

PAPELES DEL PSICÓLOGO

NUEVAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS



HIPNOSIS DESPIERTA, MINDFULNESS, TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

Sección monográfica

69. PRESENTACIÓN

Antonio Capafons

70. El modelo Valencia de Hipnosis despierta. ¿Técnicas nuevas o técnicas innovadoras?.

Ana Alarcón y Antonio Capafons

79. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia.

M. Carmen Luciano Soriano y María Sonsoles Valdivia Salas

92. Mindfulness.

Miguel Ángel Vallejo Pareja

100. ¿Hay algo nuevo en terapia psicológica?: Tres propuestas y una respuesta posible.

Juan Capafons y Carmen D. Sosa

Otras aportaciones

104. Cambios sociales y trastornos de la personalidad posmoderna.

Francisco Martín Murcia

116. Las metáforas en la psicología cognitivo-conductual.

Jenny Moix Queraltó

Forum

123. Respuesta al profesor Buela-Casal: La investigación es de todos.

César González-Blanch

126. Réplica a González-Blanch (2006b): Respuesta al profesor Buela-Casal: la investigación es de todos.

Gualberto Buela-Casal

Special Section

69. HIGHLIGHTS OF THIS SECTION

Antonio Capafons

70. The Valencia model of waking hypnosis. New or innovative techniques?.

Ana Alarcón y Antonio Capafons

79. Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Basis, characteristics, and evidence.

M. Carmen Luciano Soriano y María Sonsoles Valdivia Salas

92. Mindfulness.

Miguel Ángel Vallejo Pareja

100. Is there anything new in psychological therapy?: Three offers and a possible response

Juan Capafons y Carmen D. Sosa

Regular articles

104. Social changes and postmodern personality disorders.

Francisco Martín Murcia

116. Metaphor discrimination in cognitive-behavioral psychology.

Jenny Moix Queraltó

Forum

123. Response to professor Buela-Casal: research belongs to everybody.

César González-Blanch

126. Reply to González-Blanch (2006b): Response to professor Buela-Casal: research belongs to everybody

Gualberto Buela-Casal

PAPELES DEL PSICÓLOGO

Edita

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España

Director

Serafín Lemos Giráldez

Directores asociados

José Ramón Fernández Hermida, Manuel Enrique Medina Tornero, José Carlos Núñez Pérez y José María Peiró Silla

Consejo Editorial

Francisco Santolaya Ochando
Jaume Almenara i Aloy
Julián Baltasar Jaume
Manuel Berdullas Temes
Rosario Carcas Castillo
Fernando Chacón Fuertes
Juan Delgado Muñoz
Juan Manuel Egurtza Muniaín
Alfredo Fernández Herrero
Aurora Gil Álvarez
Lorenzo Gil Hernández
M^a Teresa Hermida Pérez
Rosa Jiménez Tornero
Margarita Laviana Cuetos
Ramón Loitegui Aldaz
Cristina López Díaz
Isabel Martínez Díaz de Zugazua

Manuel Enrique Medina Tornero
Eduardo Montes Velasco
Teresa Rizo Gutiérrez
Manuel Rodríguez Fernández
Concepción Santo Tomás de Abajo
Manuel Mariano Vera Martínez
Jesús Ramón Vilalta Suárez

Consejo Asesor

José Antonio Aldaz, Esteban Alonso, Isaac Amigo, José Arévalo Serrano, Pilar Arránz, José María Arredondo, Dositeo Artiaga, M^a Dolores Avia, Sabino Ayestarán, Francisco Bas, Vicent Bermejo, Amalio Blanco, Cristina Botella, Carmen Bragado, Gualberto Buela, José Buendía, Vicente Caballo, Francisco Cabello, José Cáceres, Rosa Calvo, Fernando Calvo, Amalia Cañas, Antonio Capafons, José Carlos Caracuel, Helio Carpintero, Mario Carretero, José Antonio Carrobles, Miguel Costa, Antonio Coy, Sixto Cubo, Piedad Cueto, Fernando Díaz Albo, María José Díaz-Aguado, Jesús A. De Diego, Raúl De Diego, Andrés Duarte López, Rocío Fernández Ballesteros, Nicolás Fernández Losa, Jorge Fernández Del Valle, Concepción Fernández Rodríguez, Alfredo Fornos, Enrique García Huete, Miguel Anxo García Álvarez, César Gilolmo, Jesús Gómez Amor, Jorge L. González Fernández, Julio Antonio González García, José Gutiérrez Terrazas, Adolfo Hernández Gordillo, Florencio Jiménez Burillo, Cristóbal Jiménez Jiménez, Annette T.Kreuz, Francisco Javier Labrador, José Carlos León Jarriego, Jesús Ramón Loitegui, Roberto Longhi, Aquilino Lousa, Araceli Maciá, Emiliano Martín, María Angeles Martínez Esteban, José Joaquín Mira, Luis Montoro, José Muñiz, Nicomedes Naranjo, Conrado Navalón, José Ignacio Navarro Guzmán, Luis De Nicolás, Soledad Ortega Cuenca,

Pedro Pérez García, Marino Pérez Álvarez, Félix Pérez Quintana, José Luis Pinillos, José Antonio Portellano, José María Prieto, Ismael Quintanilla, Francisco Ramos, Jesús Rodríguez Marín, Carlos Rodríguez Sutil, José Ignacio Rubio, Carlos Samaniego, Aurelia Sánchez Navarro, Javier Urrea, Miguel Angel Vallejo y Jaime Vila.

Diseño y Maquetación

Juan Antonio Pez Martínez

Redacción, administración y publicidad

Juan Antonio Pez Martínez
Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos
C/ Conde de Peñalver, 45-5^a Izq.
28006 Madrid - España
Tels.: 91 444 90 20 - Fax: 91 309 56 15
E-mail: papeles@correo.cop.es

Impresión

Intigraf S.L.
C/ Cormoranes, 14. Polígono Industrial La Estación.
28320 Pinto Madrid

Depósito Legal

M-27453-1981 / ISSN 0214-7823

De este número 27 Vol, 2 de Papeles del Psicólogo se han editado 47.400 ejemplares.

Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

Papeles del Psicólogo está incluida en Psycodoc y en las bases de datos del ISOC (Psedisoc) y en IBECS. También se puede consultar en la página WEB del Colegio de Psicólogos:

<http://www.cop.es>

PRESENTACIÓN



Papeles del Psicólogo pone este número al servicio de especialistas que nos informan sobre algunas de las tendencias y desarrollos recientes en los tratamientos psicológicos. La idea surgió en el seno del Comité Ejecutivo de la Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud, que propuso un simposio sobre Nuevas Terapias y Técnicas Clínicas, dentro de su IV Reunión Anual, organizada bajo el lema "Abriendo Caminos a la Psicología Clínica y de la Salud", y celebrada en octubre de 2005. En este simposio, que tuve el honor de coordinar, participaron la Dra. Ana Alarcón exponiendo los elementos más relevantes del Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta, el Dr. Miguel Ángel Vallejo, quien aportó una muy interesante información sobre Mindfulness, y la Dra. Carmen Luciano, quien versó sobre la Terapia de Aceptación y Compromiso. Así mismo, hubo un destacado cuarto participante, el público, que, con sus preguntas y consideraciones, animó un fructífero e interesantísimo debate sobre temas que los ponentes habían suscitado. La falta objetiva de tiempo para exponer y debatir sobre todos ellos, estuvo en el ánimo de los Drs. Serafín Lemos y José Ramón Fernández a la hora de proponernos la edición de este número monográfico de Papeles, cuyos antecedentes pueden encontrarse en Infocop, revista que dio cuenta del simposio, y entrevistó a alguno de los participantes (véase los números del 26/10/2006, y 14/11/06). Así pues, los trabajos recogidos en este número están escritos por los mismos autores (con algún coautor en algunos de ellos) que participaron en ese simposio, junto a un "representante" del público que animó el mencionado debate. Todos los autores reflejan en sus aportaciones a este número, lo que de nuevo o innovador tienen las técnicas, métodos y terapias que presentan, así como cuáles son sus supuestos y sustento empírico. El representante del público, el Dr. Juan Ignacio Capafons, quien tuvo una actuación destacada en tal debate, aportará una visión encaminada a dar perspectiva a los temas tratados, enmarcándolos en un contexto en el que se consideran aspectos comunes, relevancia teórico-práctica de las aportaciones, y el posible impacto sobre la Psicología Clínica. En un tiempo en el que aparecen reiteradamente personas que defienden haber creado una terapia o técnica nueva, es interesante analizar lo que de novedoso tiene, y, más aún, el supuesto plus de utilidad y eficacia puede aportar a lo que ya hay.

Confío en que la lectura de estos trabajos contribuya al enriquecimiento intelectual de quienes los lean, pero, sobre todo, espero y deseo con fuerza, que anime a los lectores a profundizar en los temas expuestos, a desarrollar su juicio sobre los diferentes aspectos que se plantean, y, especialmente, a mejorar su práctica profesional.

Dr. Antonio Capafons
Universitat de Valencia
Mayo de 2006



EL MODELO DE VALENCIA DE HIPNOSIS DESPIERTA ¿TÉCNICAS NUEVAS O TÉCNICAS INNOVADORAS? THE VALENCIA MODEL OF WAKING HYPNOSIS. NEW OR INNOVATIVE TECHNIQUES?

Ana Alarcón* y Antonio Capafons**

*Universitat Jaime I, Castellón. **Universitat de València

El Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta presenta varias características innovadoras que permiten un uso eficiente e integrador de la hipnosis: la forma de presentarla al cliente evita un lenguaje tranceático o palabras "patologiformes", mostrándola como una estrategia general de afrontamiento y de auto-control, que usa las propiedades auto-regulatorias del cerebro. El paciente hipnotizado está con los ojos abiertos y conversando fluidamente. Esta perspectiva es más permisiva con el cliente y le responsabiliza más sobre su papel en el tratamiento que las perspectivas clásicas de hipnosis despierta. Además, trata de integrar distintas formas de intervención clínica, desarrollando procedimientos para el cambio del significado de los "síntomas", y de la actitud hacia ellos. La investigación experimental muestra la potencia y eficiencia de estos procedimientos para promover sugerencias, pero todavía carece de evidencia empírica en cuanto a su aplicación clínica.

Palabras Clave: hipnosis despierta, tratamiento psicológico, intervención psicológica, cognitivo-comportamental, sugestión, psicoterapia.

The Waking Hypnosis Valencia Model presents some innovative features that allow an efficient and integrative use of hypnosis. The way of presenting hypnosis to patient avoids trance explanations, or pathological-like terms. The hypnotized persons keep their eyes open while talking fluently. Moreover, hypnosis is contextualized as a general coping skill for self-control that uses the self-regulatory functions of the brain. This perspective is more permissive than the old conceptions of waking hypnosis, and involves more to the client in the psychotherapy process. Finally, that model in an integrative one, as has developed suggestion procedures for changing the meaning of the patients' "symptoms", and their attitudes to them. Thus, it is an approach that includes ideas from other psychotherapeutic perspectives. Experimental research shows that the Valencia Model procedures are efficient and powerful to promote suggestions. Nevertheless, the empirical evidence for its clinical applications is very short, and consequently, more research is needed.

Key words: waking hypnosis, suggestion, psychological treatment, psychological intervention, cognitive-behavioral, psychotherapy.

Habitualmente, cuando comentamos nuestro interés por la hipnosis, se nos bombardea con preguntas como: *¿Pero eso de la hipnosis es verdad? ¿Bajo hipnosis podría recordar cosas de mi infancia? ¿Con la hipnosis podré acceder a mi subconsciente?*

Si, además, indicamos que no es necesario que la persona hipnotizada cierre los ojos y puede seguir hablando con fluidez o caminando, la sorpresa es mayúscula, multiplicándose las preguntas casi exponencialmente. Lo que la mayoría de la gente leiga, incluso profesionales de la Psicología y de la Medicina, intuye acerca de lo que es la hipnosis no se corresponde con su realidad experimental y su aplicación clínica, debido al peso de los mitos y creencias erróneas existentes sobre la hipnosis. Quizá por ello, la hipnosis es una técnica poco usada en España

por parte de los profesionales de la Psicología (Capafons & Mendoza, en prensa). Estos investigadores indican que, de casi 800 profesionales de la Psicología encuestados, sólo el 15,2% dicen utilizar la hipnosis regularmente, y únicamente el 7.6% conocen la hipnosis despierta (todos lo que responde se refieren al Modelo de Valencia), y el 9.2% la hipnosis activo-alerta. No obstante, hay que apuntar que los psicólogos que sí utilizan la hipnosis despiertan, la consideran una técnica útil, aceptada fácilmente y con agrado por sus pacientes (Capafons & Mendoza, en prensa). Capafons y Mendoza también revisan las referencias sobre hipnosis despierta en las bases de datos al uso, encontrando que son escasísimos los estudios clínicos y experimentales sobre ella. Esta falta de información y de interés por la hipnosis despierta en España, no puede explicarse porque sea reciente, que no lo es, pues Wells publicó un trabajo sobre ella ya en 1924, y, ya antes que él, Carpenter (1852). Quizá se debe, con mayor seguridad, a que ha sido obviada también en la

Correspondencia: Antonio Capafons. Facultat de Psicologia. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010. Valencia. España. E-mail: Antonio.Capafons@uv.es

investigación y aplicación clínica en el mundo anglosajón, tal y como hemos indicado. Seguramente en el campo de la hipnosis no se ha prestado la atención a su variedad “despierta”, porque no concordaba con la idea general de la hipnosis como un estado de trance y somnambulismo (Sarbin y Coe, 1972). Por lo tanto, ya podemos responder a la pregunta formulada en el título de este trabajo sobre si el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta es una técnica nueva. Según la Real Academia de la Lengua *nuevo* significa, entre otras, *recién hecho o fabricado, que se ve o se oye por primera vez; repetido distinto o diferente de lo que antes había o se tenía aprendido o que sobreviene o se añade a algo que había antes, repetido o reiterado para renovarlo*. El modelo de Valencia de Hipnosis Despierta, según estas acepciones, no es una técnica nueva excepto quizá si nos acogemos a las dos últimas. Sin embargo, la palabra *innovador*, que significa según esta Academia, *mudar o alterar algo, introduciendo novedades, y, curiosamente, volver algo a su anterior estado*, podría calificar el modelo de hipnosis despierta que presentamos. En definitiva, nuestro modelo sería más *innovador que nuevo*, como casi todo lo que se presenta como “nuevo” en Psicología desde la década de los 80. Y defendemos que el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta es innovador respecto de la utilización original de Wells (1924), pues introduce novedades, como, por ejemplo, que es menos autoritario, gira en torno a la auto-hipnosis, y promueve un vocabulario diferente para describir y usar la hipnosis al que usó Wells, y también autores que estudian la hipnosis activo-alerta, o algunos acercamientos ericksonianos. En este sentido, también es innovador y diferente a otros acercamientos de hipnosis despierta más recientes (Iglesias & Iglesias, 2005), ya que nuestro modelo de intervención y de hipnosis es cognitivo-comportamental.

