Con protocolos específicos, el AAQ puede ser muy amplio y, como resultado, han aparecido muchas versiones del AAQ dirigidas a pensamientos, sentimientos o acciones problemáticas concretas que se relacionan con áreas específicas de funcionamiento. El número de formas específicas es ahora muy amplio, incluyendo dolor crónico (McCracken et al., 2004), epilepsia (Lundgren et al., 2008), diabetes (Gregg, Callaghan, Hayes y Glenn-Lawson, 2007), sobrepeso (Lillis y Hayes, 2008) psicosis (Shawyer et al., 2007), tabaquismo (Gifford et al., 2004) y consumo de drogas (Luoma, Drake, Kohlenberg y Hayes, en prensa). Existen medidas para valorar la defusión en distintas áreas (p. e., Varra et al., 2008; Wicksell et al., 2008, Zettle y Hayes, 1986). Asimismo, empiezan a aparecer medidas de valores (p. e., Lundgren et al., 2008, Wilson, Sandoz, Kitchnes y Roberts, 2010). Están proliferando las medidas de

atención consciente –mindfulness– que se sabe que se pueden aprovechar para procesos de ACT (Baer et al., 2004, 2006). Los investigadores también están empezando a identificar procesos ACT en la conducta que se manifiesta en sesiones de psicoterapia (Hesser, Westin, Hayes y Andersson, 2009) o a desarrollar medidas implícitas de procesos de ACT (p. e., Levin, Hayes y Waltz, 2010). Medidas sobre toma de perspectiva están cambiando nuestro modo de pensar en el sentido del self (p. e., McHugh et al, 2007).

Los procesos del modelo, hasta ahora, han explicado bastante bien la psicopatología y la adaptabilidad humanas. Apenas transcurre una semana sin que algún investigador publique un estudio relevante para las demandas básicas del modelo de flexibilidad psicológica. Más allá de las meras correlaciones, la flexibilidad psicológica parece ofrecer una sistematización de tal manera que ayuda a organizar distintos aspectos de las publicaciones (para revisiones empíricas y conceptuales, véase Boulanger, Hayes y Pistorello, 2010; Hayes et al., 2006; Kashdan y Rottenberg, 2010).

La flexibilidad psicológica regula la tolerancia a la angustia y la persistencia en tareas experimentales (Cochrane et al., 2007; Zettle, Petersen, Hocker y Provines, 2007). Pero la inflexibilidad no es un mero correlato de patología; más bien es un factor de vulnerabilidad que predice pobres resultados longitudinalmente, controlando cómo estaba actuando la persona en el punto inicial de la valoración (p. e., Bond y Bunce, 2003; Marx y Sloan, 2005). Las personas psíquicamente rígidas responden pobremente a las experiencias desafiantes de la vida como el hecho de tener un miembro de la familia con demencia (Spira et al., 2007) o vivir en una zona de conflicto bélico (Morina, 2007). Tienen menos sucesos positivos con el tiempo y menos emociones positivas y experimenten una menor satisfacción vital (John y Gross, 2004; Kashdan et al., 2006). La evitación vivencial y la flexibilidad psicológica median el impacto de diferentes estrategias de regulación (p. e., Tull y Gratz, 2008). Por ejmplo, Kashdan y colaboradores (2006) encontraron que el impacto de estrategias de

afrontamiento, como la reestructuración cognitiva en la relación entre ansiedad y resultados vitales venía mediada en su totalidad por la evitación vivencial y la flexibilidad psicológica.

Enfatiza la mediación y moderación en el análisis de impacto

Mediación y moderación examinan la utilidad y coherencia de la relación entre teoría, tecnología y resultados. Para la CBS y la ACT no es importante tener siempre más éxito que otros enfoques –de hecho, no siempre ha sido así (p. e., Forman, Hoffman et al., 2007, encontraron que la ACT no era mejor para tratar el impulso de comer cuando la persona no estaba dominada por la comida). Lo que es importante es que el modelo sea capaz de justificar las diferencias de manera que investigadores y clínicos tengan un objetivo para el desarrollo de procedimientos empíricos relacionados con procesos empíricos (Rosen y Davison, 2003). Los investigadores ACT se han comprometido con la exploración de la mediación y la moderación de una manera más consistente y durante más tiempo que ninguna otra tradición empírica. Tal afirmación puede parecer un poco atrevida pero es muy fácil de documentar.

Ahora existen cerca de dos docenas de análisis formales de mediación de ACT, incluyendo los que han sido analizados y redactados pero que aún están sin publicar. Mediadores eficaces de ACT incluyen medidas generales o específicas de aceptación y flexibilidad psicológica (p. e., Gifford et al., 2004; Gregg, Callaghan, Hayes y Glenn-Lawson, 2007; Lappalainen et al., 2007; Lillis y Hayes, 2007; Lundgren et al., 2008), defusión (p. e., Gaudiano, Herbert y Hayes, 2010; Hayes, Strosahl et al., 2004; Lundgren et al., 2008; Varra et al., 2008; Zettle y Hayes, 1986) y valores (p. e., Lundgren et al., 2008), entre otros. A lo largo de los estudios disponibles hasta el momento, menos de la mitad de las diferencias observadas vienen mediadas por niveles pos-tratamiento de flexibilidad psicológica o sus componentes (Levin et al., 2010).Estos resultados no se dan solo en ACT frente a una lista de espera. Por ejemplo, Zettle, Rains y Hayes (2011) examinaron formas de grupos de ACT frente a terapia

cognitiva de depresión de Beck (Beck., Rush, Shaw y Emery, 1979). La ACT produce mejores resultados que fueron mediados por niveles diferenciales de fusión cognitiva. Además, en cada caso de los que hasta ahora se tiene conocimiento, cuando otros mediadores tomados de otras perspectivas diferentes se aplicaron a intervenciones ACT, no dieron resultado o el resultado no fue tan satisfactorio como en el caso de los que se derivaban de la teoría de la flexibilidad psicológica.

Ha habido mucha confusión sobre el significado de la mediación. Estadísticamente hablando, los mediadores eficaces requieren una relación entre el tratamiento y el mediador así como una relación entre el mediador y el resultado *controlada por el tratamiento*. Este requisito significa que, a diferencia de los procesos tradicionales de análisis basado en correlaciones, la mediación no puede darse simplemente debido a la socialización de un modelo de tratamiento y su lenguaje porque tales mediadores no se relacionan con el resultado, controlado por el tratamiento. En otras palabras, si el mediador no se relaciona con el resultado incluso en el grupo de control, no es probable que el mediador sea eficaz.

La mediación, sin embargo, rara vez es motivo de causación. En psicología, con diferencia, los mediadores más comunes son medidas de proceso proporcionadas por los clientes (autoinforme, conductual, neurobiológico, etc.) Teóricamente, se trata de variables dependientes importantes. Si embargo, como señalábamos en el capítulo 2, pensar en variables dependientes como elementos causales puede frenar la búsqueda de variables independientes cambiantes (Hayes y Brownstein, 1966). Lo que proporciona el análisis de mediación, en cambio, es la oportunidad de detectar vías funcionalmente relevantes.

Es preciso señalar que la mayoría de los estudios mediacionales de ACT (pero no todos; p. e., Gifford et al., 2004; Lundgren et al., 2008; Zettle y Hayes, 1986, revisado en Hayes et al., 2006) han medido mediadores después de que los resultados hayan cambiado, lo que significa que los mediadores podrían haber cambiado debido al

cambio de los resultados y no al revés. Los análisis mediacionales que no violan la temporalidad son especialmente útiles para detectar vías funcionalmente relevantes pero sería erróneo desestimar la importancia de los análisis mediacionales que *sí* violan la temporalidad. Esto es así porque, con todas las ventajas estadísticas que proporciona una violación de la temporalidad, un análisis mediacional debería ser consistentemente eficaz en tales casos. Así, para un método cualquiera de intervención, la amplia mayoría de estudios de resultado debería mostrar una mediación eficaz por parte de un pequeño conjunto de conceptos. Si no es ese el caso, debe haber algo erróneo, bien sea en la teoría o en la medida de sus conceptos. Ambos fallos son lo que se debe corregir, no las críticas al tratamiento. Hasta donde sabemos, por el momento, la ACT es el único método clínico actual capaz de pasar esta prueba.

También se ha examinado la moderación en la literatura ACT pero es necesario llevar a cabo más trabajos. Los moderadores identifican quién responde a cuál tratamiento. Masuda y colaboradores (2007) encontraron que la psicoeducación era menos eficaz en la marginación causada por enfermedad mental cuando los sujetos informaban de mayores niveles de evitación vivencial en comparación con la ACT. Forman, Hoffman y colaboradores (2007) encontraron que los resultados de una intervención con ACT del impulso de comer, en comparación con un modelo tradicional de CBT (tomado de Brownell, 2000), diferían dependiendo del nivel individual de sensibilidad a la comida en el entorno. Los sujetos que eran dominados por la comida tuvieron mejores respuestas cuando fueron tratados con ACT que con CBT o bien quedaron sin tratamiento.