¿QUÉ ES LA HIPNOSIS DESPIERTA?

La palabra “despierta” pone de manifiesto que nos referimos a métodos donde la persona no necesita estar relajada ni con los ojos cerrados para poder beneficiarse de la sugestión. Es una forma de diferenciar estos métodos de sugestión de los métodos tradicionales, sin querer decir con ello que en los métodos tradicionales por relajación la persona hipnotizada no esté despierta. También usamos la palabra hipnosis, para designar claramente que se usa un ritual de inducción rotulado como hipnótico, de modo que no se puede considerar a

la hipnosis despierta como *sólo* sugestión despierta (*waking suggestion*), sugestión que suele usarse sin ese conjunto de rituales de inducción. Por otro lado, es importante aclarar, que cuando hablamos del Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta, nos referimos a una forma clínica de proceder, y a una serie de métodos para cambiar actitudes y usar las sugestiones, cuyas características son:

1. Que la persona mantenga los ojos abiertos.
2. No sugerir sueño o relajación, sino actividad y expansión mental.
3. Que la persona hipnotizada puede hablar fluidamente, caminar y poder realizar las tareas cotidianas, mientras experimenta las sugestiones hipnóticas.
4. Que evita sugerir trance, alteración de conciencia, etc., cuidando el vocabulario para presentar la hipnosis como una *estrategia general de afrontamiento*.

Esas características la diferencian de la hipnosis alerta y activo-alerta, pues en la hipnosis despierta se sugiere desde el principio que la persona mantenga los ojos abiertos y que converse natural y fluidamente con el terapeuta, además de presentarse como una estrategia de auto-control y de afrontamiento (Capafons, 2001a).

¿Por qué hipnosis despierta?

Podemos considerar dos motivos principales: en primer lugar, porque es una técnica hipnótica, y en este sentido es altamente probable que muestre las ventajas de dichas técnicas. Cuando se usa como única intervención, la hipnosis no parece ser eficaz para tratar problemas médicos y/o psicológicos (Flammer & Bongartz, 2003). Pero como coadyuvante, sí parece incrementar la eficacia de algunas intervenciones psicológicas y médicas, especialmente en el caso del dolor, donde es un tratamiento bien establecido (Montgomery & Schnur, 2005). En cuanto a la eficiencia, la hipnosis también puede incrementar la eficiencia de algunos tratamientos. De hecho Green y Lynn (2000) la consideran como una técnica eficiente para reducir el consumo de cigarrillos, y Schoenberger (2000) como coadyuvante eficiente de los tratamientos cognitivo-comportamentales. En segundo lugar, la hipnosis despierta posee una serie de ventajas añadidas sobre la hipnosis tradicional. Wells (1924) mencionó algunas con respecto a la hipnosis tradicional: evita la apariencia de un procedimiento misterioso; es más rápida y más fácil, tanto para el terapeuta como

para el paciente, y puede ser empleada con éxito en un mayor número de sujetos.

Así pues, podemos decir que el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta, presenta algunas ventajas que justificaría, su uso:

- Como la hipnosis despierta propuesta por Wells (1924), al mantener la persona los ojos abiertos reduce el temor a perder el control. Aunque éste no se pierde en ninguna condición hipnótica, el no cerrar los ojos refuerza esta idea. En este mismo sentido, ofrece mayores posibilidades en tanto que es más rápida, más accesible y agradable a un mayor número de personas.
- Además, y a diferencia del modelo de Wells, que era muy autoritario y favorecía más la pasividad de la persona (John F. Chaves, comunicación personal al segundo autor, 12-1-2005), una característica muy acusada del Modelo de Valencia es que favorece la *participación activa de la persona* a la vez que se incrementan las posibilidades de acción de la terapia (es más versátil), ya que la persona hipnotizada pue-

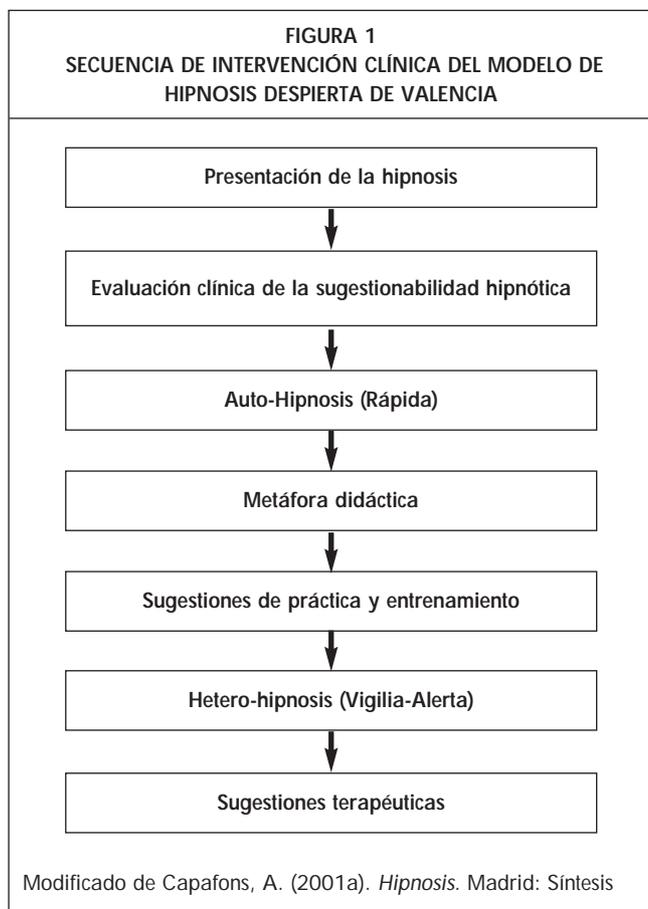
de realizar cualquier tipo de conducta habitual, incluyendo en este repertorio conductual aquellas requeridas para el funcionamiento de la terapia: desempeño de roles, exposiciones in vivo, etc. (Capafons, 1998b). Se fomenta, así, la motivación por el tratamiento y las expectativas de éxito (Capafons, 2001a).

- Finalmente, el Modelo de Valencia presenta la hipnosis despierta como una estrategia general de destrezas, de afrontamiento y auto-control (Capafons, 1998b; 2001a), fuera de un contexto de trance, a diferencia del propio Wells (1924).

ELEMENTOS Y FORMA DE PROCEDER DEL MODELO DE HIPNOSIS DESPIERTA DE VALENCIA

Este modelo se sustenta en el paradigma socio-cognitivo o cognitivo-comportamental de la hipnosis. Es la primera vez que se aborda el tema de la hipnosis despierta descartando el concepto de trance y se defiende la continuidad entre el comportamiento hipnótico y el habitual, apelándose a variables tales como expectativas, motivación, actitudes, creencias, etc. (Capafons, 1999; Lynn & Kirsch, 2005; Spanos y Coe, 1992). Pero, quizás, lo más innovador sea la secuencia que propone para manejar la sugestión hipnótica, y que guía la puesta en práctica de la hipnosis, sea despierta o no (figura 1).

Implícito en esa secuencia está nuestro interés en generar métodos eficientes, que resulten agradables al paciente, rápidos, fáciles de aprender y de aplicar (tanto por parte de los pacientes como de los terapeutas) y, que en la medida de lo posible, reduzcan el porcentaje de abandonos (Alarcón, Capafons, Bayot y Cardeña, 1999). En este sentido, la evidencia empírica indica que la eficiencia de un programa terapéutico al que se le adjunta hipnosis, puede depender precisamente del método de inducción que se utilice (Capafons, 2001b). Los métodos de inducción resultarán eficientes, según sus propias características, de la explicación de la hipnosis que se dé a los pacientes, y de las expectativas que ésta les genere (Capafons, 2001b; Lynn, Nash, Rhue, Frauman, y Sweeney, 1984). La hipnosis parece ayudar más cuando promueve unas expectativas ajustadas y unas actitudes positivas (Schoenberger, 2000). Por ello, el Modelo de Hipnosis Despierta de Valencia trata de conjugar métodos de cambio de actitudes hacia la hipnosis con métodos de inducción y manejo de las sugestiones que favorezcan



el agrado e implicación de la persona a hipnotizar en el proceso de intervención.

Así pues, el Modelo de Valencia incluye tres procedimientos para establecer un buen rapport, desde una visión cognitivo-conductual de la hipnosis: *la presentación cognitivo-comportamental de la hipnosis, una evaluación clínica de la sugestionabilidad hipnótica, y una metáfora didáctica sobre la hipnosis*. A estos procedimientos se le suman dos métodos de hipnosis despierta (*Auto-Hipnosis Rápida y la (hetero) Hipnosis Vigilia-Alerta*) conformando el modelo que a continuación desarrollamos. Se trata de una secuencia estructurada pero flexible, cuyo eje central es la Auto-Hipnosis Rápida (AHR) (Capafons, 1998b). La idea final es que los pacientes puedan activar por ellos mismos, y de forma desapercibida, las sugerencias terapéuticas en las situaciones cotidianas donde las necesiten (Capafons, 1999).

Presentación cognitivo-comportamental de la hipnosis

Al utilizar la hipnosis como coadyuvante de un tratamiento, es recomendable valorar las creencias y actitudes de los pacientes (Capafons et al., 2005) dado que expectativas no adecuadas modulan negativamente la respuesta a la sugestión (Kirsch, 1999). Por ello, es necesario dedicar un tiempo de la terapia a aclarar conceptos erróneos con el fin de no generar falsas expectativas y ofrecer información veraz y ajustada a la investigación. *La presentación cognitivo-comportamental* tiene como objetivo que el paciente experimente por sí mismo ciertas reacciones que le ayuden a entender lo que se puede esperar de la hipnosis. Para ello, la presentación de la hipnosis incluye un ejercicio motor con el péndulo de Chevreul que ilustra la diferencia entre "automático" e "involuntario" reforzando el concepto de "interferencia", central para que el paciente empiece a entender la hipnosis como una técnica de auto-control. También se establece un símil entre asistir al cine y estar hipnotizado, de modo que una ficción puede determinar respuestas automáticas e intensas, pero voluntarias (Capafons 2001a).

Esta presentación procura transmitir las siguientes ideas: a) las respuestas a las sugerencias son actos del usuario, el terapeuta sólo ayuda; b) tales actos son automáticos, pero voluntarios, aunque se experimenten como acaecimientos; c) lo que ocurra durante la hipnosis depende de que el cliente use recursos similares a otros actos de la vida cotidiana (por ejemplo, dejarse llevar por una ficción, como en el cine); d) la hipnosis implica reac-

ciones de la vida cotidiana que se activan o desactivan a voluntad; e) por ello, la hipnosis es una forma de auto-control; f) estar hipnotizado no implica estar en un trance o similar, sino tener la mente preparada para usar los recursos que también en la vida cotidiana provocan respuestas que percibimos como automáticas.

La presentación muestra a la hipnosis como un proceso voluntario del cliente, evitando palabras tales como "trance", "disociación" o "alteración de conciencia", que se pueden asociar a la idea de pérdida de control, generando miedo e incluso rechazo frontal en algunos pacientes (perdiendo, así, eficiencia). Los resultados experimentales indican que cuando se hace esta presentación o una neutra, personas que rechazan abiertamente la hipnosis, abandonan significativamente menos si se les oferta una hetero hipnosis, que cuando se rotula a la hipnosis como un estado de trance (Capafons et al., en revisión). Sin embargo, a si se les oferta una auto-hipnosis, desaparecen los abandonos y no se encuentran diferencias entre los tres tipos de presentaciones (neutra, trance, cognitivo-comportamental) a la hora de cambiar actitudes negativas hacia la hipnosis (Capafons et al., 2005). Quizás esto pueda explicarse porque la auto-hipnosis puede reforzar la creencia de que no pérdida de control, incrementando así la seguridad y confianza en el cliente. Por ello, la presentación cognitivo-comportamental se aleja de concepciones misteriosas o "patologiformes" de la hipnosis, y a ella se apelará durante el resto de la intervención para motivar al cliente a experimentar las sugerencias.

Evaluación cognitivo-comportamental de la sugestionabilidad hipnótica

En este modelo se evalúa la actitud hacia la hipnosis y hacia el terapeuta, y si la persona colabora en un contexto de confianza. Para ello se utilizan unos ejercicios clásicos en la hipnosis, dotándoles de un significado diferente. Dado que existe una alta correlación entre dar las mismas sugerencias estando la persona hipnotizada y fuera de hipnosis (el 64% de la varianza (Hilgard, 1965)), la evaluación inicial la realizamos fuera del contexto hipnótico (Capafons, 2001a). Así favorecemos que el cliente vaya familiarizándose con la hipnosis despierta. Por ejemplo, el primer ejercicio de *balanceo postural*, se sugiere a la persona que, mientras mantiene los ojos cerrados, los pies juntos y el cuerpo relajado, su cuerpo se balancea. Si tras escuchar la sugestión, el paciente se balancea ligeramente, es que no está interfiriendo, ya

que ese movimiento es el esperable sin intervención alguna de la sugestión. Si el paciente balancea ostensiblemente, asumiremos que está colaborando y experimentando el efecto de la sugestión, y, por tanto, que su actitud es positiva y su expectativa adecuada. En el segundo ejercicio (*caída hacia atrás*) el primer paso es demostrar al paciente que tiene el control completo para evitar que el terapeuta le deje caer hacia atrás sin sujetarle. Por ejemplo, se pide a la persona que se tire hacia atrás para comprobar que el terapeuta puede con ella. Después, el terapeuta habla al cliente (que está con los ojos cerrados) desde distintas posiciones para que compruebe que por la voz del terapeuta puede saber en todo momento si se encuentra a la distancia y lugar adecuados para sujetarle. A continuación, y en la misma posición que en el ejercicio del balanceo, se sugiere al paciente que notará un desequilibrio y caerá hacia atrás. Si el paciente cae hacia atrás se concluye que confía de forma clara en el terapeuta. Si además sintió el desequilibrio, asumiremos que experimentó la sugestión sugerida. Pero, si a pesar de notar el desequilibrio, interfiere con la caída, podemos pensar en una actitud negativa, sobre todo si cuando se le pidió que se dejara caer para comprobar que el terapeuta podía sujetarlo realmente se dejó caer. Quizá haya una actitud negativa hacia la hipnosis y no hacia el terapeuta, pues, de otro modo, también en esa comprobación se habría negado a caer hacia atrás. Finalmente, procedemos a aplicar un par de ejercicios más que se rigen más o menos por las mismas ideas, y que no comentamos por razones de espacio.

Como puede observarse, la forma de usar e interpretar estos ejercicios clásicos, es divergente de lo habitual, innovando a la hora de evaluar las actitudes y expectativas de manera cualitativa, y muy útil para conocer la predisposición del paciente a colaborar e implicarse en la terapia. Más aún, la forma de usar estos ejercicios trata de generar expectativas de éxito en el cliente, para que vaya aceptando la alta probabilidad que tiene de responder a las sugestiónes terapéuticas. Finalmente, todos los ejercicios son valiosos, además, porque informan sobre pasos que forman parte de distintos métodos de auto-hipnosis que se usan en la intervención.

El método de auto-hipnosis rápida

Es el eje central del modelo de Valencia (Capafons, 1998a, b). Otros elementos del modelo (presentación de la hipnosis, evaluación, y metáfora didáctica) son útiles

para cualquier tipo de hipnosis, sobre todo si se usa desde una perspectiva cognitivo-comportamental y de auto-control. Por ello, dependiendo de las circunstancias, clientes, problema, etc., debe valorarse la conveniencia de cada elemento. Sin embargo, para aplicar coherentemente el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta la AHR es esencial. Como indican Lynn, Kirsch y Rhue (1996) enmarcar la experiencia hipnótica como auto-hipnosis disminuye las reticencias de los clientes, y los involucra activamente en el proceso terapéutico. Además, existe evidencia experimental de que empezar con auto-hipnosis facilita la respuesta posterior a las sugestiónes y a la propia hetero hipnosis (Jonson, Dawson, Clark, y Sikorsky, 1983). Concretamente, la AHR tiene las siguientes características (Capafons, 2004): a) rapidez, necesaria para que pueda utilizarse eficientemente en las situaciones donde el paciente así lo requiera; b) inadvertencia y estructuración de los pasos a realizar; c) sencillez de aprendizaje, facilitada por su conexión con los ejercicios de evaluación de la sugestionabilidad, lo que, además, facilita las expectativas de que esos pasos serán eficaces; d) las auto-sugestiónes se dan con ojos abiertos (Capafons y Mendoza, en prensa).

La AHR consta de tres pasos (apretón de manos, caída hacia atrás e inmovilidad del brazo) diseñados para que instiguen sensaciones de relajación, pesadez e inmovilidad corporal (y así se dice al cliente), si bien cabe esperar que algunas personas experimenten más bien ligereza y levitación. En este caso hay que readaptar el procedimiento para ajustarse a las necesidades de los pacientes. La justificación que se da al cliente es que los ejercicios están pensados para activar el cerebro para que pueda funcionar de manera rápida y eficaz. El terapeuta modela los pasos a lo largo de todo el aprendizaje, incluido el proceso de desvanecimiento de los movimientos claros y visibles de la versión larga de la AHR (Capafons, 2001a; 2004). El cumplimiento de una sugestión de reto (dificultad para levantar un brazo) es la señal de que está en auto-hipnosis. Al principio, el cliente puede realizar el aprendizaje con los ojos cerrados si así lo prefiere. Una vez afianzado lo aprendido, se le instruye para que pueda activar todo el proceso sin necesidad de los dos primeros pasos, y con los ojos abiertos. Tan sólo tendrá que reproducir la sensación de la mano pegada a la pierna o similar (disociación del brazo) para "activar" su cerebro. Para ello, se le debe explicar el concepto de *recuerdo sensorial/emocional*

(Kroger y Fezler, 1976). Utilizando la disociación del brazo como método de inducción-confirmación de estar auto-hipnotizado (versión corta) estamos usando ya la hipnosis despierta. Aquí ya la persona se siente activada, con los ojos abiertos, manteniendo una posición corporal "natural" y una conversación fluida, con todas las ventajas que ello supone para la generalización a la vida cotidiana de los avances conseguidos en terapia (Capafons, 2001a). Los resultados experimentales sobre AHR muestran su eficacia para promover respuestas a las sugerencias, mostrándose más eficiente (agradable y preferido) que el Método de Enrollamiento Ocular de Spiegel y Spiegel (1978). A su vez, la versión *corta* de la AHR resulta más potente, agradable y preferida que la versión larga, (Martínez-Tendero, Capafons, Weber, y Cardeña, 2001; Reig, Capafons, Bayot, y Bustillo, 2001).

La metáfora didáctica: consolidación en el cambio de actitudes

Una vez el cliente ha experimentado la auto-hipnosis, le presentamos una metáfora cuyo objetivo es consolidar las ideas siguientes: la hipnosis no es peligrosa, implica esfuerzo y perseverancia para conseguir los cambios conductuales, y es un instrumento importante, pero como coadyuvante. La metáfora se usa como recurso didáctico que ayuda al cliente a consolidar y recordar la información sobre la hipnosis (Porush, 1987). Una vez auto-hipnotizado, se pide al cliente que se imagine a sí mismo afrontando una serie de dificultades ficticias (sobrevivir en una jungla) que va resolviendo con éxito, gracias a su esfuerzo y al uso correcto de un machete que representa a la hipnosis (Capafons, 2001a). La investigación muestra que, tras escuchar la metáfora, la mayoría de los participantes cambian su opinión sobre la hipnosis, aceptándola como una técnica coadyuvante y para el auto-control, (Capafons, Alarcón y Hemmings, 1999).

Hetero-HVA (mano alerta)

La (hetero) Hipnosis Vigilia Alerta (HVA) se usa en este modelo como complemento y apoyo a la AHR, especialmente con aquellos pacientes que presentan mayores dificultades con la auto-hipnosis, por su preferencia a ser hipnotizados por el terapeuta (Capafons, 1998a; 2001a). El terapeuta puede hipnotizar al paciente con la finalidad de reforzar la eficacia de las auto-sugerencias que se administre utilizando la auto-hipnosis (Capafons, 2001a; 2004). Habitualmente, se sugiere que la AHR re-

sultará eficaz para activar los recursos del cliente, y que tendrá éxito en modular, regular y producir cambio terapéutico (Capafons y Mendoza, en prensa). Por otro lado, con esta técnica se anima al paciente a mantener los ojos abiertos, a adoptar la apariencia de personas activadas e incluso tener la posibilidad de mantener una conversación con el terapeuta (igual que ocurría con la AHR). La HVA requiere un leve ejercicio físico (mover la mano dominante rítmicamente hasta alcanzar la automatización del movimiento) que ayuda a evocar una activación general, de modo que el cliente puede caminar mientras permanece hipnotizado. Este método de inducción incluye sugerencias de mente expandida, y de incremento del latido cardíaco, de la respiración y de la velocidad de funcionamiento del cerebro. La investigación indica que la HVA tiene ciertas ventajas sobre otras técnicas como la hipnosis activo-alerta (Bányai, Zseni y Túry, 1993) ya que: a) resulta más agradable (Cardeña, Alarcón, Capafons y Bayot, 1998) y promueve mayor nivel de sugestión (Alarcón, Capafons, Bayot y Cárdena, 1999); b) incluye unos ejercicios previos para evitar que los pacientes confundan estar activado con estar ansioso, algo que puede ocurrir (Ludwig y Lyle, 1964); c) es menos engorrosa que el método de Bányai, dado que no necesita de una bicicleta ergonómica o de una sala muy grande; d) porque la persona hipnotizada con vigilia-alerta mantienen los ojos abiertos, lo que no siempre ocurre con el método activo-alerta de Bányai; e) porque genera un menor número de abandonos que la técnica activo-alerta.

El modo clínico de proceder del Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta

La idea básica es convencer al cliente, a través del uso de las sugerencias hipnóticas, de que tiene más posibilidades de superar su problema de las que cree. Se trata de incrementar las expectativas de eficacia personal y de resultado (Kirsch, 1985; 1986), fomentando la motivación del cliente para involucrase en la intervención. Esto es común al uso de la hipnosis tradicional (Barber, 1985). En nuestro caso, creemos que se va un paso más allá, en la medida que las sugerencias se dan con los ojos abiertos. Esto permite establecer un juego con el paciente, quien comienza a comprobar que una serie de estímulos (lápices, relojes, o cualquier objeto, incluso imaginado), pueden provocar reacciones que, de forma *natural* no provocarían. Por ejemplo, ver o tocar un reloj puede provocar, según se sugiera, pesadez y, al cabo

de un rato, lo contrario, ligereza. Estos ejercicios nos permiten formular al cliente tres preguntas clave:

1. "¿Qué razón hay para que un conjunto de objetos evoque distintas reacciones, cuando no hay ninguna causa para que provoque de forma natural ninguna de ellas?" La respuesta es obvia: la forma de pensar y de hablarse sobre él (darse sugerencias), y el permitir que el cerebro ponga en marcha sus mecanismos auto-regulatorios (una actitud *pasiva correcta*, en términos de la Logoterapia de Frankl, (1985)).
2. La siguiente pregunta es, también, obvia: "¿Es posible que la magnitud, forma, características, etc., de su problema (por el que la persona pida ayuda) dependa de que no usa correctamente su lenguaje y pensamiento, dificultando las funciones auto-regulatorias de su cerebro?". La respuesta también es simple: parece que sí, ya que la persona ha experimentado distintas emociones según se haya auto-sugestionado.
3. Finalmente, se formula la tercera pregunta clave: "Si ayudándose de la hipnosis ha conseguido notar ligereza, al rato pesadez, después inmovilidad, para terminar con actividad extrema, ¿no cree que también podrá experimentar otras cosas que le ayuden a superar su problema?". La respuesta es, también en este caso, afirmativa.

Habitualmente, las personas suelen responder adecuadamente a las tres preguntas, y el significado de sus "síntomas" varía: ya no son algo inamovible que ocurre fuera de su control, si no que es la actitud y entendimiento que tiene del problema lo que modula e incluso determina parte de él, o, al menos, de su mantenimiento. En este sentido, nuestro modelo conjuga la tradición comportamental, las tradiciones humanista-experienciales de la Logoterapia, y el propio Psicoanálisis del Ego (Korchin, 1976), en las que el significado y la actitud hacia los propios "síntomas" son elementos que fomentan los síntomas y dificultan su reducción. Por lo tanto, la interpretación del significado es algo que tratamos de modificar con nuestro modelo, pero usando una terminología y un proceder básicamente comportamentales, derivados rigurosamente de la investigación experimental. En este sentido, también el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta es innovador, pero no "nuevo". Creemos que la tradición estratégica, el propio Psicoanálisis del Ego o la Logoterapia (Hutzell y Lantz, 1994) encontrarían puntos en común con nuestro modelo. Para ellos, indicarles que

usamos metáforas, que potenciamos cuando sea necesario una actitud de pasividad correcta (dejar de luchar inútilmente por el síntoma), que nos basamos en las propias estrategias de la persona, etc., *les podría dar a entender que les estamos descubriendo el Mediterráneo*. Quizá lo más innovador del Modelo de Valencia es lo divertido (eficiencia) de los ejercicios sugestivos realizados, el lenguaje y estrategias de intervención comportamentales que usa, y el adherirse sistemáticamente a los principios y resultados que se obtienen en la investigación experimental sobre hipnosis.