Pone a prueba el programa de investigación aplicada en una gran variedad de áreas y niveles de análisis

Un modelo de flexibilidad psicológica, supuestamente, se aplica no solo a los trastornos clínicos específicos sino al funcionamiento humano de un modo más general. Una idea semejante no se puede

poner a prueba mediante ensayos aleatorios controlados centrados en un estrecho conjunto de trastornos. Existen protocolos unificados que se centran en varios trastornos de ansiedad o en trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, pero no sabemos de ningún enfoque que se haya aplicado a un conjunto de problemas tan amplio en tan poco tiempo como la ACT. Como demostración de este punto, consideremos tan solo los ensayos aleatorios controlados ("randomized controlled trials", RCTs) o los estudios de series temporales controladas que han sido publicados en las tres principales revistas: *Journal of Consulting and Clincial Psychology, Behaviour Research and Therapy* y *Behavior Therapy*. Tras la publicación del primer manual de ACT (Hayes, Strosahl et al., 1999), apareció en esas publicaciones el primer ensayo aleatorio controlado sobre afrontamiento de la psicosis (Bach y Hayes, 2002). Durante los siguientes 8 años, esas mismas publicaciones han visto estudios controlados sobre afrontamiento de la diabetes (Gregg, Callaghan, Hayes y Glenn-Lawson, 2007), dolor crónico (Dahl et a., 2004), estrés en el lugar de trabajo (Flaxman y bond, 2010), tratamiento y prevención del estrés, ansiedad, y depresión en estudiantes extranjeros (Muto, Hayes y Jeffcoat, 2011), poliadicción (Hayes, bissett et al., 2004), dolor de espalda (Vowles et al., 2007), dermatilomanía (Twohig et al., 2006), abandono del tabaco (Gifford et al., 2004), tricotilomanía (Woods, Wetterneck y Flessner, 2006), reducción de prejuicios hacia personas con síntomas psicóticos (Gaudiano y Gerbert, 2006), trastorno obsesivo compulsivo (Twohig et al., 2006, 2010), adicción a páginas web pornográficas (Twohig y Crosby, 2010), reducción de actitudes de rechazo y síndrome de burnout en consejeros en consumo de drogas (Hayes, Bissett et al., 2004) y ayuda a consejeros en la superación de barreras para aprender y utilizar farmacoterapia basada en evidencias (Varra et al., 2008). En esas publicaciones también han aparecido enfoques con una sólida base en ACT sobre trastorno generalizado de ansiedad (Roemer, Orsillo y Salters-Pedneault, 2008) y trastorno de personalidad borderline (Gratz y Gunderson, 2006). Teniendo en cuenta solo esas

tres publicaciones en los últimos 8 años, ha habido evaluaciones de la ACT aplicada a grupos y casos individuales; ACT aplicada en formato de autoayuda, ACT con pacientes internados y externos; ACT con clientes de minorías étnicas y de mayorías étnicas; estudios de prevención y de intervención; estudios con pacientes, terapeutas y estudiantes; estudios basados en estudios de población y estudios de intervenciones que han durado menos de 2 horas o más de 40. Si se tiene en cuenta toda la literatura sobre ACT, aún se encontrará una mayor diversidad pero esta amplia muestra pone de manifiesto lo más esencial: no conocemos otro enfoque en psicología que se haya aplicado a una gama tan amplia de áreas problemáticas en tan poco tiempo como la ACT.

En general, la medida del efecto inter-grupos en la literatura ACT tiene un valor medio (d = 0,66 postratamiento y d = 0,65 en seguimiento; Hayes et al., 2006). Tres meta-análisis independientes han llegado a valores, en general, semejantes (Öst, 2008; Powers et al., 2009; Pull, 2009) Algunos autores han puesto de relieve que hay una relativa precariedad en investigación de ACT (Öst, 2008) en comparación con la corriente predominante de CBT. Lo cual es verdad hasta cierto punto pero se desvanece si se tiene en cuenta como factor la cantidad de fondos de investigación (Gaudiano, 2010); de ese modo, la precariedad se deriva, en primer lugar, de la relativamente corta historia de publicaciones. Además, el análisis de Öst (2008) utilizó criterios que ignoraban las fuerzas relativas; en concreto que la investigación ACT se está desarrollando sobre áreas completamente nuevas que no han sido abordadas previamente por métodos de intervención apoyados empíricamente y se centra de una manera más considerable en los procesos de cambio (Gaudiano, 2010).

¿Dónde se ha mostrado la ACT más débil que los métodos comparativos en términos de resultados? Los datos son aún limitados pero, en general, esta deficiencia se ha aplicado principalmente a una mayoría de problemas menores (Zettle, 2003) o a clientes menos

complicados o menos evitadores (Forman, Hoffman et al., 2007). Todavía queda mucho por aprender sobre la manera de propagar la ACT para prevención o entre la población más normal y aún esperamos ver más resultados todavía débiles en esos ámbitos hasta que se desarrolle la tecnología. Puede que haya otras poblaciones especiales que requieran modificaciones del modelo pero, hasta el momento, cuando los resultados se han mostrado débiles no parece que sea debido a una debilidad del modelo en sí, sino más bien a la tecnología (Follette, 1995, explica cómo hacer esta distinción empíricamente). Todavía no se ha informado de ningún caso en el que los procesos de flexibilidad psicológica se movieran diferencialmente pero que los resultados no fueran diferenciales. *Hay* casos en los que los procesos de flexibilidad psicológica no difieren y, en estos, los resultados fueron superiores de manera menos consistente (p. e., Zettle, 2003). De alguna manera, todo el propósito de una estrategia CBS es encontrar esos fallos de manera que se pueda producir un desarrollo. La mejor forma de hacerlo es impulsar el modelo lo más lejos que se pueda llegar y estar preparados para hacer innovaciones cuando se encuentres deficiencias, cosa que ocurrirá.

Lleva a cabo pruebas tempranas y continuas de eficacia, divulgación y estrategias de entrenamiento

Los investigadores contextual-conductuales no intentan averiguar qué es "verdadero" en un sentido ontológico para determinar luego si ese conocimiento es útil; más bien, toman como verdadero el conocimiento porque es útil. Como la eficacia y la divulgación son elementos clave, los investigadores CBS los han puesto de relieve desde el principio. De hecho, el primer estudio sobre ACT en la era moderna fue una investigación sobre eficacia (Strosahl, Hayes, Bergan y Romana, 1998) poniendo de manifiesto que el entrenamiento de terapeutas en ACT producía mejores resultados, en general, en un entorno de pacientes externos. Desde entonces, han aparecido diversos estudios adicionales sobre eficacia (p. e., Forman,

Herbert et al., 2007; Lappalainen et al., 2007, Vowles y McCracken, 2008, 2010).

También se han realizado estudios sobre la influencia de la ACT en las técnicas de otros métodos (p. e., Luoma, Hayes y Walser, 2007; Varra et al., 2008). Asimismo se ha visto su utilidad en múltiples culturas (p. e., Lundgren, Dahl, Melin y Kees, 2006) y en poblaciones de minorías étnicas (p. e., Gaudiano y Herbert, 2006; Muto et al., 2010). Todas esas áreas son fértiles campos para nuevos desarrollos en el futuro.

Crea una comunidad de desarrollo abierta, multiforme y no jerárquica.

La ACT y la RFT están siendo desarrolladas por una comunidad abierta, diversa y universal de terapeutas, investigadores de ciencia básica y aplicada, profesores y estudiantes. La comunidad CBS tiene características propias: está altamente internacionalizada, implica a profesionales de procedencias muy diversas, tiende a limitar las jerarquías y, por tradición, comparte métodos, protocolos y herramientas de manera gratuita o a muy bajo coste. La creación de una comunidad abierta, tan amplia y diversa, es una característica necesaria del enfoque CBS. Es necesaria porque la ciencia inductiva puede ser muy lenta y cuando se vincula a un programa amplio, solo una comunidad global puede realizar progresos en un tiempo razonable. Sólo un amplio rango de ideas, posiciones, orígenes, profesiones y culturas hace posible que se puedan identificar los ángulos muertos rápidamente ya que el conocimiento está ubicado contextualmente. Por ejemplo, si la difusión amplia y la eficacia van a ser objetivos prioritarios, se necesita que, desde el principio, haya implicada una amplia vanguardia de terapeutas. Desde una perspectiva evolutiva, todo sugiere que los grupos tienen más posibilidades de generar cooperación si se centran en los beneficios del grupo entero más que en el éxito competitivo de los miembros. En una ciencia clínica empírica, esta regla evolutiva básica se viola en el momento en el que quien está desarrollando un tratamiento intenta

controlar el desarrollo del enfoque (p. e., decidiendo qué elementos añadir o eliminar, otorgando certificados de terapeuta, dictando a los demás lo que es y lo que no es adecuado dentro del enfoque). En vez de esto, el desarrollo de la ACT y RFT ha sido impulsado y apoyado por la *Association for Contextual Behavioral Science*. Con solo unos pocos años, la ACBS cuenta con 4.000 miembros, más de la mitad de los cuales reside fuera de los Estados Unidos.

La comunidad CBS ha dado muchos pasos para mantenerse abierta y flexible. Así, la ACBS ha renunciado a otorgar certificados de terapeuta; los formadores en ACT son "reconocidos" mediante un proceso libre de revisión inter pares y deben firmar una declaración de valores en la que manifiestan su acuerdo respecto a facilitar sus protocolos de manera gratuita o a bajo coste. La mayoría de los protocolos están disponibles en páginas web y pueden ser descargados libremente tras el abono de una cuota. Las cuotas están "basadas en valores" lo que significa que son establecidas por los propios miembros (el mínimo es 1$). Que los protocolos relacionados con el modelo de flexibilidad psicológica lleven la marca "ACT" o no, se considera opcional. A nadie se le examina su orientación en la puerta. Excepto los valores científicos y los supuestos contextuales, todo lo demás está a libre disposición para todo el mundo.

No resulta difícil de explicar por qué la comunidad CBS es de esta manera: Es una versión a escala de la flexibilidad psicológica. En vez de defusión, está el compartir de ideas y la invitación a la crítica; en lugar de la aceptación, está la apertura, la permeabilidad y la renuncia a una jerarquía innecesaria; en lugar del contacto flexible con el momento presente, está el compartir datos y un compromiso con la evidencia y la exploración; en lugar de un sentido del yo trascendente, está el intentar entender la perspectiva de los demás; en lugar de los valores individuales y el compromiso de acción, están los valores organizativos declarados y abiertos y el intento de vincular todas las acciones concretas de la comunidad con esos valores.

Los que no pertenecen a la comunidad CBS, a veces, se preocupan por la expansión de sus objetivos y su entusiasmo. La expansión de objetivos es consistente con la visión original de la ciencia conductual básica que tuvo que desarrollar principios que se pudieran corresponder con la complejidad de la realidad humana. Skinner es un buen ejemplo: no era más que un investigador de temas animales cuando escribió su utópica novela *Walden II* (1948) que podía considerarse arrogante o incluso atemorizadora, pero que no es ni una cosa ni otra; es un valioso ejercicio de pensamiento sobre cómo utilizar el conocimiento de la ciencia conductual para organizar la sociedad porque nos recuerda su objetivo final. No es una proclamación de conocimiento mientras no se lleve a cabo una investigación a ese nivel. De la misma forma, la tradición CBS se compromete, como se indica en su página web, con la "creación de una psicología más adecuada a los desafíos de la condición humana". Eso es una aspiración, no una proclamación de conocimiento.

El entusiasmo proviene del hecho de que la gente se entusiasma al encontrar un modelo que se aplica a uno mismo, se puede aplicar a los clientes de una manera amplia, se basa en un programa serio de investigación básica y se refleja en la propia comunidad. El entusiasmo es una fuerza permanente si se mantiene unida a los valores de la ciencia. Esa vinculación se refleja en la propia comunidad CBS y, aunque sea en grado mínimo, esperamos que este libro haya podido servir de ejemplo.

Observaciones finales

El progreso científico del enfoque de una ciencia conductual contextual tiene que ser valorado con el tiempo pero, por el momento, los resultados parecen prometedores. Los fundamentos filosóficos parecen estar bien establecidos. El trabajo científico de base en RFT está evolucionando rápidamente y está afectando tanto al campo básico (p. e., De Houwer, 2011) como al aplicado, incluyendo a la propia ACT. El modelo de flexibilidad psicológica está despegando y distintos aspectos de este modelo se están extendiendo a través de

formas contextuales de CBT (Hayes, Villatte, Levin y Hidebrandt, 2011)) y van penetrando en la psicología social y de la personalidad. Hay buenas evidencias de componentes y procesos y estas van a mejor. Los resultados son buenos e increíblemente amplios –lo que resulta impresionante considerando lo reciente que es el desarrollo de la ACT–. En la mayoría de los casos, los resultados parecen ser tan positivos como los que se obtienen con otro tipo de intervenciones de mayor implantación y, en algunos casos, los resultados parecen ser mejores. Una comunidad en desarrollo, amplia y muy dinámica, se ha formado en todo el mundo y está reuniendo a distintos grupos de personas.

Hace diez años, la primera edición de este libro solo podía presentar una esperanza. Esta segunda edición presenta la materialización de un modelo más maduro y de un conjunto de métodos que cualquier observador imparcial reconocerá como eficaces para muchos. El progreso en el futuro vendrá determinado por la respuesta que la comunidad dé a las críticas y a los problemas que puedan surgir y por la exploración minuciosa, cuidada y creativa de las oportunidades existentes. Jóvenes investigadores, terapeutas, teóricos y estudiantes van a determinar el futuro en función de la inversión de sus energías. En interés de todos aquellos a cuyo servicio estamos, esperamos que este libro contribuya a que una tarea semejante resulte acertada y útil.

Bibliografía

Addis, M. E. & Jacobson, N. S. (1996). Reasons for depression and the process and outcome of cognitive-behavioral psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1417-1424.

Assagioli, R. (1971). *The ACT of will*. Nueva York: Viking.

Bach, P. & Hayes, S. C. (2002). The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(5), 1129-1139.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 125-143.

Baer, R. A. (Ed.). (2006). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications.* San Diego, CA: Elsevier.

Baer, R. A., Smith G. T. & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills.*Assessment, 11*, 191-206.

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*, 27-45.

Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., et al. (2008). Construct validity of the Five Facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment, 15* (3), 329-342.

Barlow, D. H., Allen, L. B. & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*, 205-230.

Barnes-Holmes, D., Hayden, E., Barnes-Holmes, Y. & Stewart, I. (2008). The Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) as a response-time and event-related-potentials methodology for testing natural verbal relations: A preliminary study. *Psychological Record, 58*, 497-516.

Barnes-Holmes, D., Hayes, S. C. & Dymond, S. (2001). Self and self-directed rules. In S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes & B. Roche (Eds.),*Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition* (pp. 119-140). Nueva York: Kluwer/Plenum Press.

Barnes-Holmes, D., Murphy, A., Barnes-Holmes, Y. & Stewart, I. (2010). The Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP): Exploring the impact of

private versus public contexts and the response latency criterion on prowhite and anti-black stereotyping among white Irish individuals. *Psychological Record, 60*, 57-66.

Barnes-Holmes, D., O'Hora, D., Roche, B., Hayes, S. C., Bissett, R. T. & Lyddy, F. (2001). Understanding and verbal regulation. In S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes & B. Roche (Eds.), *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition* (pp. 103-117). Nueva York: Kluwer/Plenum Press.

Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D. & McHugh, L. (2004). Teaching derived relational responding to young children. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention, 1*, 4-13.

Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Smeets, P. M., Strand, P. & Friman, P. (2004). Establishing relational responding in accordance with more-than and less-than as generalized operant behavior in young children. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 4*, 531-558.

Barrett, D. M., Deitz, S. M., Gaydos, G. R. & Quinn, P. C. (1987). The effects of programmed contingencies and social conditions on response stereotypy with human subjects. *Psychological Record, 37*, 489-505.

Baumeister, R. F., (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review, 97*, 90-113.

Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I. & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest, 4*, 1-44.

Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B. G. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press. Traducción española:*Terapia cognitiva de la depression*. 19ª edición. Bilbao. Desclée De Brouwer.

Berens, N. M. & Hayes, S. C. (2007). Arbitrarily applicable comparative relations: Experimental evidence for a relational operant. *Journal of Applied Behavior Analysis, 40*, 45-71.

Biglan, A. & Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic?: The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology: Current Scientific Perspectives, 5*, 47-57.

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson Carmody, N. D.J., Segal, Z. v., et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11* (3), 230-241.

Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D. S., Grant, B. F., Liu, S. M., et al. (2008). Mental health of college students and their non-college-attending peers: Results from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry, 65*, 1429-1437.

Bonanno, G. A., Papa, A., LaLande, K., Westphal, M. & Coifman, K. (2004). The importance of being flexible: The ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological Science, 15*, 482-487.

Bond, F. W. & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology, 88*, 1057-1067.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Orcutt, H. K., Waltz, T., et al. (in press). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Behavior Therapy*.

Borkovec, T. D., Alcaine, O. & Behar, E. (2004). Avoidant theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk & D. S. Mennin (Eds.), Generalized anxiety disorder: *Advances in research and practice* (pp. 77-108). Nueva York: Guilford Press.

Boulanger, J. L., Hayes, S. C. & Pistorello, J. (2010). Experiential avoidance as a functional contextual concept. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 107-136). Nueva York: Guilford Press.

Brewer, W. F. (1974). There is no convincing evidence for operant or classical conditioning in adult humans. In W. B. Weimer & D. S. Palermo (Eds.), *Cognition and the symbolic processes* (pp. 1-42). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Brown, R. A., Lejuez, C. W., Kahler, C. W. & Strong, D. (2002). Distress tolerance and duration of past smoking cessation attempts. *Journal of Abnormal Psychology, 111*, 180-185.

Brownell, K. D. (2000). The *LEARN program for weight management*. Dallas, TX: American Health.

Cassidy, S., Roche, B. & Hayes, S. C. (2011). A relational frame training intervention to raise intelligence quotients: A pilot study. *Psychological Record, 61*, 173-198.

Catania, A. C., Shimoff, E. & Matthews, B. A. (1989). An experimental analysis of rule-governed behavior. In S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control* (pp. 119-150). Nueva York: Plenum Press.

Centers for Disease Control and Prevention. (2007). Leading causes of death reports. Atlanta, GA: Author. Retrieved March 15, 2010, from*webappa.cdc.gov /sasweb/ncipc/leadcaus10. html*.

Chambers, R., Chuen Yee Lo, B. & Allen, N. B. (2008). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style and affect. *Cognitive Therapy and Research, 32*, 303-322.

Chantry, D. (2007). *Talking ACT: Notes and conversations on Acceptance and Commitment Therapy*. Oak land, CA: New Harbinger/Context Press.

Chawla, N. & Ostafin, B. D. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review.*Journal of Clinical Psychology, 63*, 871-890.

Chiles, J. & Strosahl, K. (2004). *Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Ciarrochi, J., Blackledge, J. T. & Heaven, P. (2006, July). *Initial validation of the Social Values Survey and Personal Values Questionnaire*. Presented at the Second World Conference on ACT, RFT, and Contextual Behavioural Science, Londres.

Cochrane, A., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I. & Luciano, C. (2007). Experiential avoidance and aversive visual images: Response delays and event related potentials on a simple matching task. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 1379-1388.

Cohen, G. L., Garcia, J., Apfel, N. & Master, A. (2006). Reducing the racial achievement gap: A social-psychological intervention. *Science*, *313*, 1307-1310.

Cook, D. & Hayes, S. C. (2010). Acceptance-based coping and the psychological adjustment of Asian and Caucasian Americans. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 6*, 186-197.

Dahl, J., Wilson, K. G. & Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior Therapy*, 35, 785-802.

Dahl, J. C., Plumb, J. C., Stewart, I. & Lundgren, T. (2009). *The art and science of valuing in psychotherapy: Helping clients discover, explore, and commit to valued action using Acceptance and Commitment Therapy.* Oakland, CA: New Harbinger.

Davis, R. N. & Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and nonruminators. *Cognitive Therapy and Research, 24*, 699-711.

De Houwer, J., (2011). Why the cognitive approach in psychology would profit from a functional approach and vice versa. *Perspectives on Psychological Science, 6*, 202-209.

Dempster, M., Bolderston, H., Gillanders, D. & Bond, F. (n.d.). Cognitive Fusion Questionnaire. Disponible en*http://contextualpsychology.org/CFQ*.

Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 658-670.

Dougher, M. J., Auguston, E., Markham, M. R. & Greenway, D. E. (1994). The transfer of respondent eliciting and extinction functions through stimulus equivalence classes. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior; 62*, 331-351.

Dougher, M. J., Hamilton, D. A., Fink, B. & Harrington, J. (2007). Transformation of the discriminative and eliciting functions of generalized relational stimuli. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 88*, 179-198.

Dugas, M. J., Freeston, M. H. & Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 593-606.

Dymond, S., May, R. J., Munnelly, A. & Hoon, A. E. (2010). Evaluating the evidence base for relational frame theory: A citation analysis. *The Behavior Analyst, 33*, 97-117.

Dymond, S. & Roche, B. (2009). A contemporary behavioral analysis of anxiety and avoidance. *The Behavior Analyst, 32*, 7-28.

Elliot, A., Sheldon, K. & Church, M. (1997). Avoidance personal goals and subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin, 23*, 915-927.

Farley, T. & Cohen, D. A. (2005). *Prescription for a healthy nation: A new approach to improving our lives by fixing our everyday world*. Boston: Beacon Press.

Farmer, R. E. & Chapman, A. L. (2008). *Behavioral interventions in cognitive behavior therapy: Practical guidance for putting theory into action*. Washington, DC: American Psychological Association.

Flaxman, P. E. & Bond, F. W. (2010). A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 816-820.

Flaxman, P. E. & Bond, F. W. (2010). Worksite stress management training: Moderated effects and clinical significance. *Journal of Occupational Health Psychology, 15*, 347-358.