Investigación Clínica

Gran parte de los esfuerzos del grupo de investigación de Valencia se han dirigido a la validación experimental de su Modelo de Hipnosis Despierta. Sin embargo, hay muy pocos estudios sobre su eficacia clínica (Capafons y Mendoza, en prensa). Actualmente sólo hay un estudio publicado (Mendoza, 2000), que utiliza un diseño de N= 1, que sugiere la eficacia del modelo para dejar de fumar. Además, una investigación preliminar (Martínez-Valero et al, en preparación) muestra que un tratamiento cognitivo-comportamental más hipnosis y medicación resulta más eficaz que el mismo tratamiento sin hipnosis, y que sólo medicación, en el tratamiento de la fibromialgia.

En general, la experiencia de los clínicos con la hipnosis despierta es positiva, observando un gran potencial como coadyuvante (Capafons y Mendoza, en prensa). A modo de ilustración, relatamos el caso de un paciente, cantante de lírica, cuyo propósito era incrementar la auto-confianza y la seguridad a la hora de enfrentarse a su público, dado que padecía dificultades físicas para estar a pleno rendimiento. Entre otros, se trabajaron pensamientos negativos referidos a ansiedad anticipatoria, y se le instruyó en la AHR. El paciente refería, gratamente sorprendido, que le resultaba de gran ayuda en el momento justo en el que estaba actuando. Ante el público, era capaz de poner en marcha la técnica en muy pocos segundos y administrarse las autosugestiones seleccionadas. Además, la persona comentaba que saber que podía utilizar la AHR en cualquier momento le generaba mucha seguridad. En el seguimiento, este paciente utilizaba la técnica para relacionarse con su madre con la que solía tener conflictos, para dormir tranquilamente la noche anterior a una gala, o para ensayar sus piezas de manera más eficaz, y no perder los

nervios. En definitiva, este paciente había aprendido una manera útil de auto-control. Esta experiencia concuerda con la de otros clínicos: la AHR fomenta la *generalización de respuestas*, por lo que muestra su valor como estrategia general de afrontamiento.

CONCLUSIONES

En general, es muy difícil crear algo absolutamente nuevo. Ciertamente, “descubrir o redescubrir” es distinto a “inventar”. Quizás sea esa una de las aportaciones novedosas del Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta: redescubrir la hipnosis despierta setenta años después de su nacimiento, pero dándole una óptica distinta, partiendo de los supuestos socio-cognitivo-comportamentales de la hipnosis (Sarbin y Coe, 1972; Kirsch y Lynn, 1998) y bajo el amparo de la investigación empírica. El modelo sugiere unas directrices a seguir, pero permitiendo, de manera flexible, adaptarse a las características de cada caso. Esta forma de abordar la hipnosis despierta, cuida mucho el lenguaje. No hay ninguna referencia a trance o estado alterado de conciencia, para evitar asustar o desencantar a los clientes. Además, enfatiza el auto-control y la perseverancia. Finalmente, trata de integrar distintas perspectivas sobre la intervención psicológica clínica, usando la hipnosis como argumento central, pero como técnica adjunta. Por lo tanto, este modelo considera la hipnosis despierta como una posible alternativa y complementaria al uso tradicional de la hipnosis, usando técnicas y prácticas sugestivas agradables, útiles, fáciles de aplicar y de difundir, y, en definitiva, eficientes. Sólo la investigación futura indicará si el Modelo de Valencia es, además, una forma clínica eficaz de usar la hipnosis como coadyuvante. De momento, la experiencia de los profesionales, siempre heurística, es afirmativa.

REFERENCIAS

- Alarcón, A., Capafons, A., Bayot, A., & Cardaña, E. (1999). Preference between two methods of active-alert hypnosis: Not all techniques are created equal... *American Journal of Clinical Hypnosis*, 41, 269-276.
- Bányai, É. I., Zseni, A., & Túry, F. (1993). Active-alert hypnosis in psychotherapy. En J.W. Rhue, S.J. Lynn & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 271-290). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Barber, T.X. (1985). Hypnosuggestive procedures as catalysts for psychotherapies. En S.J. Lynn & J.P. Garske (Eds.), *Contemporary psychotherapies: Models and methods* (333-375). Columbus, OH: Merrill. (Traducción, 1988, Bilbao: DDB).
- Capafons, A. (1998a). Hipnosis clínica: una visión cognitivo-comportamental. *Papeles del Psicólogo*, 69, 71-88.
- Capafons, A. (1998b). Rapid self-hypnosis: A suggestion method for self-control. *Psicothema*, 10, 571-581.
- Capafons, A. (1999). La hipnosis despierta setenta y cuatro años. *Anales de Psicología*, 15, 77-88.
- Capafons, A. (2001a). *Hipnosis*. Madrid: Síntesis.
- Capafons, A. (2001b). New methods of hypnosis. En T. McIntyre, Á. Costa, & C. Fernandes (Eds.), *Hipnose clínica: Uma abordagem científica* (pp. 121-135). Braga (Portugal): Bial.
- Capafons, A. (2004). Clinical applications of “waking” hypnosis from a cognitive-behavioural perspective: From efficacy to efficiency. *Contemporary Hypnosis*, 21, 187-201.
- Capafons, A., Alarcón, A. & Hemmings, M. (1999). A metaphor for hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27, 158-172.
- Capafons, A., Cabañas, S., Alarcón, A., Espejo, B., Mendoza, M.E., Chaves, J.F., & Monje, A. (2005). Effects of different types of preparatory information on attitudes toward hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 22, 67-76.
- Capafons, A., & Mendoza, M.E. (en prensa). Clinical “waking” hypnosis from a cognitive-behavioral perspective. En Kirsch, I., Lynn, S.J. & Rhue J.W., *Handbook of clinical hypnosis*. (Second edition). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Capafons, A., Selma, M.L., Cabañas, S., Espejo, B., Alarcón, A., Mendoza, M.E., & Natkin, Y. (en revisión). Effects of different types of preparatory information on attitudes toward hypnosis: the case of heterohypnosis.
- Cardaña, E., Alarcón, A., Capafons, A., & Bayot, A. (1998). Effects on suggestibility of a new method of active-alert hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45, 280-294.
- Carpenter, W.B. (1852). On the influence of suggestion modifying and directing muscular movement, independently of volition. *Proceedings, Royal Institution of Great Britain*, 1, 147-153.
- Flammer, E., & Bongartz, W. (2003). On the efficacy of

- hypnosis. A meta-analytic study. *Contemporary Hypnosis*, 20, 179-197.
- Frankl, V.E. (1985). Logos, paradox, and the search for meaning. En M.J. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 259-275). New York: Plenum Press.
- Green, J.P., & Lynn, S.J. (2000). Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation: An examination of the evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 195-224.
- Hilgard, E.R. (1965). *Hypnotic susceptibility*. Nueva York: Harcourt, Brace & World.
- Hutzell, R.R., & Lantz, J. (1994). Uses of hypnosis in logotherapy. *International Forum for logotherapy*, 17, 87-92.
- Iglesias, A., & Iglesias, A. (2005). Awake-alert hypnosis in the treatment of panic disorder: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47, 249-258.
- Jonson, L.S., Dawson, S.L., Clark, J.L., & Sikorsky, C. (1983). Self-hypnosis versus hetero-hypnosis: Order effects and sex differences in behavioural and experiential impact. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 31, 139-154.
- Kirsch, I. (1985). Self-efficacy and expectancy: Old wine with new labels. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 824-830.
- Kirsch, I. (1986). Early research on self-efficacy: What we already know without knowing we knew. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 339-358.
- Kirsch, I. (1999). Hypnosis and placebos: Response expectancy as a mediator of suggestion effects. *Anales de Psicología*, 15, 99-110.
- Kirsch, I., & Lynn, S.J. (1998). Social-cognitive alternatives to dissociation theories of hypnotic involuntariness. *Review of General Psychology*, 2, 66-80.
- Korchin, S.J. (1976): *Modern clinical psychology: Principles of interventions in clinic and community*. Nueva York: Basic Books.
- Kroger, W.S., & Fezler, W.D. (1976). *Hypnosis and behavior modification: Imagery conditioning*. Philadelphia: Lippincot.
- Lynn, S.J., & Kirsch, I. (2005). Teorías de hipnosis. *Papeles del Psicólogo*, 25, 9-15.
- Lynn, S.J., Kirsch, I., & Rhue, J.W. (1996). Maximising treatment gains: Recommendations for the practice of clinical hypnosis. In S.J. Lynn, I. Kirsch & J.W. Rhue (Eds.), *Casebook of clinical hypnosis* (pp. 395-406). Washington, D.C.: American Psychological Association
- Lynn, S.J., Nash, M.R., Rhue, J.W., Frauman, D.C., & Sweeney, C. (1984). Nonvolition, expectancies, and hypnotic rapport. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 295-303.
- Ludwig, A.M., & Lyle, W.H. (1964). Tension induction and the hyperalert trance. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69, 70-76.
- Martínez-Tendero, J., Capafons, A., Weber, V., & Cardeña, E. (2001). Rapid Self-Hypnosis: A new self-hypnosis method and its comparison with the Hypnosis Induction Profile. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44, 3-11.
- Martínez-Valero, C., Castell, A., Capafons, A., Sala J., Espejo, B., & Cardeña, E. (en preparación). Preliminary study of a medical-psychological treatment for fibromialgia: the role of waking hypnosis.
- Mendoza, M.E. (2000). La hipnosis como adjunto en el tratamiento del hábito de fumar: Estudio de caso. *Psicothema*, 12, 330-338.
- Montgomery, G.H., & Schnur, J.B. (2005). Eficacia y aplicación de la hipnosis clínica. *Papeles del Psicólogo*, 89, 3-8.
- Porush, D. (1987). What Homer can teach technical writers: The mnemonic value of poetic devices. *Journal of Technical Writing and Communication*, 17, 129-143.
- Reig, I., Capafons, A., Bayot, A., & Bustillo, A. (2001). Suggestion and degree of pleasantness of rapid self-hypnosis and its abbreviated variant. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29, 152-164.
- Sarbin, T. R., & Coe, W.C. (1972). *Hypnosis: A social psychological analysis of influence communication*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- Schoenberger, N.E. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *International Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 48, 154-169.
- Spanos, N.P., & Coe, W.C. (1992). A social-psychological approach to hypnosis. In E. Fromm & M.R. Nash (Eds.), *Contemporary hypnosis research* (pp. 102-130). Nueva York: Guilford Press.
- Spiegel, H., & Spiegel, D. (1978). *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis*. Nueva York: Basic Books.
- Wells, W. (1924). Experiments in waking hypnosis for instructional purposes. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 18, 389-404.

LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)¹. FUNDAMENTOS, CARACTERÍSTICAS Y EVIDENCIA

ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT). BASIS, CHARACTERISTICS AND EVIDENCE

M. Carmen Luciano Soriano y María Sonsoles Valdivia Salas
Universidad de Almería

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es la más completa de las incluidas en la Tercera Generación de Terapias de Conducta (Hayes, 2004). Se enmarca en una posición filosófica funcional, se asienta en una nueva Teoría del Lenguaje y la Cognición; ofrece una alternativa a la psicopatología tradicional: la dimensión funcional de la Evitación Experiencial; y promueve la investigación básica y los ensayos controlados. Este artículo se articula en varios apartados. El primero dirigido a los avances en la investigación y el curso de las terapias. El segundo contempla las características de la condición humana y lo que la cultura promueve. El tercero concierne a una breve descripción de la Teoría del Marco Relacional. Finalmente, se describen los métodos y componentes de ACT y la evidencia disponible.

Palabras clave: Terapia Conducta, Terapia Aceptación y Compromiso, Teoría del Marco Relacional, Evitación Experiencial, Regulación Verbal, Derivación de Funciones.

This paper describes Acceptance and Commitment Therapy as the most complete of those included in the Third Wave of Behavior Therapies (Hayes, 2004). ACT has a functional philosophical position as well as is based in a new Theory of Language and Cognition (The Relational Frame Theory -RFT), offers an alternative to mainstream psychopathology: the functional dimension of Experiential Avoidance; and promotes basic research and controlled trials in many areas. This paper addresses first, the course of behavior therapy. Second, the characteristics of the human condition and what the culture is promoting. Third, a brief description of RFT is provided. Finally, the methods and components defining ACT are provided pointing to the available empirical evidence in several respects.

Key Words: Behavior Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, Experiential Avoidance, Verbal Regulation, Derived Relations.