Fletcher, L. & Hayes, S. C. (2005). Relational Frame Theory, Acceptance and Commitment Therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavioral Therapy, 23*, 315-336.

Fletcher, L. B., Schoendorff, B. & Hayes, S. C. (2010). Searching for mindfulness in the brain: A process-oriented approach to examining the neural correlates of mindfulness. *Mindfulness*, 1, 41-63.

Foa, E. B., Steketee, G. & Young, M. C. (1984). Agoraphobia: Phenomenological aspects, associated characteristics, and theoretical considerations. *Clinical Psychology Review, 4* 431-457.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 571-579.

Follette, W. C. (1995). Correcting methodological weaknesses in the knowledge base used to derive practice standards. In S. C. Hayes, V. M. Follette, R. M. Dawes & K. E. Grady (Eds.), *Scientific standards of psychological practice: Issues and recommendations* (pp. 229-247). Reno, NV: Context Press.

Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D. & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of Acceptance and

Commitment Therapy and Cognitive Therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification, 31,* 772-799.

Forman, E. M., Hoffman, K. L., McGrath, K. B., Herbert, J. D., Bradsma, L. L. & Lowe, M. R. (2007). A comparison of acceptance-and control-based strategies for coping with food cravings: An analog study. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2372-2386.

Forsyth, J. & Eifert, G. (2007). *The mindfulness and acceptance workbook for anxiety: A guide to breaking free from anxiety, phobias, and worry using Acceptance and Commitment Therapy.* Oakland, CA: New Harbinger.

Foster, T. (2003). Suicide notes themes and suicide prevention. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 33*, 323-331.

Fournier,J. C., DeRubeis, R.J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., et al. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity. A patient-level meta-analysis. *Journal of the American Medical Association, 303*, 47-53.

Frances, A. (2010). DSM in philosophyland: Curiouser and curiouser. *Bulletin of the Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatly, 17* (2), 3-7.

Frankl, V. (1992). *Man's search for meaning* (4th ed.). Boston: Beacon Press. Traducción española: *El hombre en busca de sentido*. Barcelona. Herder, 2005

Franks, C. M. & Wilson, G. T. (1974). *Annual review of behavior therapy: Theory and practice.* Nueva York: Brunner/Mazel.

Garcia, J., Ervin, F. R. & Koelling, R. A. (1966). Learning with prolonged delay of reinforcement. *Psychonomic Science, 5*, 121-122.

Gaudiano, B. (2010). Evaluating acceptance and commitment therapy: An analysis of a recent critique. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5, 311-329.

Gaudiano, B. A. & Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy.*Behaviour Research and Therapy, 44*, 415-437.

Gaudiano, B. A., Herbert, J. D. & Hayes, S. C. (2010). Is it the symptom or the relation to it? Investigating potential mediators of change in Acceptance and Commitment Therapy for psychosis. *Behavior Therapy, 41*, 543-554.

Gifford, E. v., Kohlenberg, B., Hayes, S. C., Pierson, H., Piasecki, M., Anonuccio, D., et al. (in press). Does acceptance and relationship focused behavior

therapy contribute to bupropion outcomes?: A randomized controlled trial of FAP and ACT for smoking cessation. *Behavior Therapy.*

Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L., et al. (2004). Applying a functional acceptance-based model to smoking cessation: An initial trial of Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Therapy, 35*, 689-705.

Gilbert, P. (2009). *The compassionate Mind: A new approach to life's challenges.* Londres: Constable-Robinson.

Gödel, K. (1962). *On formally undecidable propositions of Principia Mathematica and related systems.* Nueva York: Basic Books.

Grant, B. F., Dawson, D. A., Stinson, F. S., Chou, S. P., Dufour, M. C. & Pickering, R. P. (2004). The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2002. *Drug and Alcohol Dependence, 74*, 223-234.

Gratz, K. L. & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy, 37*, 25-35.

Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 36*, 41-54.

Graves, S. B. (1999). Television and prejudice reduction: When does television as a vicarious experience make a difference? *Journal of Social Issues, 55*, 707-727.

Greco, L. A., Lambert, W. & Baer, R. A. (2008). Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment, 20*, 93-102.

Greenberg, L. S. & Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist, 44*, 19-29.

Gregg, J., A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C. & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75* (2), 336-343.

Haeffel, G. J. (2010). When self-help is no help: Traditional cognitive skills training does not prevent depressive symptoms in people who ruminate. *Behaviour Research and Therapy, 48*(2), 152-157.

Harris, R. (2008). *The happiness trap*. Nueva York: Shambala. Traducción española: *La trampa de la felicidad.* Planeta. Barcelona, 2010

Hayes, S. C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorisn, 12*,99-110.

Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). Nueva York: Guilford Press.

Hayes, S. C. (1989a). Nonhumans have not yet shown stimulus equivalence. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 51*, 385-392.

Hayes, S. C. (Ed.). (1989b). *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control*. Nueva York: Plenum Press.

Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. In *Contextualism* (pp. 11-27). Reno, NV: Context Press.

Hayes, S. C. (2002). Buddhism and acceptance and commitment therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 58-66.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy, 35*, 639-665.

Hayes, S. C. (2009). *Acceptance and commitment therapy* [DVD]. Washington, DC: American Psychological Association.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Plenum Press.

Hayes, S. C., Bissett, R., Roget, N., Padilla, M., Kohlenberg, B. S., Fisher, G., et al. (2004).

The impact of acceptance and commitment training and multicultural training on the stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behavior Therapy, 35*, 821-835.

Hayes, S. C. & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations and a behavior analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst, 9*,175-190.

Hayes, S. C., Brownstein, A. J., Haas, J. R. & Greenway, D. E. (1986). Instructions, multiple schedules, and extinction: Distinguishing rule-governed from schedule-controlled behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 46*, 137-147.

Hayes, S. C., Brownstein, A.J., Zettle, R. D., Rosenfarb, I. & Korn, Z. (1986). Rule-governed behavior and sensitivity to changing consequences of responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 45*, 237-256.

Hayes, S. C., Follette, V. M. & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. Nueva York: Guilford Press.

Hayes, S. C. & Gregg, J. (2000). Functional contextualism and the self. In C. Muran (Ed.), *Self-relations in the psychotherapy process* (pp. 291-307). Washington, DC: American Psychological Association.

Hayes, S. C., Hayes, L. J. & Reese, H. W. (1988). Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's *World Hypotheses. Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 50*, 97-111.

Hayes, S. C., Hayes, L. J., Reese, H. W. & Sarbin, T. R. (Eds.). (1993). *Varieties of scientific contextualism*. Reno, NV: Context Press.

Hayes, S. C., Kohlenberg, B. K. & Hayes, L. J. (1991). The transfer of specific and general consequential functions through simple and conditional equivalence classes. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 56*, 119-137.

Hayes, S. C., Levin, M., Plumb, J., Villatte, J. & Pistorello, J. (in press). Acceptance and Commitment Therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*.

Hayes, S. C., Levin, M., Vilardaga, R. & Yadavaia, J. (2008, September). *A meta-analysis of mediational and component analyses of ACT*. Paper presented to the European Association for Behavioral and Cognitive Therapies Annual Congress, Helsinki, Finland.

Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes.*Behaviour Research and Therapy, 44*, 1-25.

Hayes, S. C., Nelson, R. O. & Jarrett, R. (1987). Treatment utility of assessment: A functional approach to evaluating the quality of assessment.*American Psychologist, 42*, 963-974.

Hayes, S. C. & Plumb, J. C. (2007). Mindfulness from the bottom up: Providing an inductive framework for understanding mindfulness processes and their application to human suffering. *Psychological lnquiry, 18*, 242-248.

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

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54, 553-578.

Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M. & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 141-168.

Hayes, S. C. & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and Commitment Therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst, 17*, 289-303.

Hayes, S. C. & Wilson, K. G. (2003). Mindfulness: Method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 161-165.

Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1152-1168.

Hayes, S. C., Zettle, R. D. & Rosenfarb, I. (1989). Rule following. In S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control* (pp. 191-220). Nueva York: Plenum Press.

Hesser, H., Westin, V., Hayes, S. C. & Andersson, G. (2009). Clients' in-session acceptance and cognitive defusion behaviors in acceptance-based treatment of tinnitus distress. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 523-528.

Hildebrandt, M. J., Fletcher, L. B. & Hayes, S. C. (2007). Climbing anxiety mountain: Generating metaphors in acceptance and commitment therapy. In G. W. Burns (Ed.), *Healing with stories: Your casebook collection for using therapeutic metaphors* (pp. 55-64). Hoboken, NJ: Wiley.

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A. & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 169-183.

Hollon, S. D. & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research, 4*, 383-395.

Holman, E. A. & Silver, R. C. (1998). Getting "stuck" in the past: Temporal orientation and coping with trauma. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1146-1163.

Jablonka, E. & Lamb, M. J (2005). *Evolution in four dimensions -genetic, epigenetic, behavioral, and symbolic variation in the history of life*. Cambridge, MA: MIT Press.

Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 295-304.

Jaynes, J (1976). *The origin of consciousness in the breakdown of the bicameral mind*. Boston: Houghton Mifflin.

Jha, A. P., Krompinger, J. & Baime, M. J (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive Affective and Behavioral Neuroscience, 7*, 109-119.

John, O. P. & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality, 72*, 1301-1333.

Joiner, T., Pettit, J W., Walker, R. L., Voelz, Z. R., Cruz, J., Rudd, M. D., et al. (2002). Perceived burdensomeness and suicidality: Two studies on the suicide notes of those attempting and those completing suicide. *Journal of Social and Clinical Psychology, 21*, 531-545.

Ju, W. C. & Hayes, S. C. (2008). Verbal establishing stimuli: Testing the motivative effect of stimuli in a derived relation with consequences.*Psychological Record, 58*, 339-363.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Nueva York: Delacorte. Traducción española: *Vivir en plenitud las crisis: Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Kairós. Barcelona, 2004.

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life.* Nueva York: Hyperion.

Karekla, M. & Panayiotou, G. (2011). Coping and experiential avoidance: Unique or overlapping constructs? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42*, 163-170.

Kashdan, T. B., Barrios, v., Forsyth, J. P. & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy, 9*, 1301-1320.

Kashdan, T. B. & Breen, W. E. (2007). Materialism and diminished well-being: Experiential avoidance as a mediating mechanism. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*, 521-539.