En el abanico de opciones terapéuticas para afrontar los trastornos psicológicos, la psicología diferencia las terapias con un cierto valor científico, de otras que aunque populares, no reúnen esas características. Recientemente, Hayes (2004) ha diferenciado tres generaciones de terapias. La primera generación se refiere a la terapia de conducta clásica apoyada en el cambio directo del comportamiento mediante el manejo de contingencias, con técnicas fundamentadas en la investigación básica sobre el manejo de las contingencias. A pesar del avance trascendental que supuso el elenco de procedimientos y éxitos conseguidos – actualmente vigentes-, no fue eficaz para el tratamien-

to de ciertos problemas que cursaban los adultos. Se alentó la necesidad de centrarse sobre la dimensión cognitiva y se formalizaron las aproximaciones clínicas que conocemos como terapias cognitivo-conductuales. Éstas conforman la segunda generación de terapias, que asumieron las técnicas centradas en el cambio por contingencias pero otorgando un papel primordial a los eventos cognitivos como eje causal y mecánico del comportamiento. Postulan su tratamiento directo para poder modificar el comportamiento del paciente. Estas terapias han resultado exitosas pero presentan importantes limitaciones. El problema principal es que la explicación y los modos de alteración que ofrecen de los problemas son funcionalmente equivalentes a los establecidos culturalmente, aunque se presenten con ropajes especiales. Sin embargo, no han proporcionado, hasta la fecha, una base experimental sobre la formación, derivación y alteración de los eventos privados, ni de las condiciones en las que se establecen y cambian las relaciones entre los eventos cognitivos y las acciones, ni las bases experimentales sobre las que se fundamentan la mayoría de los métodos clínicos. A pesar de estos agujeros negros

Correspondencia: Carmen Luciano Soriano. Universidad Almería. Departamento Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Cañada de San Urbano. 04120 Almería. España. E-mail: mluciano@ual.es

¹Se mantiene el acrónimo procedente del inglés, ACT (de Acceptance and Commitment Therapy) porque esta terapia se identifica con una sola palabra -ACT- que muestra la importancia de AC-TUAR en dirección. Utilizar el acrónimo en castellano sería confuso y perdería el sentido original.

en el conocimiento básico sobre el funcionamiento psicológico, lo cierto es que la terapia cognitivo-conductual goza de buena salud siendo la terapia que más réditos ha cosechado en el ámbito de los tratamientos psicológicos con adultos. Este entendimiento estándar ampliamente diseminado sobre el funcionamiento del ser humano por las terapias de segunda generación -y compartido por las terapias farmacológicas- implica que las acciones de la persona están reguladas por sus pensamientos y emociones, de modo que para cambiar el funcionamiento ineficaz se ha de controlar de algún modo aquello que genere malestar, y el malestar mismo. Por ello, las terapias de segunda generación van dirigidas al cambio de los eventos cognitivos como un medio para alterar las acciones de la persona que presenta trastornos psicológicos. Entre las limitaciones de estas terapias, destaca que se desconocen sus principios activos o lo que es igual, cuando producen cambios significativos no se sabe qué lo causó ni por qué. La efectividad de estas terapias se ha relacionado más con sus componentes conductuales que con los cognitivos, lo que implica una contradicción con sus presupuestos, y, a la vez, un desconocimiento del papel real que tiene la intervención directa sobre los eventos cognitivos. Continúan abiertos numerosos interrogantes sobre las condiciones en las que resultan efectivas, y al contrario, cuándo y por qué no lo son.

La emergencia de las terapias agrupadas en la tercera generación (Hayes, 2004), ocurrió por numerosas razones. (a) El desconocimiento sobre por qué funciona o fracasa la terapia cognitiva; (b) la existencia de concepciones radicalmente funcionales del comportamiento humano; y (c) la curva acelerada de investigaciones básicas en lenguaje y cognición desde una perspectiva funcional. Esto supuso una oportunidad para agrupar modos de hacer, muchos de ellos tomados de las terapias "no científicas", y para confeccionar nuevos métodos.

La tercera generación de terapias representa un salto cualitativo porque las técnicas que engloba están orientadas, no a la evitación/reducción de síntomas, sino a que la persona actúe con la responsabilidad de la elección personal y la aceptación de los eventos privados que conlleve ese proceder. Entre estas terapias figuran la Terapia Dialéctica de Linehan (1993), la Psicoterapia Analítica Funcional de Kohlenberg y Tsai (1991), la Terapia Integral de Pareja de Jacobson, Christensen, Prince, Cordova y Eldridge (2000), la Terapia basada en la Toma de Conciencia/Ser consciente de Segal, Williams y Teasdale (2002), y la Terapia de Aceptación y Com-

promiso de Hayes, Stroschal y Wilson (1999). Todas estas terapias apuestan -y es fundamental la diferencia- por un cambio de diferente nivel al que proponen las terapias previas. No se centran en la eliminación de los síntomas cognitivos para así alterar la conducta del paciente, sino que se orientan a la *alteración de su función a través de la alteración del contexto en el que estos síntomas cognitivos resultan problemáticos*.

En su conjunto estas terapias conectan con algunas otras consideradas no-científicas, por ejemplo, las terapias de corte existencial y experiencial (véase Pérez-Álvarez, 2001). ACT es la más completa de estas nuevas terapias contextuales y en ella nos centraremos. Sus características son: (1) parte de un marco global de referencia sobre las *ventajas y desventajas de la condición humana*, (2) mantiene una *filosofía contextual-funcional*, (3) es coherente con un *modelo funcional sobre la cognición y el lenguaje* (la *Teoría del Marco Relacional*), y (4) sustenta una *perspectiva nueva de la psicopatología* en la que resulta central el concepto funcional de *evitación experiencial destructiva*. Desde esta nueva perspectiva, se entiende que la conexión entre investigación básica, psicopatología, y métodos clínicos es esencial para progresar en la prevención y la alteración de los trastornos psicológicos. En lo que sigue, se comentan algunas de estas características.

LA CONDICIÓN HUMANA Y LO QUE LA CULTURA PROMUEVE

ACT no formula una filosofía novedosa sobre la vida. Recoge la filosofía de vida que ha sido promulgada por numerosos estudiosos del ser humano mucho antes de que conociéramos la procedencia del autoconocimiento, y de sus pros y contras. La experiencia de la dimensión sufrimiento-placer ha sido históricamente aceptada como parte intrínseca de la vida desde diferentes tradiciones religiosas así como por diferentes antropólogos, médicos, filósofos y literatos (Hayes, Stroschal y Wilson, 1999; Luciano, 2001; Wilson y Luciano, 2002). *La experiencia muestra que el sufrimiento y el placer están en la misma dimensión, o dicho de otro modo, que son los dos lados de una misma moneda*. Uno no puede ir sin el otro, lo que significa que es inevitable tener la posibilidad de disfrutar (por ejemplo, al recordar cosas placenteras), sin que ello lleve parejo la posibilidad, antes o después, de recordar situaciones que traigan al presente sensaciones negativas. La dimensión sufrimiento-placer, que suscita el reforzamiento positivo y el negativo, se amplía

en sus posibilidades cuando los organismos llegan a ser verbales. La experiencia que todos compartimos –de un modo u otro y en mayor o menor grado– es que buscamos el placer, el bienestar, y también alejarnos del dolor y del malestar (en suma del castigo, de la muerte). Compartimos que nuestras acciones no ocurren sin más, sino que se encaminan hacia algo y que ese algo puede estar enmarcado bien sólo en lo más básico (placer y eliminación del dolor inmediatos) o bien en “algo” más relevante que impregne simbólicamente cada acto que llevamos a cabo. Por ejemplo, acciones preñadas por la honestidad, el respeto hacia otros, la fidelidad, el conocimiento, y por un sentimiento de cierta trascendencia. Este repertorio conforma parte del auto-conocimiento del que sólo el ser verbal disfruta pero también el que le condiciona a sufrir más que si no dispusiera del mismo. Es también importante asumir que no tiene vuelta atrás; que una vez que hemos aprendido a comportarnos verbalmente, nuestro funcionamiento queda enmarcado bajo las funciones que cada momento demande según la regulación que proviene de nuestra propia historia (lógicamente eso no significa que no podamos cambiar el modo de proceder).

Teniendo en cuenta estas características que definen la condición humana, se entiende que los mensajes e ideas que se promueven en las comunidades “avanzadas” como las formas de vida “correctas”, pueden ser contraproducentes. Las reglas que se ofrecen “inocentemente” son fórmulas para vivir que nos dicen: *“no la angustia, no a los recuerdos penosos, no la tristeza, a la baja autoestima, no al dolor, etc.*, son barreras para vivir”. Lo que aconsejan esas fórmulas es *“evita tanto como puedas toda esa miseria, apártala de tu vida en cuanto aparezca”, “busca el placer inmediato y elimina rápidamente el menor signo de malestar”*. Y en esa lógica, los medios, y con frecuencia, los profesionales, proporcionan diversos remedios, como todo tipo de terapias psicológicas y tratamientos farmacológicos que, pretendiendo ser una solución, pueden acabar convirtiéndose en un mal remedio para vivir de un modo equilibrado y satisfactorio. La lógica predominante del “todos contra el malestar y el dolor” y el funcionamiento acorde a ella, son difíciles de alterar en tanto que poderosos sectores económicos y sociales y lo que “la gente quiere de inmediato” se ajustan perfectamente, como dos piezas de un puzzle. El problema surge a la larga, cuando esas dos piezas no encajan con otra, más importante: lo que la persona valora realmente en su vida.

Este tipo de máximas coincide con las concepciones que están a la base de la mayoría de los trastornos psicológicos y de las terapias de segunda generación. En este sentido, cabe volver a decir (Luciano, 2001; Pérez-Alvárez, 2001, y Szasz, 1960) que la lógica que subyace a los modelos psicológicos y psiquiátricos sobre la “enfermedad y la salud mental”, establecida culturalmente en las sociedades desarrolladas, resulta radicalmente contraria a abordar y afrontar el hecho de la condición humana en toda su extensión. De hecho, las máximas que se ofrecen para vivir van en contra de la condición humana y, si el individuo aprende a comportarse de acuerdo a ellas, entonces ocurre que por vivir, no se vivirá, sino que se quedará atrapado en un funcionamiento “lógico” de acuerdo a lo construido socialmente (“el sufrimiento es malo, entonces actúo para quitarme el sufrimiento...”), pero, a la larga, alejado de lo importante y, consecuentemente, con “menos vida y más sufrimiento”.

El conocimiento de este funcionamiento paradójico no es novedoso. Sin embargo, es al hilo de la variadas trayectorias de la investigación en conducta verbal cuando se han empezado a desbrozar los resortes del hecho de ser verbal, y con ello a aportar explicaciones de aquello que nuestros mayores conocían muy bien, y que contempla filosofías de vida fructíferas. Los porqués de este funcionamiento que atrapa a la persona se ubican en las características que compartimos los seres humanos con repertorio verbal/relacional y las reglas de la cultura en la que dichos repertorios se desarrollan. Las investigaciones en este ámbito han permitido la gestación de una teoría funcional del lenguaje y la cognición, que brevemente comentamos.

LA TEORÍA DEL MARCO RELACIONAL (TMR)

Como cualquier teoría, la TMR tiene un marco filosófico, que en este caso es el Contextualismo Funcional, que confluye con el Conductismo Radical de Skinner y el Interconductismo de Kantor. Muy brevemente (véase Dougher y Hayes, 2000; Hayes y Wilson, 1995; Luciano y Hayes, 2001), se conceptúa el análisis psicológico considerando al organismo como un todo siempre en acción donde priman las funciones que controlan el comportamiento. Es una posición *monista, no mentalista, funcional, no reduccionista, e ideográfica*. Defiende que los eventos privados (como contenidos y esquemas cognitivos, cuales fueren) se conforman en la historia individual, y que las relaciones entre eventos privados y acciones del organismo (la regulación verbal del com-

portamiento) responden a *relaciones arbitrarias potenciadas socialmente* y no a relaciones mecánicas. Desde esta filosofía, el criterio de validez de cualquier teoría será que sea efectiva, útil para un objetivo (un énfasis típico en las disciplinas científicas) pero no sólo para predecir, sino para controlar o influir, propiciando las condiciones que permitan la *prevención y el cambio o alteración* del comportamiento.

La Teoría del Marco Relacional es una continuación de las leyes establecidas en la investigación bajo el paraguas del análisis funcional del comportamiento, pero supone un avance cualitativo. Es una teoría dirigida al análisis funcional del lenguaje y la cognición, aspectos que apenas habían sido analizados previamente a nivel experimental en un plano analítico-funcional. En este sentido, no es una ruptura, sino una continuación que amplía el conocimiento disponible sobre la emergencia de nuevos comportamientos, ya que propone leyes que establecen las condiciones para la formación y la alteración de funciones, vía procedimientos indirectos, frente a los conocidos y bien establecidos procedimientos directos del manejo de contingencias para el establecimiento y cambio de funciones reforzantes, aversivas, motivacionales, y discriminativas de aproximación y evitación. La TMR contempla el efecto de las contingencias, pero su foco de análisis es el lenguaje y la cognición concebidos como *aprendizaje relacional*. Se mantiene que el aprendizaje relacional es una respuesta operante que consiste en aprender, desde muy temprano y a través de numerosos ejemplos, a relacionar eventos condicionalmente hasta que se produce la abstracción de la clave contextual que los relaciona y se aplica a eventos nuevos distintos a los que permitieron la abstracción. Esto permite (1) que el organismo responda, sobre la base de la clave abstraída, a un evento en términos de otro con el que no comparte elementos físicos en común, y (2) que las funciones del primero se transformen en base a la aplicación de la clave abstraída en relación con el segundo. Por ejemplo, una vez establecido el más básico de los repertorios relacionales, la abstracción de la clave contextual "es", o "es como", o "es igual que", si nos enseñan que contando cuentos MARIA es igual que PEDRO y nos gusta mucho cómo PEDRO cuenta los cuentos, en ausencia de éste, podríamos pedir a MARIA que nos contase un cuento (o dicho de otra manera, responderemos a María como responderíamos a Pedro). Si además nos dicen que PAULA es "mejor que" María y Pedro, y tuviéramos que elegir a uno de los tres para contar cuen-

tos, probablemente elegiríamos a Paula, aunque no tuviéramos experiencia con ella. Decimos que, en el ámbito de los cuentos, María está en una relación de igualdad (que denominamos Crel) con Pedro, y que ambos están en una relación de comparación (otra Crel) con Paula y, por tanto, las funciones (que denominamos Cfun) de cada uno de ellos se alteran (aunque de modo distinto según la Crel) tras la sola experiencia con Pedro como buen contador de cuentos. Las claves relacionales que aprendemos son numerosas y permiten numerosas transformaciones de funciones teniendo en cuenta que siempre son contextuales. Las más básicas serían las de coordinación/igualdad ("X es como Z en ciertas condiciones"), las de comparación ("en ciertas condiciones, X es más que Z, o Z menos que X"), de oposición ("en ciertas condiciones, X es lo opuesto de Z"), de distinción ("X es distinto a Z"), espaciales ("X está cerca de Z, o lejos"); temporales ("X es antes de Z, o después, o ahora"), de jerarquía ("X pertenece a Z"); de causalidad ("si X ocurre, entonces o luego ocurre Z"); deícticos y de perspectiva (aquí-allí, yo-tú, y aquí-yo *versus* allí-tú; yo-aquí-ahora y yo-allí-antes, etcétera).

Las características del aprendizaje relacional implican derivación de relaciones y funciones nuevas. Por ejemplo, si se aprende que el producto PU es como CO, y que RA es como CO, y que DI es como PU (tres relaciones básicas explícitamente aprendidas), entonces se deriva que CO y PU son iguales (CO-PU), y también CO-RA, y PU-DI (se denominan relaciones derivadas de vínculo mutuo), surgiendo otras relaciones de vínculo combinatorio: por ejemplo, PU-RA y DI-RA y DI-CO. Si además, resulta que con el producto PU se produce un efecto aversivo (en vez de curar una enfermedad, la agudiza), entonces ninguno de los productos relacionados a PU se verían útiles para tratar esa enfermedad. Las funciones aversivas y discriminativas de evitación de esos productos, para ese tipo de circunstancias, se habrían generado vía verbal o relacional en tanto que procederían de: la función aversiva (Cfun) directamente adquirida por PU y el contexto relacional que vincula todos los elementos (en este caso, una Crel de tipo ES). Responder a un estímulo en términos de otro, y la transformación de funciones paralela, es clave para entender el sufrimiento más acuciante de los seres verbales. Por ejemplo, aprendidos los marcos de comparación, los temporales, y deícticos, ya no es posible escapar a la transformación de funciones que ocurre al comparar los eventos -y uno mismo- en el antes, en el ahora y en el futuro simbólico. El miedo al futuro, por ejemplo, es un producto derivado de

la historia personal cuya emergencia en un momento dado no está bajo control del individuo; lo que sí es posible controlar es la reacción personal a ese miedo.

Estas características del aprendizaje relacional tienen ventajas e inconvenientes. Por ejemplo, permiten la derivación de recuerdos positivos pero también de los negativos; permiten comprender, razonar, y derivar conclusiones que nos hacen ser exitosos en el control del ambiente, pero también aquellas que regulan acciones con efectos peligrosos y desadaptativos. También explican que se deriven estados de ánimo -y motivaciones- y que cambien “sin aparente razón”, que podamos pensar en positivo de alguien o algo, o cambiar la valoración de alguien o algo, sin haber tenido experiencia alguna que lo justifique. El aprendizaje relacional es la base que nutre la publicidad, la política, los métodos clínicos, y otras muchas actividades humanas que están orientadas a actualizar y alterar funciones psicológicas vía verbal. Y es esencialmente relevante por su economía, ya que con escasas contingencias se producen nuevas relaciones y se forman y alteran funciones. Y principalmente, porque sin un relativo aprendizaje relacional, no es factible la regulación verbal del comportamiento (formular, comprender y seguir reglas).

La TMR diferencia funcionalmente tres tipos de regulación del comportamiento: *pliance*, *tracking* y *augmenting*. La regulación, o comportamiento, tipo *pliance* está controlada por una historia de reforzamiento en la que las consecuencias relevantes son mediadas por otros. Un repertorio generalizado de regulación *pliance* es limitante en tanto que genera una dependencia extrema de los otros y produce insensibilidad a las consecuencias que emanan de las acciones. La regulación tipo *tracking* está controlada por una historia de reforzamiento donde han primado las consecuencias que emanan directamente de la forma de la acción efectuada (por ejemplo, cepillarse los dientes bajo el control del sabor o el efecto que produce el cepillo sobre los dientes en vez de por los premios o castigos que otros propicien). Un repertorio de *tracking* generalizado, o aplicado a áreas en las que no puede funcionar, es problemático (por ejemplo, actuar siguiendo las reglas “no quiero estar triste” o “no pienses en estar triste”). El comportamiento tipo *augmenting* sería regulación bajo el control de funciones transformadas de estímulo. Por ejemplo, si la conducta de estudiar se incrementa después de situar el estudio en un marco temporal y de condicionalidad con aspectos valorados (“el título es -significa, me permite- ser independiente o ejercer una profesión que sirva para X”, y “el título es estudiar hoy y

cada una de las asignaturas”), decimos que esa conducta es un *augmenting* que ocurre porque estudiar ha adquirido funciones reforzantes vía verbal. La regulación *augmenting* puede tener numerosas posibilidades; unas que permiten a la persona ajustarse a la vida realizando acciones por el valor moral y/o de transcendencia (actuar a pesar del dolor, o actuar por principios morales que van más allá de las contingencias que los cercanos puedan proporcionar, etc.). Pero también puede resultar en una regulación problemática en tanto que la acción tenga una consecuencia reforzante inmediata pero genere un desajuste respecto de las contingencias de la vida a la larga. Por ejemplo, si la tristeza se sitúa en un marco de oposición con la vida (“la tristeza y los pensamientos negativos son malos, con ellos no se puede vivir”), y ocurre que en ciertas circunstancias, se deriva malestar y pensamientos negativos; entonces, la tristeza y el malestar de sus pensamientos se intensificarán y podrá cumplir funciones discriminativas de evitación. Tal intensificación vendría dada al situar el malestar/pensamientos negativos en contraposición temporal a las acciones valiosas (con función simbólica positiva), ya que la transformación de funciones a través del marco de oposición convierte lo positivo en negativo y -como un efecto sumador- incrementa el valor negativo que ya pudiere tener la tristeza. Consecuentemente, en ausencia de un nuevo marco que contextualizase todos esos elementos, la persona emprenderá acciones para evitar/escapar de tal estado de ánimo. Ésta es la regulación que define el patrón de evitación experiencial cuya persistencia puede llegar a ser destructiva si produce una limitación en la vida personal, pudiendo llegar a la evitación total: el suicidio.

En síntesis. La investigación en la TMR afecta a la mayoría de las actividades humanas y necesariamente concierne a la psicopatología y las terapias psicológicas (véase especialmente Hayes et al., 2001. También, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, McHugh y Hayes, 2004; Hayes et al., 1999; Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004; Wilson, Hayes, Gregg y Zettle, 2001; Wilson y Luciano, 2002).² Resaltamos: (1) establecimiento de numerosos marcos contextuales o relaciones entre estímulos como *operantes generalizadas* y sus características derivadas; (2) derivación de relaciones (por vínculos mutuos y combinatorios) y transformación de funciones -o sea, formación y alteración vía verbal de funciones aversivas, reforzantes y discriminativas; (3) el funcionamiento por adición de la red relacional y los efectos rebote ante cambios directos; (4) la resurgencia de los eventos rela-

cionados; (5) el establecimiento y alteración de regulaciones del comportamiento tipo *pliance*, *tracking* y *augmenting* y la insensibilidad a contingencias; (7) y el análisis de múltiples relaciones contextualizadas entre estímulos, y la correspondiente derivación o transformación de funciones. Todo ello permite un amplio abanico de aplicaciones para el análisis de numerosos fenómenos complejos. Por ejemplo, la comprensión, el razonamiento analógico, la solución de problemas, auto-eficacia, locus de control, abstracción del pensamiento, categorización social, auto-concepto, actitudes, estereotipos y estigmas, discriminación de funciones emotivas y del estado de ánimo, pensamiento, entre otros. En síntesis, la investigación básica y aplicada sobre la Teoría del Marco Relacional es muy extensa y va mucho más allá de sus implicaciones en el ámbito clínico.

LA CULTURA, EL LENGUAJE Y LA EVITACIÓN EXPERIENCIAL DESTRUCTIVA

Ya se ha apuntado que producto de los avances de la ciencia y la tecnología, los poderes económico-políticos ofrecen un tipo de vida donde parece que no caben el malestar y el dolor. El significado del bienestar es disfrutar de inmediato, cuanto más mejor, sin dificultades ni contratiempos, sin que, paralelamente –y éste es el gran problema- se generen las condiciones para una actuación con la responsabilidad de objetivos a largo plazo y que trascienden a uno mismo. En resumen, priman lo más básico e individual y se demoniza el dolor como algo ANORMAL –por contra, natural en el ser verbal-. Hemos indicado que el ser humano no puede escapar a su condición verbal, y eso significa que, al igual que podemos recordar situaciones pasadas –o imaginarnos situaciones futuras- que vengan cargadas de emociones positivas, también ocurre que sin que se desee, recordamos o imaginamos situaciones que producen malestar. Ser verbal implica establecer comparaciones, vernos y ver las cosas lejos o cerca, situar los eventos en el antes, en el ahora y en el después, implica dar explicaciones y regularnos por ellas. Implica que podamos vernos como un todo psicológico pero a la par distanciarnos de nuestros eventos cognitivos sin caer en la literalidad de sus contenidos, implica poder construir direcciones de valor para nuestra vida, etcétera. En suma, el auto-conocimiento es la posibilidad de aprender a ser consciente de todo esto y, a veces, la regulación que resulta no es necesariamente ajustada a las consecuencias reforzantes que nos mantienen. Por ejemplo, podemos aprender a

quedar atrapados por la literalidad de las funciones verbales, a quedar perdidos en ellas y así a no estar presentes y conscientes de todo ello en el aquí y ahora, con lo que nuestros valores demandarían que se hiciera. Quedar atrapado con frecuencia por las funciones verbales de los eventos, significa actuar en trayectorias dispersas y proclives a generar trastornos psicológicos.

Consecuentemente, la verdadera naturaleza de la condición humana es su condición verbal, sin duda, en el marco de la cultura en la que se forma y desarrolla la persona. Así, cuando “SENTIRSE BIEN SIEMPRE” es el objetivo primordial (el elemento clave y central para poder vivir de un modo valioso), y en tanto que las trampas del lenguaje están presentes inevitablemente por derivación (esto es, dadas ciertas claves relevantes según la historia de la persona, tendrán lugar pensamientos, recuerdos y sensaciones con funciones aversivas y positivas), entonces estarán dadas las condiciones para que la persona se comporte con el fin de reducir o cambiar los eventos privados, como un objetivo necesario para poder vivir. *Esta búsqueda persistente de eventos privados positivos, o de control de los negativos, para poder vivir es una trampa fundamental ya que, aunque la derivación de pensamientos y funciones múltiples es inevitable, lo que sí es evitable es comportarse para controlar lo que no se puede controlar.* Consecuentemente, cuando los réditos de esa estrategia son un incremento y extensión del malestar, y una reducción de la capacidad de vivir plenamente; es entonces cuando la persona está en una espiral paradójica. Ese modo de funcionamiento es la *evitación experiencial destructiva*.

El *Trastorno de Evitación Experiencial (TEE)* (Hayes, Wilson, Gifford, Folléte y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001) es un patrón inflexible que consiste en que para poder vivir se actúa bajo la necesidad de controlar y/o evitar la presencia de pensamientos, recuerdos, sensaciones y otros eventos privados. Ese patrón inflexible está formado por numerosas respuestas con la misma función: controlar el malestar y los eventos privados así como las circunstancias que los generan. La necesidad permanente de eludir el malestar y la de tener placer inmediato para vivir obligan a la persona a actuar de un modo que, paradójicamente, no le deja vivir. El problema es que tales actuaciones proporcionan un relativo alivio inmediato en ocasiones, pero provocan un efecto *boomerang* (o sea, el malestar vuelve a estar presente, a veces más intenso y extendido, y el alivio es breve). Esto “obliga” a no parar en el intento por hacer desaparecer el malestar, que a su vez,

va a estar cada vez más y más presente por dicho efecto *boomerang*. Al final los días se reducen a hacer cosas para que desaparezca el malestar, y el resultado es un abandono de las acciones en direcciones valiosas.

La *evitación experiencial inflexible* es un componente central en numerosos trastornos de los diferenciados en los sistemas de clasificación al uso. Se ha detectado el TEE en los trastornos afectivos, en ansiedad, en las adicciones, en la anorexia y la bulimia, en los trastornos del control de impulsos, en los síntomas psicóticos, en el estrés postraumático y en el afrontamiento de enfermedades, y en los procesos en los que el dolor juega un papel esencial (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma y Guerrero, 2004; Hayes et al., 1996, Luciano y Hayes, 2001). La evitación experiencial es concebida como una *dimensión funcional* que sirve de base a numerosos trastornos y es un modo radicalmente diferente de presentar y entender los trastornos psicológicos o mentales; de entender la psicopatología desde una perspectiva genuinamente psicológica, muy distante de las aproximaciones reduccionistas, en particular, las biologicistas.