Kashdan, T. B., Ferssizidis, P., Collins, R. L. & Muraven, M. (2010). Emotion differentiation as resilience against excessive alcohol use: An ecological momentary assessment in underage social drinkers. *Psychological Science, 21*, 1341-1347.

Kashdan, T. B. & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychological Review, 30*, 467-480.

Kashdan, T. B. & Steger, M. (2006). Expanding the topography of social anxiety: An experience-sampling assessment of positive emotions, positive events, and emotion suppression. *Psychological Science, 17*, 120-128.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Merikangas, K. R., Walters, E. E. & Jin, R. B. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593-602.

Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J. & Johnson, B. T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the FDA. *PLoS: Medicine, 5*, 260-269 (e45).

Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. Nueva York: Plenum Press. Traducción española: *Psicoterapia Analítica Funcional. Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas*. Colección Ciencia Biomédica. Universidad de Málaga. 2008.

Kollman, D. M., Brown, T. A. & Barlow, D. H. (2009). The construct validity of acceptance: A multitrait-multimethod investigation. *Behavior Therapy, 40*, 205-218.

Kupfer, D. J., First, M. B. & Regier, D. A. (Eds.). (2002). *A research agenda for DSM-V* Washington, DC: American Psychiatric Association.

Langer, E. J. (2000). Mindful learning. *Current Directions in Psychological Science, 9*, 220-223.

Langer, E. J. & Moldoveanu, M. C. (2000). Mindfulness research and the future. *Journal of Social Issues, 56*, 129-139.

Lappalainen, R., Lehtonen, T., Skarp, E., Taubert, E., Ojanen, M. & Hayes, S. C. (2007). The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists: A preliminary controlled effectiveness trial. *Behavior Modification, 31*, 488-511.

Levin, M., I-layes, S. C. & Waltz, T. (2010). Creating an implicit measure of cognition more suited to applied research: A test of the Mixed Trial-Implicit Relational Assessment Procedure (MT-IRAP). *International Joumal of Behavioral Consultation and Therapy, 6*, 245-262.

Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J. & Hayes, S. C. (2011). The impact of treatment components in acceptance and commitment therapy: A meta-analysis of microcomponent studies. Manuscript submitted for publication.

Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M. & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy, 35*, 747-766.

Lillis, J. & Hayes, S. C. (2007). Applying acceptance, mindfulness, and values to the reduction of prejudice: A pilot study. *Behavior Modification, 31*, 389-411.

Lillis, J. & Hayes, S. C. (2008). Measuring avoidance and inflexibility in weightrelated problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 4*, 372-378.

Lipkens, R., Hayes, S. C. & Hayes, L.J. (1993). Longitudinal study of derived stimulus relations in an infant. *Journal of Experimental Child Psychology, 56*, 201-239.

Longmore, R. J. & Won-ell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review, 27*, 173-187.

Luciano, C., Gómez-Becerra, I. & Rodríguez-Valverde, M. (2007). The role of multiple-exemplar training and naming in establishing derived equivalence in an infant. *Journal of Experimental Analysis of Behavior; 87*, 349-365.

Luciano, C. M., Valdivia-Salas, S., Ruiz-Jimenez, F. J., Cabello Luque, F., BarnesHolmes, D., Dougher, M. J., et al. (2008, May). *The effect of several strategies in altering avoidance to direct and derived avoidance stimuli*. Paper presented at the annual conference of the Association for Behavior Analysis, Chicago.

Lundgren, A. T., Dahl, J., Melin, L. & Kees, B. (2006). Evaluation of acceptance and commitment therapy for drug refractory epilepsy: A randomized controlled trial in South Africa. *Epilepsya, 47*, 2173-2179.

Lundgren, A. T., Dahl, J., Yardi, N. & Melin, L. (2008). Acceptance and Commitment Therapy and yoga for drug-refractory epilepsy: A randomized controlled trial. *Epilepsy and Behavior, 13*, 102-108.

Lundgren, T., Dahl, J., Stroshal, K., Robinsson, P., Louma, J. & Melin, L. (2011). The Bulls-Eye Values Survey: A psychometric evaluation.*Cognitive and Behavioral Practice*.

Luoma, J. B., (2007, May). *Distance supervision and training on a budget: Data-based and personal perspectives*. Paper presented at the Third Annual International Conference on Clinical Supervision, Buffalo, NY.

Luoma, J. B., Drake, C. E., Kohlenberg, B. S. & Hayes, S. C. (in press). Substance abuse and psychological flexibility: The development of a new measure. *Addictions Research and Theory*.

Luoma, J. B., Hayes, S. C. & Walser, R. (2007). Learning ACT. Oakland, CA: New Harbinger.

Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C. & Fletcher, L. (2011). *Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders*. Manuscript submitted for publication.

Marx, B. P. & Sloan, D. M. (2005). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology.*Behaviour Research and Therapy, 43*, 569-583.

Masuda, A. (Ed.). (in press). *Mindfulness, acceptance, and cultural diversity*. Oakland, CA: New Harbinger.

Masuda, A., Hayes, S. C., Fletcher, L. B., Seignourel, P. J., Bunting, K., Herbst, S. A., et al. (2007). The impact of Acceptance and Commitment Therapy versus education on stigma toward people with psychological disorders. *Behaviour Research and Therapy, 45*(11), 2764-2772.

Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F. & Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 477-485.

Masuda, A., Hayes, S. C., Twohig, M. P., Drossel, C., Lillis, J. & Washio, Y. (2009). A parametric study of cognitive defusion and the believability and discomfort of negative self-relevant thoughts. *Behavior Modification, 33*(2), 250-262.

Masuda, A., Price, M., Anderson, P. L., Schmertz, S. K. & Calamaras, M., R. (2009). The role of psychotherapy flexibility in mental health stigma and psychological distress for the stigmatizer. *Journal of Social and Clinical Psychology, 28*, 1244-1262.

Masuda, A., Twohig, M. P., Stormo, A. R., Feinstein, A. B., Chou, Y. Y. & Wendell, J. W. (2010). The effects of cognitive defusion and thought distraction on emotional discomfort and believability of negative self-referential thoughts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41*, 11-17.

McCracken, L. M., Vowles, K. E. & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method.*Pain, 107*, 159-166.

McHugh, L., Barnes-Holmes, Y. & Barnes-Holmes, D. (2004). Perspective-taking as relational responding: A developmental profile.*Psychological Record, 54*, 115-144.

McHugh, L., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D. & Stewart, I. (2006). Understanding false belief as generalized operant behaviour.*Psychological Record, 56*, 341-364.

McHugh, L., Barnes-Holmes, Y, Barnes-Holmes, D., Stewart, I. & Dymond, S. (2007a). Deictic relational complexity and the development of deception. *Psychological Record, 57*, 517-531.

McHugh, L., Barnes-Holmes, Y, Barnes-Holmes, D., Whelan, R. & Stewart, I. (2007). Knowing me, knowing you: Deictic complexity in false-belief understanding. *Psychological Record, 57*, 533-542.

McMullen, J., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I., Luciano, C. & Cochrane, A. (2008). Acceptance versus distraction: Brief instructions, metaphors, and exercises in increasing tolerance for self-delivered electric shocks. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 122-129.

Mendolia, M. & Baker, G. A. (2008). Attention mechanisms associated with repressive distancing. *Journal of Research in Personality, 42*, 546-563.

Mitmansgruber, H., Beck, T N. & Schlüssler, G. (2008). "Mindful helpers": Experiential avoidance, meta-emotions, and emotion regulation in paramedics. *Journal of Research in Personality, 42*, 1358-1363.

Moerk, E. L. (1990). Three-term contingency patterns in mother-child interactions during first language acquisition. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 54*, 293-305.

Monestés, J. L. (2010). *Changer grâce a Darwin. La théorie de votre évolution*. Paris: Odile Jacob.

Moore, M. T. & Fresco, D. M. (2007). Depressive realism and attributional style: Implications for individuals at risk for depression. *Behavior Therapy, 38*, 144-154.

Morina, N. (2007). The role of experiential avoidance in psychological functioning after war-related stress in Kosovar civilians. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*, 697-700.

Muir, W. M., Wade, M. J., Bjima, P. & Ester, E. D. (2010). Group selection and social evolution in domesticated chickens. *Evolutionary Applications, 3*, 453-465.

Murray, W. H. (1951). *The Scottish Himalaya expedition*. Londres: Dent.

Muto, T, Hayes, S. C. & Jeffcoat, T (2011). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy bibliotherapy for enhancing the psychological health of Japanese college students living abroad. *Behavior Therapy, 42*, 323-335.

Neff, K. (2003). The development and validation of a scale to measure self compassion. *Self and Identity, 2*, 223-250.

O'Hora, D., Pelaez, M., Barnes-Holmes, D. & Amnesty, L. (2005). Derived relational responding and human language: Evidence from the WAIS-III. *Psychological Record, 55*, 155-176.

Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behavior Research and Therapy, 46*, 296-321.

Ottenbreit, N. D. & Dobson, K. S. (2004). Avoidance and depression: The construction of the cognitive-behavioral avoidance scale. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 293-313.

Paez-Blarrina, M., Luciano, C., Gutierrez-Martinez, O., Valdivia, S., Rodriguez-Valverde, M. & Ortega, J. (2008a). Coping with pain in the motivational context of values: Comparison between an acceptance-based and a cognitivecontrol-based protocol. *Behavior Modification, 32*, 403-422.

Paez-Blarrina, M., Luciano, C., Gutierrez-Martinez, O., Valdivia, S., Ortega, J. & Rodriguez-Valverde, M. (2008b). The role of values with personal examples in altering the functions of pain: Comparison between acceptance-based and cognitive-control-based. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 84-97.

Pankey,J. (2007). *Acceptance and commitment therapy with dually diagnosed individuals*. Unpublished doctoral dissertation, University of Nevada, Reno, NY.

Pepper, S. C. (1942). *World hypotheses: A study in evidence*. Berkeley: University of California Press.

Powers, M. B., Vording, M. & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics, 8*, 73-80.

Pull, C. B. (2009). Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Current Opinion in Psychiatry, 22*(1), 55-60.

Rehfeldt, R. A. & Barnes-Holmes, Y. (2009). *Derived relational responding: Applications for learners with autism and other developmental disabilities*. Oakland, CA: New Harbinger.

Rehfeldt, R. A., Dillen, J. E., Ziomek, M. M. & Kowalchuk, R. E. (2007). Assessing relational learning deficits in perspective-taking in children with highfunctioning autism spectrum disorder. *Psychological Record, 57*, 23-47.