Desde la TMR, habría varios contextos verbales definiendo el TEE: el contexto de la Literalidad, el de la Evaluación, el Dar Razones o Explicar, y el contexto del Control (Hayes et al., 1996; Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004). El contexto de la Literalidad es un producto ineludible del comportamiento verbal e implica responder a un evento en términos de otro en virtud de las propiedades del repertorio relacional (los vínculos mutuos y combinatorios y la transformación de funciones). El contexto verbal de la Evaluación es la tendencia a evaluar casi todo, y debido a la literalidad, a no distinguir entre las propiedades intrínsecas de un evento ("estoy triste") y sus propiedades arbitrarias establecidas socialmente ("estar triste es malo"). Implica la dificultad para diferenciar las dimensiones del yo, construidas socialmente en el desarrollo, de modo que, sin diferenciar el yo que sirve de contexto a todos los pensamientos, sólo se actúa fusionado a las propiedades verbales de dichos pensamientos. El contexto de Dar Razones viene potenciado por el punto de vista cultural de que el comportamiento se (mal)explica por las emociones y los pensamientos (por ejemplo, "estos pensamientos son terribles y no puedo vivir con ellos, no puedo trabajar, no puedo estar con mis hijos, .. tengo que quitarlos, etc."). Finalmente, el contexto del Control de las Causas es el contexto clave que da sentido a los anteriores en tanto que es actuar siguiendo esas razones paradójicas, por ejemplo, comportarse fusionado a pensamientos molestos, tomados

como causas: "si pudiera quitármelos, estaría bien, sería otra persona y podría hacer muchas cosas". Así, sólo si esas "causas" desaparecen, la persona estaría en disposición de "darse permiso" para actuar en dirección a aspectos valiosos de su vida. Este último contexto es el que cierra el círculo contingencial al proporcionar el potente reforzador de tener razón (al seguir las reglas para poder vivir) que acompaña al alivio inmediato, aunque efímero. Y todo ello a pesar del costo a largo plazo de tales estrategias (más malestar y menos acciones al servicio del reforzamiento positivo). La evitación experiencial generalizada es un modo de funcionamiento inflexible y limitante que adopta numerosas formas. Por ejemplo, nula o escasa regulación básica para conducir la impulsividad y/o la tolerancia al malestar y dominio de la regulación por las propiedades verbales del malestar, sin más, lo que impide la sensibilidad a las contingencias efectivas. También, cuando domina el comportamiento regulado por la transformación de funciones vía marcos de comparación, temporales, de causalidad (por ejemplo, "si fuera yo me criticarían", "lo haré mal", "me equivoqué o ellos se equivocan", "si lo hago, será peor, saldrá mal", "si no lo hubiera hecho, no pasaría esto", etc.). Si la persona se guía directamente por tales funciones transformadas, entonces sería una regulación sin haber aplicado convenientemente los marcos deícticos (que permitirían la discriminación de los eventos privados y su procedencia verbal y, por tanto, apreciando que no son intrínsecamente inhabilitantes). La regulación donde dominan las funciones transformadas de los eventos privados a través de marcos básicos, sin aplicarles, a su vez, los marcos deícticos impedirán la sensibilidad a lo que verdaderamente importa, al no permitir la discriminación de los eventos privados y uno mismo con las direcciones de valor (Luciano y Törneke, 2006).

La regulación de la evitación experiencial que el paciente lleva a consulta, es tratada en las terapias de segunda generación –incluidas las farmacológicas– siguiendo la misma lógica: tratar de reducir directamente el malestar y cualquier otro evento privado con esas características (por ejemplo, cambiar los pensamientos irracionales por racionales, reducir el temor a lo que fuera, la tristeza, el desaliento, los recuerdos y sensaciones de malestar, las voces, subir la autoestima, etc.). Las soluciones diseminadas para este fin coinciden en conceder un *valor causal "mecánico"* al contenido cognitivo y los esquemas, resultando que el foco de actuación va dirigido al cambio directo de tal contenido. La aproximación terapéutica al TEE, centrada en el análisis de los

contextos verbales que sustentan la evitación experiencial destructiva, es radicalmente diferente.

ACT, UNA ALTERNATIVA PARA ALTERAR EL TEE. FUNDAMENTO Y EVIDENCIA

La ACT (Hayes et al., 1999; Wilson y Luciano, 2002; Hayes y Stroschal, 2004) es un giro radical en el foco de la terapia: por un lado, no se trata de cambiar o reducir los pensamientos/sensaciones/recuerdos molestos sino que se trata de alterar su función y de generar flexibilidad en la regulación del comportamiento. Por otro, los métodos clínicos apelan a un cambio de carácter contextual a fin de alterar la función de los eventos privados sin cambiar sus contenidos. ACT busca generar las condiciones para que el paciente aprecie la paradoja de su comportamiento (para lo que es necesario contextualizar el funcionamiento en el ámbito de lo que sea importante para el paciente), y busca potenciar interacciones clínicas que permitan al paciente tomar conciencia plena, abierta, del flujo de los eventos privados –cualquiera–, de modo que haga, o no, uso de ellos para actuar de modo valioso. Los métodos que se incorporan –algunos tomados de otras terapias– tienen su lógica de funcionamiento en el aprendizaje relacional. Las paradojas, las metáforas y los ejercicios de exposición plena/consciente en el aquí/ahora de uno mismo son esenciales en ACT y la CLAVE es que la dirección que lleva la aplicación de cualesquiera de estos métodos, es la de aceptar los eventos privados porque esa aceptación está al servicio de la actuación impregnada de valores personales.

EVIDENCIA BÁSICA DE ACT

ACT (Hayes et al., 1999) no es una mera terapia sino una terapia con una teoría específica (la Teoría del Marco Relacional) que recoge la filosofía y conocimientos del Análisis Experimental y Aplicado del Comportamiento, amén de los datos provistos desde otros ámbitos de la psicología sobre tipos de afrontamiento y efectos paradójicos (véase resumen en Hayes et al., 1996). A lo indicado en el apartado dedicado a la TMR, añadimos aquí el resumen de las aportaciones básicas en las que se sustenta ACT: (1) existe evidencia sobre el surgimiento de pensamientos, emociones, recuerdos a través de vías derivadas; (2) la derivación contextualizada correlaciona con niveles altos de inteligencia y facilita la formación de comportamiento relacional complejo; (3) detección de los tipos de regulación verbal que son limitantes; (4) evidencia sobre la correlación entre *actuación fusionada* -o

actuación literal de evitación experiencial- y numerosos problemas; (5) funcionamiento por adición de las relaciones verbales, de modo que los intentos por cambiar sus contenidos se tornan en efectos rebote; (6) la evidencia de la transformación de *funciones de los contenidos cognitivos con métodos de cambio contextual*, de modo que, aunque las redes relacionales se mantengan intactas ya no sirven para lo mismo ni, a la larga, se viven como antes; (7) los beneficios de la práctica múltiple en aceptar la experiencia privada versus su control, especialmente cuando el malestar es elevado pero está instalado en trayectorias de valor; (8) los tipos de transformación de funciones en los métodos clínicos, por ejemplo, (a) en la práctica de exposición a eventos privados desde el yo-contexto; (b) en el uso de las metáforas y, (c) en los métodos para la clarificación de valores (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes et al., 2004; Barnes-Holmes, Cochrane, et al., 2004; Dahl, Wilson, Luciano y Hayes, 2005; Gutiérrez, Luciano, Rodríguez y Fink, 2004; Hayes y Stroschal, 2004; Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004; O’Hora y Barnes-Holmes, 2004; Wegner y Zanakos, 1994).

BREVE EXPOSICIÓN DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

ACT pretende generar un repertorio extenso y flexible de acciones encaminadas a avanzar hacia metas u objetivos inscritos en direcciones personalmente valiosas, y no por la presencia o ausencia de ciertos estados cognitivos y emocionales valorados como negativos (dolor, ansiedad, tristeza, miedo, etc.). Así, se sostendrá, por ejemplo, que “el temor a la muerte”, “el miedo a la recidiva” o “la culpa”, no son en sí mismos síntomas incapacitantes, sino que lo que termina limitando la vida es la actuación fusionada a los significados literales de dichos pensamientos. En estos casos, la persona no sería consciente de los pensamientos y sensaciones como un proceso evaluativo o de razonamiento en marcha; o sea, no estaría apreciando que son sólo pensamientos y sensaciones, y que detrás de todos ellos está una persona, o esa parte de la dimensión psicológica del yo, que los contiene y desde la que se puede observar cualquier contenido cognitivo y apreciar lo que finalmente resulta importante para uno. Dicho de otro modo, “detrás” de todo el malestar y de todos los pensamientos, está el contexto que proporciona perspectiva y desde el cual podemos darnos cuenta de la parte de uno que resulta finalmente ser como el “jefe de todos esos productos

cognitivos, que tan fácilmente atrapan por la literalidad de las funciones verbales". Estar fusionado a los contenidos cognitivos es actuar sin la perspectiva que permite ser consciente de todos ellos y, por tanto, sin situarse en la posición desde la cual se puede elegir hacerles caso según convenga a la trayectoria personal de valor. Sin esa perspectiva –dada por los marcos deícticos- la persona no se distingue del contenido y proceso de pensar y sentir, y actúa fusionado al pensamiento, a las valoraciones positivas/negativas sin más.

En definitiva, la ACT: (a) es un tratamiento centrado en las acciones valiosas para uno; (b) contempla el malestar/sufrimiento como normal, producto de la condición humana en tanto que seres verbales; (c) define que se aprende a resistir el sufrimiento normal y esa resistencia genera el sufrimiento patológico; (d) promueve el análisis funcional de los comportamientos del paciente y, por tanto, se basa en *la experiencia del paciente como la clave del tratamiento*. El mensaje es "¿qué te dice tu experiencia al hacer eso?, ¿qué obtienes, de verdadera importancia?, ¿qué estarías haciendo cada día si pudieras dedicarte a otra cosa que no fuera tratar de quitarte el sufrimiento?"; (e) tiene por objetivo flexibilizar la reacción al malestar porque la experiencia del paciente le dice que resistir los eventos privados limita la vida, que centrarse en ellos es perder la dirección. El objetivo primordial de ACT es, pues, romper la rigidez del patrón de evitación destructivo o la excesiva o desadaptativa regulación por procesos verbales que la cultura amplifica al potenciar sentirse bien de inmediato y evitar el dolor como fundamental para vivir; (f) implica clarificar valores para actuar en la dirección valiosa, aceptando con plena conciencia los eventos privados que surjan, y practicar la aceptación cuanto antes y tantas veces como sea posible; y (g) implica aprender a "caer y a levantarse", o sea, a elegir nuevamente actuar hacia valores con los eventos privados que sobrevengan por la recaída.

Los *métodos clínicos* de ACT proceden, en parte, de otras terapias (véase, Hayes et al., 2004; Paéz, Gutiérrez, Valdivia y Luciano, 2006; Pérez-Alvárez, 2001) y, en parte, se generan por la investigación y por el ajuste a las necesidades del paciente en cada momento con un fin claro. Esto significa que la clave no está en las técnicas/métodos *per se*, sino en su fin claramente especificado: *generar flexibilidad de actuación donde había rigidez problemática, o sea dejar que surjan los pensamientos, emociones, etc., y tomar la dirección de la aceptación –y no del control- de los mismos en el marco*

del compromiso personal del paciente con lo que valora. Los métodos clínicos de ACT se valen de modalidades verbales inherentemente poco literales: las metáforas han de ser analogías del problema –cualesquiera que sean apropiadas en tanto que alcancen funcionalmente al patrón de evitación; las paradojas muestran las trampas verbales, y los ejercicios experienciales son la práctica de la exposición a los eventos privados –cuanto más específicos al caso mejor- que generan malestar in situ en toda su extensión tal y como surgen en cada momento, desde la perspectiva del yo como contexto de todos ellos, y necesariamente en el aquí y ahora. Por ejemplo, la metáfora del "hombre en el hoyo con una pala" muestra no sólo que cavando no se sale del hoyo, sino que al cavar los hoyos se hacen más grandes. Esto es equivalente al patrón de regulación que el paciente sigue al, por ejemplo, intentar acabar con los sentimientos de culpa, buscando respuestas que supriman tales pensamientos, lo que puede parecer correcto aunque finalmente la persona tenga la experiencia de que tales sentimientos se han extendido (el hoyo se hace más grande al cavar), y se han reducido las acciones –ya que sólo ha cavado- de las que se podría derivar algún reforzamiento positivo. Esta variedad de estilos discursivos busca evitar las trampas del lenguaje y favorecer un contexto verbal donde se cuestiona el valor de la racionalidad en ciertas áreas, validando, en su lugar, la "verdad" de la experiencia vivida por el cliente, y eliminando de modo explícito cualquier intento por situar la verdad según la lógica o los valores del terapeuta. Por tanto, no habrá demandas del terapeuta sobre qué hacer, ni discusión sobre lo mejor o lo peor, ni sobre lo racional, o no, de los pensamientos y sensaciones, sino que la experiencia del paciente (los réditos obtenidos siguiendo la estrategia de evitación), será la base sobre la cual se introducirán preguntas, metáforas, y ejercicios para la clarificación de valores, y, en ese contexto, se generarán numerosas oportunidades para que el paciente se exponga desde el yo-contexto –en cada momento aquí y ahora- a las barreras: pensamientos, recuerdos, malestar, etc.

Los *componentes* de ACT se han presentado con ligeras variaciones en sucesivas versiones (Hayes et al., 1999; Wilson y Luciano, 2002), resaltando la más reciente como guía práctica en su aplicación a diferentes problemas de Hayes y Strosahl (2004) y específica al dolor (Dahl et al., 2005). En estas últimas aportaciones, el análisis funcional del problema del paciente y los objetivos en ACT para darle solución, delimitan seis aspectos

centrales que definen la inflexibilidad psicológica y su alteración (o la ruptura de la rigidez conductual del trastorno de evitación experiencial). Estos seis aspectos se dibujan como si fueran los seis vértices de un hexágono, todos interconectados. En un lado, los niveles tanto de aceptación de eventos privados como de de-fusión cognitiva. En el otro, el nivel en la clarificación de valores personales y el nivel de las acciones en esa dirección; en el vértice superior se sitúa, el nivel de contacto en el momento presente (“estar presente aquí y ahora”) haciendo lo que importa, y en el vértice inferior, la dimensión del yo como contexto de todos los contenidos cognitivos. El análisis funcional indicará las características del patrón de inflexibilidad de la evitación experiencial, y las actuaciones clínicas se orientarán a potenciar aquellos aspectos más endebles en aras a facilitar la flexibilidad con los eventos privados mientras uno orienta su vida hacia lo que verdaderamente importe. Las actuaciones irán dirigidas tanto a, (1) la clarificación de valores y el compromiso con la acción en la trayectoria elegida, que conlleva la aceptación o *el estar dispuesto* a experimentar sin resistir los eventos cognitivos que surjan en ese camino y, necesariamente (2) *practicar de-fusión*, o discriminar y tomar conciencia de los pensamientos y sensaciones o recuerdos que sobrevienen, en el aquí y ahora, desde *el yo como contexto* al actuar con responsabilidad en la dirección elegida. Huelga señalar que el terapeuta ACT habrá de ajustar los distintos componentes de la terapia a los tipos de regulación ineficaz que se observen en el análisis funcional y, necesariamente, habrá de ajustar las metáforas -y el contenido de la exposición- a cada paciente.