Robinson, K. S. (2000). *The martians*. Crocket, CA: Spectra.

Robinson, P. J., Gould, D. A. & Strosahl, K. (2010). *Real behavior change in primmary care: Improving patient outcomes and increasing job satisfaction*. Oakland, CA: New Harbinger.

Roemer, L., Orsillo, S. M. & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 1083-1089.

Rogers, C. A. (1961). *On becoming a person: A therapists view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin. Traducción española: *El proceso de convertirse en persona*. 18ª ed. Barcelona. Paidós Ibérica, 2011.

Rosen, G. M. & Davison, G. C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behavior Modification, 27*, 300-312.

Rosenfarb, I. & Hayes, S. C. (1984). Social standard setting: The Achilles heel of informational accounts of therapeutic change. *Behavior Therapy, 15*, 515-528.

Ruiz, F. J. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 10*, 125-162.

Schultz, M. M., Furlong, E. T., Kolpin, D. W., Werner, S. L., Schoenfuss, H. L., Barber, L. B., et al. (2010). Antidepressant pharmaceuticals in two U. S. effluent-impacted streams: Occurrence and fate in water and sediment, and selective uptake in fish neural tissue. *Environmental Science and Technology, 44*, 1918-1925.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford Press. (Trad. cast.: *Terapia Cognitiva de la Depresión basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Seligman, M. E. P. (1970). On the generality of the laws of learning. *Psychological Review, 77*, 406-418.

Shawyer, F., Ratcliff, K., Mackinnon, A., Farhall, J., Hayes, S. C. & Copolov, D. (2007). The Voices Acceptance and Action Scale (VAAS): Pilot data. *Journal of Clinical Psychology, 63*(6), 593-606.

Sheldon, K. M. & Elliot, A. J. (1999). Goal striving, need-satisfaction, and longitudinal well-being: The Self-Concordance Model. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*, 482-497.

Sheldon, K. M., Kasser, T., Smith, K. & Share, T. (2002). Personal goals and psychological growth: Testing an intervention to enhance goal-attainment and personality integration. *Journal of Personality, 70*, 5-31.

Sheldon, K. M., Ryan, R., Deci, E. & Kasser, T. (2004). The independent effects of goal contents and motives on well-being: It's both what you pursue and why you pursue it. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*, 475-486.

Shenk, C., Masuda, A., Bunting, K. & Hayes, S. C. (2006). The psychological processes underlying mindfulness: Exploring the link between Buddhism and modern contextual behavioral psychology. In D. K. Nauriyal (Ed.), *Buddhist thought and applied psychology: Transcending the boundaries* (pp. 431-451). Londres: Routledge-Curzon.

Sidman, M. (1971). Reading and auditory-visual equivalences. *Journal of Speech and Hearing Research, 14*,5-13.

Sidman, M. (2008). Symmetry and equivalence relations in behavior. *Cognitive Studies, 15*, 322-332.

Simons, J. S. & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion, 29*, 83-102.

Singh, N. N., Lancioni, G. E., Singh Joy, S. D., Winton, A. S. W., Sabaawi, M., Wahler, R. G., et al. (2007). Adolescents with conduct disorder can be mindful of their aggressive behavior. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 15*(1), 56-63.

Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Adkins, A. D., Singh, J. & Singh, A. N. (2007). Mindfulness training assists individuals with moderate mental retardation to maintain their community placements. *Behavior Modification, 31* (6), 800-814.

Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Adkins, A. D., Wahler, R. G., Sabaawi, M., et al. (2007). Individuals with mental illness can control their aggressive behavior through mindfulness training. *Behavior Modification, 31*(3), 313-328.

Skinner, B. F. (1948). *Walden two*. Nueva York: MacMillan. Traducción española: *Walden dos. Hacia una sociedad científicamente construida.*Martínez Roca. Barcelona, 1994.

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior.* Nueva York: Free Press. Traducción española: *Ciencia y conducta humana.* Barcelona, Martínez Roca, 1986.

Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis. New York.* Appelton-Century-Crofts.

Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. Nueva York: Vintage Books.

Skinner, B. F. (1989). The origins of cognitive thought. *American Psychologist, 44*, 13-18.

Spira, A. P., Beaudreau, S. A., Jimenez, D., Kierod, K., Cusing, M. M., Gray, H. L., et al. (2007). Experiential avoidance, acceptance, and depression in dementia family caregivers. *Clinical Gerontologist, 30*(4), 55-64.

Stahl, L. & Pry, R. (2005). Attentional flexibility and perseveration: Developmental aspects in young children. *Child Neuropsychology, 11*, 175-189.

Strosahl, K. (1994). Entering the new frontier of managed mental health care: Gold mines and land mines. *Cognitive and Behavioral Practice, 1*, 5-23.

Strosahl, K. & Robinson, P. J. (2008). *The mindfulness and acceptance workbook for depression: Using acceptance and commitment therapy to move through depression and create a life worth living*. Oakland, CA: New Harbinger.

Strosahl, K. D., Hayes, S. C., Bergan, J. & Romano, P. (1998). Assessing the field effectiveness of acceptance and commitment therapy: An example of the manipulated training research method. *Behavior Therapy, 29*, 35-64.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. (2009). *The NSDUH Report: Suicidal thoughts and behaviors among adults*. Rockville, MD: Author.

Titchener, E. B. (1916). *A text-book of psychology*. Nueva York: MacMillan.

Tooby, J. & Cosmides, L. (1992). The psychological foundations of culture. In J. Barkow, L. Cosmides & J. Tooby (Eds.), *The adapted mind: Evolutionmy psychology and the generation of culture* (pp. 19-136). Nueva York: Oxford University Press.

Torneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical applications*. Oakland, CA: New Harbinger.

Trevathan, W. R., McKenna, J. J. & Smith, E. O. (2007). *Evolutionary medicine* (2nd ed.). Nueva York: Oxford University Press.

Tull, M. T. & Gratz, K. L. (2008). Further examination of the relationship between anxiety sensitivity and depression: The mediating role of experiential avoidance and difficulties engaging in goal-directed behavior when distressed. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 199-210.

Twohig, M. P. & Crosby, J. M. (2010). Acceptance and commitment therapy as a treatment for problematic Internet pornography viewing.*Behavior Therapy, 41*, 285-295.

Twohig, M. & Hayes, S. C. (2008). *ACT verbatim for depression and anxiety*. Oakland, CA: Context Press/New Harbinger.

Twohig, M. P., Hayes, S. C. & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, 37*, 3-13.

Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., et al. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy vs. progressive relaxation training for obsessive compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 705-716.

Varra, A. A., Hayes, S. C., Roget, N. & Fisher, G. (2008). A randomized control trial examining the effect of acceptance and commitment training on clinician willingness to use evidence-based pharmacotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 449-458.

Vilardaga, R. & Hayes, S. C. (2011). A contextual behavioral approach to pathological altruism. In B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan & D. S. Wilson (Eds.), *Pathological altruism* (pp. 25-37). Nueva York: Oxford University Press.

Vilardaga, R., Hayes, S. C., Levin, M. E. & Muto, T. (2009). Creating a strategy for progress: A contextual behavioral science approach. *The Behavior Analyst, 32*, 105-133.

Vilardaga, R., Luoma, J B., Hayes, S. C., Pistorello, J., Levin, M., Hildebrandt, M. J., et al. (2011). Burnout among the addiction counseling workforce: The differential roles of mindfulness and values-based processes and worksite factors. *Journal of Substance Abuse Treatment, 40*, 323-335.

Villatte, M., Monestes, J. L., McHugh, L., Freixa i Baque, E. & Loas, G. (2008). Assessing deictic relational responding in social anhedonia: A functional approach to the development of theory of mind impairments. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 4*(4),360-373.

Villatte, M., Monestes, J. L., McHugh, L., Freixa i Baque, E. & Loas, G. (2010). Adopting the perspective of another in belief attribution: Contribution of relational frame theory to the understanding of impairments in schizophrenia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41*, 125-134.

Vowles, K. E. & McCracken, L. M. (2008). Acceptance and values-based action in chronic pain: A study of effectiveness and treatment process.*Journal of Clinical and Consulting Psychology, 76*, 397-407.

Vowles, K. E. & McCracken, L. M. (2010). Comparing the influence of psychological flexibility and traditional pain management coping strategies on chronic pain treatment outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 141-146.

Vowles, K. E., McNeil, D. W., Gross, R. T., McDaniel, M. L., Mouse, A., Bates, M., et al. (2007). Effects of pain acceptance and pain control strategies on physical impairment in individuals with chronic low back pain. *Behavior Therapy, 38*, 412-425.

Watters, E. (2010). *Crazy like us: The globalization of the American psyche*. Nueva York: Free Press.

Watzlawick, P. (1993). *The situation is hopeless, but not serious*. Nueva York: Norton.

Wegner, D. & Zanakos, S. I. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality, 62*, 615-640.

Weil, T. M., Hayes, S. C. & Capurro, P. (2011). Establishing a deictic relational repertoire in young children. *Psychological Record, 61*, 371-390.

Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.

Wells, A. (2008). *Metacognitive therapy for depression and anxiety*. Nueva York: Guilford Press.

Wells, A. & Davies, M. I. (1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts.*Behaviour Reseanh and Therapy, 32*, 871-878.

Wenzlaff, R. M. & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology, 51*, 59-9B.

Wicks ell, R. K., Ahlqvist J., Bring, A., Melin, L. & Olsson, G. L. (2008). Can exposure and acceptance strategies improve functioning and quality of life in people with chronic pain and whiplash associated disorders (WAD)?: A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy, 37*, 1-14.

Wicksell, R. K., Melin, L., Lekander, M. & Olsson, G. L. (2009). Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain: A randomized controlled trial. *Pain, 141*, 248-257.

Williams, L. M. (2006). *Acceptance and commitment therapy: An example of third-wave therapy as a treatment for Australian Vietnam War veterans with posttraumatic stress disorder*. Unpublished dissertation, Charles Stuart University, Bathurst, New South Wales, Australia.

Wilson, D. S. (2006). Human groups as adaptive units: Toward a permanent consensus. In P. Carruthers, S. Laurence & S. Stich (Eds.), *The innate mind: Culture and cognition* (pp. 78-90). Oxford, UK: Oxford University Press.

Wilson, D. S. (2007). *Evolution for everyone: How Darwin's theory can change the way we think about our lives*. Nueva York: Delta.

Wilson, D. S., Hayes, S. C., Biglan, A. & Embry, D. D. (2011). *Evolving the future: Toward a science of intentional change*. Manuscript submitted for publication.

Wilson, D. S. & Wilson, K. O. (2007). Rethinking the theoretical foundation of sociobiology. *Quarterly Review of Biology, 82*, 327-348.

Wilson, K. G. & DuFrene, T. (2009). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland, CA: New Harbinger.

Wilson, K. G. & Hayes, S. C. (1996). Resurgence of derived stimulus relations. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior; 66*, 267-281.

Wilson, K. G., Sandoz, E. K, Kitchens, J. & Roberts, M. K. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *Psychological Record, 60*, 249-272.

Wood, J. V., Perunovic, W. Q. K. & Lee, J. W. (2009). Positive self-statements: Power for some, peril for others. *Psychological Science, 20*, 860-866.

Woods, D. W., Wetterneck, C. T. & Flessner, C. A. (2006) A controlled evaluation of Acceptance and Commitment Therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 639-656.

World Health Organization. (1947). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, Nueva York, 19-22 June 1946; signed on 22 July 1947. Geneva: Author.

Wulfert, E., Greenway, D. E., Farkas, P., Hayes, S. C. & Dougher, M. J. (1994). Correlation between a personality test for rigidity and rule-governed insensitivity to operant contingencies. *Journal of Applied Behavior Analysis, 27*, 659-671.

Xu, J., Kochanek, K. D., Murphy, S. L. & Tejada-Vera, B. (2010, May). Deaths: Final data for 2007. *National Vital Statistics Reports, 58*(19). Available at *www.cdc.gov/ nchs/ data/nvsr/nvsr58 19.pdf*.

Yadavaia, J. E. & Hayes, S. C. (in press). Acceptance and Commitment Therapy for self-stigma around sexual orientation: A multiple baseline evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*.

Yalom, L. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Nueva York: Basic Books.

Zettle, R. D. (2003). Acceptance and commitment therapy vs. systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. *Psychological Record, 53*, 197-215.

Zettle, R. D. & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *Analysis of Verbal Behavior, 4*, 30-38.

Zettle, R. D., Petersen, C. L., Hocker, T. A. & Provines, J. L. (2007). Respon-ding to a challenging perceptual-motor task as a function of level of experimental avoidance. *Psychological Record, 57*, 49-62.

Zettle, R. D., Rains, J. C. & Hayes, S. C. (2011). Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: A mediational reanalysis of Zettle and Rains (1989). *Behavior Modification, 35*, 265-283.

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA

Dirigida por Vicente Simón Pérez y Manuel Gómez Beneyto

2. PSICOTERAPIA POR INHIBICIÓN RECÍPROCA, por Joceph Wolpe.

3. MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN, por Charles N. Cofer.

4. PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por John Dollard y Neal E. Miller.

5. AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD. por Prescott Leky.

9. OBEDIENCIA A LA AUTORIDAD. Un punto de vista experimental, por Stanley Milgram.

10. RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA, por Alberto Ellis.

12. GENERALIZACIÓN Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por A. P. Goldstein y F. H. Kanfer.

13. LA PSICOLOGÍA MODERNA. Textos, por José M. Gondra.

16. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y R. Grieger.

17. EL BEHAVIORISMO Y LOS LÍMITES DEL MÉTODO CIENTÍFICO, por B. D. Mackenzie.

18. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por Upper-Cautela.

19. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA, por Berstein-Berkovec.

20. HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, por A. E. Kazdin.

21. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, por A. T. Beck, A. J. Rush y B. F. Shawn.

22. LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD,por F. J. Labrador.

24. EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN, por S. R. Strong y Ch. D. Claiborn.

27. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, por M.ª Jesús Benedet.

28. TERAPÉUTICA DEL HOMBRE. EL PROCESO RADICAL DE CAMBIO, por J. Rof Carballo yJ. del Amo.

29. LECCIONES SOBRE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DINÁMICA, por Enrique Freijo.

30. CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por F. Kanfer y A. Goldstein.

31. FORMAS BREVES DE CONSEJO, por Irving L. Janis.

32. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, por Donald Meichenbaum y Matt E. Jaremko.

33. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por Jeffrey A. Kelly.

34. MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de visser.

35. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES. Psicoterapia y personalidad,por Alvin W. Landfield y Larry M. Leiner.

37. PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS. Modelos y métodos, por S. Lynn y J. P. Garske.

38. LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por Rollo May.

39. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. I. Fundamentos teóricos, por Murray Bowen.

40. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. II. Aplicaciones, por Murray Bowen.

41. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, por Bellack y Harsen.

42. CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer. BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS, por J. Rof Carballo.

43. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y W. Dryden.

44. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por Albert Ellis yMichael E. Bernard.

45. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA MOTIVACIONAL, por L. Mayor y F. Tortosa.

46. MÁS ALLÁ DEL COCIENTE INTELECTUAL, por Robert. J. Sternberg.

47. EXPLORACIÓN DEL DETERIORO ORGÁNICO CEREBRAL, por R. Berg, M. Franzen yD. Wedding.

48. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Volumen II, por Albert Ellis y Russell M. Grieger.

49. EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO. Evaluación e intervención, por A. P. Goldstein y H. R. Keller.

50. CÓMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS.Guía práctica para los profesionales de la salud, por Donald Meichenbaum y Dennis C. Turk.

51. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, por Gene D. Cohen.

52. PSICOLOGÍA SOCIAL SOCIOCOGNITIVA, por Agustín Echebarría Echabe.

53. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA RELAJACIÓN, por J. C. Smith.

54. EXPLORACIONES EN TERAPIA FAMILIAR Y MATRIMONIAL, por James L. Framo.

55. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA CON ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS, por Albert Ellis y otros.

56. LA EMPATÍA Y SU DESARROLLO, por N. Eisenberg y J. Strayer.

57. PSICOSOCIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR, por S. M. Stith, M. B. Williams y K. Rosen.

58. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL, por Lawrence Kohlberg.

59. TERAPIA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFICTOS, por Thomas J. D´Zurilla.

60. UNA NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOTERAPIA. Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado, por Hans H. Strupp y Jeffrey L. Binder.

61. MANUAL DE CASOS DE TERAPIA DE CONDUCTA, por Michel Hersen y Cynthia G. Last.

62. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPOS, por Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer.

63. TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO CONTRA EL INSOMNIO PERSISTENTE,por Patricia Lacks.

64. ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD, por Richard M. Suinn.

65. MANUAL PRÁCTICO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA, por Aland S. Bellak y Michael Hersen.

66. LA SABIDURÍA. Su naturaleza, orígenes y desarrollo, por Robert J. Sternberg.

67. CONDUCTISMO Y POSITIVISMO LÓGICO, por Laurence D. Smith.

68. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS, por W. H. Cormier y L. S. Cormier.

69. PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO, por Paul M. Muchinsky.

70. MÉTODOS PSICOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y PRUEBAS CRIMINALES, porDavid L. Raskin.

71. TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA, por A. Freemann y M. A. Reinecke.

72. MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE Y EL EJERCICIO, por Glynn C. Roberts.

73. TERAPIA COGNITIVA CON PAREJAS, por Frank M. Datillio y Christine A. Padesky.

74. DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL PENSAMIENTO EN LOS NIÑOS, por Henry M. Wellman.

75. PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN Y DE LA CREATIVIDAD, por Maite Garaigordobil.

76. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA GRUPAL, por Gerald Corey.

77. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. Los hechos, por Padmal de Silva y Stanley Rachman.

78. PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA, por Chris L. Kleinke.

79. PSICOLOGÍA Y SALUD, por Donald A. Bakal.

80. AGRESIÓN. Causas, consecuencias y control, por Leonard Berkowitz.

81. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS. Introducción a la psicoética, por Omar França-Tarragó.

82. LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. Principios y práctica eficaz, por Paul L. Wachtel.

83. DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACIÓN, por Marvin R. Goldfried.

84. MANUAL PARA LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL, por Earl Babbie.

85. PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FOCUSING. La aportación de E.T. Gendlin, por Carlos Alemany (Ed.).

86. LA PREOCUPACIÓN POR LOS DEMÁS. Una nueva psicología de la conciencia y la moralidad, por Tom Kitwood.

87. MÁS ALLÁ DE CARL ROGERS, por David Brazier (Ed.).

88. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVISTAS. Teoría, Investigación y Práctica, por Michael J. Mahoney (Ed.).

89. GUÍA PRÁCTICA PARA UNA NUEVA TERAPIA DE TIEMPO LIMITADO, por Hanna Levenson.

90. PSICOLOGÍA. Mente y conducta, por Mª Luisa Sanz de Acedo.

91. CONDUCTA Y PERSONALIDAD, por Arthur W. Staats.

92. AUTO-ESTIMA. Investigación, teoría y práctica, por Chris Mruk.

93. LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES. Trabajo social significativo, por David Guttmann.

94. EXPERIENCIA ÓPTIMA. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia, por Mihaly Csikszentmihalyi e Isabella Selega Csikszentmihalyi.

95. LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE FAMILIA. Elementos clave en diferentes modelos, por Suzanne Midori Hanna y Joseph H. Brown.

96. NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA RELAJACIÓN, por Alberto Amutio Kareaga.

97. INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD EN LAS INTERFASES EDUCATIVAS, por Mª Luisa Sanz de Acedo Lizarraga.

98. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica, por Frank Tallis.

99. EXPRESIÖN FACIAL HUMANA. Una visión evolucionista, por Alan J. Fridlund.

100. CÓMO VENCER LA ANSIEDAD. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente, por Reneau Z. Peurifoy.

101. AUTO-EFICACIA: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual, por Albert Bandura (Ed.).

102. EL ENFOQUE MULTIMODAL. Una psicoterapia breve pero completa, por Arnold A. Lazarus.

103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.

104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una guía clínica, por Joseph Barber.

105. CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA, por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.

106. ESTRÉS Y EMOCIÓN. Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.

107. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y RESPUESTA AL TRAUMA. Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch.

108. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA. La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.

109. ENFOQUES TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, por Ian Jakes.

110. LA PSICOTERA DE CARL ROGERS. Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.

111. APEGO ADULTO, por Judith Feeney y Patricia Noller.

112. ENTRENAMIENTO ABC EN RELAJACIÓN. Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.

113. EL MODELO COGNITIVO POSTRACIONALISTA. Hacia una reconceptualización teórica yclínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.

114. TERAPIA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS NEUROCONDUCTUALES. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.

115. PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA. Manual de terapia breve, por Óscar F. Gonçalves.

116. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO, por Henry Pinsker.

117. EL CONSTRUCTIVISMO EN LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA, por Tom Revenette.

118. HABILIDADES DE ENTREVISTA PARA PSICOTERAPEUTAS VOL 1. Con ejercicios del profesor Vol 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.

119. GUIONES Y ESTRATEGIAS EN HIPNOTERAPIA, por Roger P. Allen.

120. PSICOTERAPIA COGNITIVA DEL PACIENTE GRAVE. Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).

121. DOLOR CRÓNICO. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.

122. DESBORDADOS. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.

123. PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA, por José Díaz Morfa.

124. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, por Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla.

125. MECANISMOS PSICO-BIOLÓGICOS DE LA CREATIVIDAD ARTÍSTICA, por José Guimón.

126. PSICOLOGÍA MÉDICO-FORENSE. La investigación del delito, por Javier Burón (Ed.).

127. TERAPIA BREVE INTEGRADORA. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual, por John Preston (Ed.).

128. COGNICIÓN Y EMOCIÓN, por E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas y P. M. Niedenthal.

129. TERAPIA SISTÉMATICA DE PAREJA Y DEPRESIÓN, por Elsa Jones y Eia Asen.

130. PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DE PERSONALIDAD, Manual teórico-práctico, por Carlo Perris y Patrick D. Mc.Gorry (Eds.).

131. PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL. Bases prácticas para la acción, por Pau Pérez Sales.

132. TRATAMIENTOS COMBINADOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas, por Morgan T. Sammons y Norman B. Schmid.

133. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA. El saber clínico compartido, por Randolph B. Pipes y Donna S. Davenport.

134. TRASTORNOS DELIRANTES EN LA VEJEZ, por Miguel Krassoievitch.

135. EFICACIA DE LAS TERAPIAS EN SALUD MENTAL, por José Guimón.

136. LOS PROCESOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA, por Jesús Madrid Soriano.

137. LA ALIANZA TERAPÉUTICA. Una guía para el tratamiento relacional, por Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran.

138. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA PSICOSIS TEMPRANA. Un manual de tratamiento, por John F.M. Gleeson y Patrick D. McGorry (Coords.).

139. TRAUMA, CULPA Y DUELO. Hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterpia de respuestas traumáticas, por Pau Pérez Sales.

140. PSICOTERAPIA COGNITIVA ANALÍTICA (PCA). Teoría y práctica, por Anthony Ryle e Ian B. Kerr.

141. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN BASADA EN LA CONSCIENCIA PLENA. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas, por Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams y John D. Teasdale.

142. MANUAL TEÓRICO-PRÁCTICO DE PSICOTERAPIAs COGNITIVAs, por Isabel Caro Gabalda.

143. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TRASTORNO DE PÁNICO Y LA AGORAFOBIA. Manual para terapeutas, por Pedro Moreno y Julio C. Martín.

144. MANUAL PRÁCTICO DEL FOCUSING DE GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).

145. EL VALOR DEL SUFRIMIENTO. Apuntes sobre el padecer y sus sentidos, la creatividad y la psicoterapia, por Javier Castillo Colomer.

146. CONCIENCIA, LIBERTAD Y ALIENACIÓN, por Fabricio de Potestad Menéndez y Ana Isabel Zuazu Castellano.

147. HIPNOSIS Y ESTRÉS. Guía para profesionales, por Peter J. Hawkins.

148. MECANISOS ASOCIATIVOS DEL PENSAMIENTO. La "obra magna" inacabada de Clark L. Hull, por José Mª Gondra.

149. LA MENTE EN DESARROLLO. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser, por Daniel J. Siegel.

150. HIPNOSIS SEGURA. Guía para el control de riesgos, por Roger Hambleton.

151. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. Modelos y tratamiento, por Giancarlo Dimaggio y Antonio Semerari.

152. EL YO ATORMENTADO. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica, por Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis y Kathy Steele.

153. PSICOLOGÍA POSITIVA APLICADA, por Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás.

154. INTEGRACIÓN Y SALUD MENTAL. El proyecto Aiglé 1977-2008, por Héctor Fernández-Álvarez.

155. MANUAL PRÁCTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR. Claves para autocontrolar las oscilaciones del estado de ánimo, por Mónica Ramírez Basco.

156. PSICOLOGÍA Y EMERGENCIA. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia, por Enrique Parada Torres (coord.)

157. VOLVER A LA NORMALIDAD DESPUÉS DE UN TRASTORNO PSICÓTICO. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaídas, por Andrew Gumley y Matthias Schwannauer.

158. AYUDA PARA EL PROFESIONAL DE LA AYUDA. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario, por Babette Rothschild.

159. TEORÍA DEL APEGO Y PSICOTERAPIA. En busca de la base segura, por Jeremy Holmes.

160. EL TRAUMA Y EL CUERPO. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia, por Pat Ogden, Kekuni Minton y Clare Pain.

161. INSOMNIO. Una guía cognitivo-conductual de tratamiento, por Michael L. Perlis, Carla Jungquist, Michael T. Smith y Donn Posner.

162. PSICOTERAPIA PARA ENFERMOS EN RIESGO VITAL, por Kenneth J. Doka.

163. MANUAL DE PSICODRAMA DIÁDICO. Bipersonal, individual, de la relación, por Pablo Población Knappe.

164. MANUAL BÁSICO DE EMDR. Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos, por Barbara J. Hensley.

165. TRASTORNO BIPOLAR: EL ENEMIGO INVISIBLE. Manual de tratamiento psicológico, por Ana González Isasi.

166. HACIA UNA PRÁCTICA EFICAZ DE LAS PSICOTERAPIAS COGNITIVAS. Modelos y técnicasprincipales, por Isabel Caro Gabalda.

167. PSICOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA, por Itziar Fernández (Ed.).

168. LA SOLUCIÓN MINDFULNESS. Prácticas cotidianas para problemas cotidianos, por Roland D. Siegel.

169. MANUAL CLÍNICO DE MINDFULNESS, por Fabrizio Didonna (Ed.).

170. MANUAL DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUALES, por Mª Ángeles Ruiz Fernández, Marta Isabel Díaz García, Arabella Villalobos Crespo.

172. EL APEGO EN PSICOTERAPIA, por David J. Wallin.

173. MINDFULNESS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, por Mª Teresa Miró Barrachina - Vicente Simón Pérez (Eds.).

174. LA COMPARTICIÓN SOCIAL DE LAS EMOCIONES, por Bernard Rimé.

175. PSICOLOGÍA. Individuo y medio social, por Mª Luisa Sanz de Acedo.

176. TERAPIA NARRATIVA BASADA EN ATENCIÓN PLENA PARA LA DEPRESIÓN, por Beatriz Rodríguez Vega – Alberto Fernández Liria

177. MANUAL DE PSICOÉTICA. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS Y PSIQUIATRAS, por Omar França

178. GUÍA DE PROTOCOLOS ESTÁNDAR DE EMDR. Para terapeutas, supervisores y consultores, por Andrew M. Leeds, Ph.d

179. INTERVENCIÓN EN CRISIS EN LAS CONDUCTAS SUICIDAS, por Alejandro Rocamora Bonilla.

180. EL SÍNDROME DE LA MUJER MALTRATADA, por Lenore E. A. Walker y asociados a la investigación.

182. ACTIVACIÓN CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN. Una guía clínica, por Christopher R. Martell, Sona Dimidjian y Ruth Herman-Dunn

183. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN CONDUCTAS ADICTIVAS BASADA EN MINDFULNESS. Guía clínica, por Sarah Bowen, Neha Chawla y G. Alan Marlatt

185. TERAPIA COGNITIVA BASADA EN MINDFULNESS PARA EL CÁNCER, por Trish Bartley

186. EL NIÑO ATENTO. Mindfulness para ayudar a tu hijo a ser más feliz, amable y compasivo, por Susan Kaiser Greenland

Serie PSICOTERAPIAS COGNITIVAS
Dirigida por Isabel Caro Gabalda

171. TERAPIA COGNITIVA PARA TRASTORNOS DE ANSIEDAD. Ciencia y práctica, por David A. Clark y Aaron T. Beck.

181. PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA Rasgos distintivos, por Robert A. Neimeyer.

184. TERAPIA DE ESQUEMAS Guía práctica, por Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko, Marjorie E. Weishaar.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) pertenece a lo que ha dado en llamarse "terapias de tercera generación" que suponen una revisión de los planteamientos cognitivo-conductuales vigentes hasta no hace muchos años. La ACT asienta sus fundamentos teóricos en el contextualismo funcional y en la teoría del marco relacional, lo que implica un cambio radical en la consideración de los elementos del comportamiento humano, que ya no son analizados en su particular individualidad sino en cuanto elementos que forman parte del contexto en el que tiene lugar la propia conducta.

En el ámbito de la práctica terapéutica, su aportación fundamental es la despatologización de la experiencia humana. "Vivir no es una enfermedad", por dura que sea la realidad; lo verdaderamente patológico consiste en renunciar a las propias vivencias y experiencias vitales, la "evitación vivencial". De este modo, la ACT se convierte en una invitación a la vida, a la realización personal a través de la propia trayectoria vital. Su objetivo terapéutico es el desarrollo de la "flexibilidad psicológica" a la que están enfocadas las distintas técnicas y herramientas recogidas en este manual. Los seguidores de distintos enfoques terapéuticos –Terapia Narrativa, Terapia Gestalt, Psicoterapia Analítica Funcional, PNL, Focusing, Mindfulness, Logoterapia, etc.– encontrarán en esta obra muchas técnicas y conceptos que les resultarán familiares. La ACT, sin embargo, es un enfoque diferente que puede enriquecer la práctica terapéutica de los profesionales de tendencias muy diversas.

En el plano operativo, el presente manual aporta gran cantidad de materiales diagnósticos y de seguimiento de aplicabilidad inmediata y aborda, además, la situación vivencial del propio terapeuta en el transcurso de la terapia, sus dudas y temores. Proporciona una visión clara de la relación terapéutica mediante abundantes transcripciones de sesiones y aporta ejemplos concretos de motivación terapéutica mediante metáforas y demás técnicas propias de la ACT.

ISBN: 978-84-330-2695-8
9 788433 026958
www.edesclee.com

biblioteca de psicología