Teniendo en mente la dirección primordial al servicio de la cual están todas las actuaciones en ACT, el *modus operandi* no sigue un orden estricto ni un protocolo formalmente cerrado por sesión. El estilo clínico es flexible y cualesquiera actividades están sujetas a atender las conductas en sesión para generar flexibilidad en la reacción a los eventos privados (aunando en parte la Psicoterapia Analítica Funcional y ACT en la línea indicada en Luciano (1999) y Wilson y Luciano (2002). ACT se presenta en diferentes fases con actuaciones dirigidas al *establecimiento y mantenimiento de un contexto para la Relación Terapéutica*. En este sentido, el terapeuta ACT dirá al paciente con palabras y actos que lo importante en la sesión será él y su experiencia al tratar de resolver su vida; tratará de minimizar la función del terapeuta como alguien que le diga el tipo de vida que ha de llevar, o lo que debe sentir o

pensar; creará las condiciones para que el paciente experimente el resultado de su estrategia, inhabilitando –por los resultados que produce- el hecho de ajustarse a las razones que sistemáticamente “justifican” o envuelven las estrategias ineficaces; tratará de resaltar la capacidad del paciente para elegir la trayectoria valiosa y afrontar el malestar; mostrará que la incomodidad psicológica es una señal conectada a sus valores. El terapeuta ACT presentará –y pedirá al cliente- metáforas o ejemplos, mostrará paradojas y realizará tantos ejercicios como sea preciso para tratar de normalizar el malestar que surja en sesión, aceptando pensamientos, sentimientos y recuerdos difíciles o contradictorios, etc., sin hacer movimiento alguno para liberar al paciente del contacto con tales experiencias privadas en tanto que hacerlo esté en dirección valiosa. Y fomentará, en tantas oportunidades como ocurran y se provoquen en sesión, la discriminación del contexto del yo y de los contenidos cognitivos que le surjan para generar el espacio psicológico necesario que permita al paciente elegir la acción valiosa aún en presencia de las emociones, pensamientos o recuerdos que previamente controlaban su acción.

Realizado el análisis del problema, la primera fase es generar las condiciones para producir la experiencia de la *Desesperanza Creativa* (experiencia que se repetirá en numerosos momentos a lo largo de la terapia). Son actuaciones dirigidas a generar las condiciones para que el paciente experimente lo que quiere, lo que hace para conseguirlo y los resultados obtenidos a la corta y a la larga. Es una experiencia amarga en tanto que sitúa al paciente en contacto con la paradoja de intentar controlar los eventos privados para eliminarlos o evitarlos, y así poder vivir, y, sin embargo, comprobar que es una estrategia que no ha funcionado (produce algún rédito inmediato pero finalmente produce insatisfacción por el costo en la vida personal) y que no puede funcionar salvo que esté dispuesto a un costo elevado en las facetas personales. Desde aquí, se hacen precisas las actuaciones clínicas dirigidas a apreciar que *la estrategia de control de los eventos privados para vivir, es el problema* y no los eventos privados en sí, y que una alternativa es la aceptación de tales eventos. El paciente aprende por metáforas, paradojas y ejercicios experienciales que “si no quieres ciertos pensamientos o sensaciones, los tienes y, además, se extienden a más facetas personales”; en suma, aprenderá la acción de estar dispuesto totalmente, sin más, a tener contenido privado difícil o no querido.

Las actuaciones dirigidas a *la clarificación de valores*

son la base en ACT (véase revisión en Páez et al., 2006) y, por tanto, están presentes de algún modo desde el inicio de la terapia ya que sin ese contexto de valor no habría sufrimiento, ni problema alguno que resolver, ni sería posible la experiencia de la desesperanza creativa. La clarificación formal de las direcciones de valor supone la introducción de diferentes metáforas y ejercicios (p.e., el funeral, el epitafio o el jardín) que permiten al paciente discernir qué quiere para su vida y los porqués de sus elecciones en términos de valores como guías de la vida, diferenciando las trayectorias valiosas, los objetivos y sus acciones en esas trayectorias, y las barreras privadas que se interponen. Esta clarificación gira en torno a detectar las áreas de la vida que puedan ser importantes para la persona (p.e., la faceta familiar, la laboral, la social, y otras). Cabe señalar que las áreas no son valores, sino que éstos son los reforzadores construidos socialmente en la vida personal por los que una persona sigue una trayectoria u otra, y perpetúa, así, un tipo u otro de regulación verbal de las apuntadas en apartados previos. El proceso de clarificación de valores es central y continuo y será, en unos casos, más exhaustivo que en otros. Trata, en síntesis, de situar al paciente al cargo de las acciones, permitiéndole la discriminación de sus acciones como actos elegidos en cada momento y siempre en una dirección, y estando dispuesto a tener los eventos privados que ello conlleve.

Finalmente, la aceptación y, por tanto, la actuación en dirección valiosa –dándose permiso a tener los eventos privados– no es posible sin un *nivel* (necesariamente práctico) de *distanciamiento* de los eventos privados, lo que significa la práctica de observación de los mismos *in situ* y tal cual se deriven. El paciente, pues, aprenderá a ejercitarse en *desliteralizar* los contenidos privados y aprenderá a *tomar perspectiva de los mismos*, diferenciando, el acto de tener un pensamiento, del pensamiento que se tiene y de la persona (él mismo) que se está dando cuenta de ello. Por un lado, la *desliteralización* tiene como objetivo minimizar el valor de las palabras, reducir la fijación entre palabras y función, situándolas en lo que son y, por tanto, desmantelando su poder funcional. Se trata de alterar los contextos de la literalidad, la evaluación, y el gran poder de las razones que justifican actuar en tanto el cliente aprenderá a darse cuenta –en el momento que ocurra– de si está fusionado, pillado por un pensamiento, por un recuerdo; si “está comprando tales cogniciones” al actuar por la literalidad que contienen. Los componentes dirigidos a establecer la dife-

renciación entre las *dimensiones del yo*, implican experimentar el distanciamiento de los propios eventos privados desde un contexto seguro, único, intransferible y permanente (el yo como contexto de todos los contenidos privados y el proceso de tenerlos). Esta experiencia de distanciamiento psicológico sólo es viable desde la plena conciencia de lo que surge como ser verbal en cada momento, en el aquí-ahora por lo que, a la par que metáforas, se requiere practicar con múltiples ejercicios para tomar conciencia del proceso o el hecho de, por ejemplo, “estar teniendo el pensamiento de ser culpable y de su valoración negativa”, o “estar teniendo el pensamiento de que me va a salir mal y tener mucho miedo”, “estar notando palpitaciones”, “estar notando la rabia al pensar en x”. Es la experiencia de darse cuenta de que se tiene un pensamiento con la conciencia de que “uno es mucho más que eso, que uno es suficientemente grande para tener todos los contenidos cognitivos”. Las metáforas y los ejercicios de distanciamiento y desliteralización implican transformación de las funciones de los eventos privados a través de diferentes marcos, esencialmente, los deícticos. Situar los eventos privados en tales marcos permite observar cualquier contenido privado desde el yo-contexto, estar presente con cualquier contenido, detectar “estar pillado por los pensamientos o sensaciones” y practicar la contemplación de esos eventos privados, volviendo a lo que demandan las direcciones de valor en cada momento, tantas veces como uno haya “comprado” los pensamientos. Se aprenderá, en suma, a poder tener los eventos privados mientras también se observa lo que se quiere y, consecuentemente, a *elegir responder a dichos eventos privados, no por su función literal sino teniéndolos plenamente mientras se actúa en dirección valiosa*.

Para concluir, señalamos que trabajar con ACT es usar todos los componentes en mayor o menor grado, habiéndose observado que, aunque en algunos casos sólo es preciso un mínimo de clarificación de las direcciones de valor y una dosis muy reducida de práctica en la aceptación con ejercicios de de-fusión (desliteralizar y fundamentalmente distanciarse de los eventos privados molestos), para producir movimientos relevantes que se mantienen, en la mayoría de los casos, la actuación clínica requiere práctica sistemática en todos los frentes. Es un error tanto la clarificación sin alguna práctica en de-fusión, como hacer de-fusión sin haber clarificado *algo* las direcciones de valor en cuyo contexto tiene sentido aceptar o darse permiso para tal práctica de de-fusión. Cabe resaltar, una vez más, la importancia del aprendizaje a

través de una multiplicidad de ocasiones que aquí significa practicar, una y otra vez, la aceptación o el estar abierto a tener los eventos privados al exponerse abiertamente a ellos desde la perspectiva del yo contexto, mientras se actúa en la dirección valiosa (Hayes et al., 2004, Luciano, 2001; Wilson y Luciano, 2002).

Evidencia Clínica. Esta terapia ha sido efectiva en numerosos estudios de caso. En los ensayos clínicos controlados (comparando ACT con tratamientos cognitivos empíricamente validados, condiciones placebo, o lista de espera) (véanse revisiones en Hayes, 2004 y Hayes et al., 2004, Hayes y Strosahl, 2004)², ACT se ha mostrado mejor (especialmente en los casos crónicos) o igualmente eficaz al finalizar los tratamientos, pero las diferencias son sustanciales en los periodos de seguimiento (ensayos controlados en la depresión, manejo del estrés laboral, sintomatología psicótica, patrones obsesivos-compulsivos, ansiedad y fobia social, consumo de drogas y tabaco, esclerosis múltiple, psico-oncología, tricotilomanía, miedos y preocupaciones, diabetes, episodios epilépticos, dolor crónico, actos auto-lesivos, en intervención con padres de niños con limitaciones, con profesionales). Ha resultado eficaz para evitar cronicidad y alterar de forma notable el curso de secuelas y síntomas variados, habiéndose aplicado en formato breve y amplio; en formato individual y grupal, además de aplicado por diferentes personas y en numerosos países. La investigación en medidas de la evitación experiencial (cuestionario AAQ de Hayes et al., 1999), la fusión cognitiva (Baer, 2005), y los valores (Blackledge y Ciarrochi, 2006; Wilson y Groom, 2002), requiere más estudios a lo que cabe añadir las posibilidades que está abriendo el rápido desarrollo del IRAP (Implicit Relational Assessment Procedure) -procedimiento basado en la TMR- para la medida de relaciones implícitas (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Power, Hayden, Milne y Stewart, 2006).

Sin embargo, el análisis de los componentes y, principalmente, de los procesos verbales de cambio implicados en los distintos métodos, es un trabajo iniciado hace años pero insuficiente (Barnes-Holmes et al., 2004; Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004). A pesar de estas limitaciones, se replica un efecto de modo sistemático, tanto en investigación básica (Hayes et al., 1999; Gutiérrez, Luciano, Rodríguez y Fink, 2004) co-

mo en estudios controlados (véase revisión en Hayes et al., 2004), y es la consistencia en la ruptura o desconexión entre eventos privados y acciones valiosas, lo que significa un cambio funcional de los primeros sin que reduzcan su frecuencia o, necesariamente, su impacto emocional al menos a corto plazo.

En consecuencia, el balance es optimista pero considerado con la cautela y parsimonia de un proyecto científico que plantea una terapia conectada a una teoría del lenguaje y la cognición. Una conexión que puede ser considerada como el eslabón perdido entre los estudios de laboratorio del análisis experimental de la conducta, en los años 60 a 80, y el *análisis funcional de la cognición*, con sus implicaciones clínicas, sociales y educativas. Representa la visión conductista radical de los eventos privados enriquecida sobremanera con la investigación en aprendizaje relacional. En suma es un proyecto ambicioso de investigación básico-aplicada que mejorará la terapia y que permitirá un conocimiento de la condición humana más acertado para prevenir y resolver problemas.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Dr. Antonio Capafons, los comentarios efectuados sobre el primer borrador de este trabajo, ya que con ellos hemos podido mejorar el contenido y su extensión.

REFERENCIAS

- Baer, R.A. (2005). *Kentucky inventory of mindfulness skills (KIMS)*.³
- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., McHugh, L., y Hayes, S.C. (2004). Relational frame theory: Some implications for understanding and treating human psychopathology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 355-375.
- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Power, P., Hayden, E., Milne, R. y Stewart, I. (2006). Do you really know what you believe? Developing the implicit relational assessment procedure (IRAP) as a direct measure of implicit belief. *Irish Psychologist*, 32, 169-177.
- Barnes-Holmes, D., Cochrane, A., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I., & McHugh, L. (2004). Psychological acceptance: Experimental analysis and theoretical interpretations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 517-531

² Se omite un listado de referencias específicas pero puede solicitarse a la primera autora.

³ Disponible en Department of Psychology (R. A. Baer), University of Kentucky, EE.UU).

- Blackledge, J.T., y Ciarrochi, J. (2006). *Personal values questionnaire*⁴.
- Dahl, J.A., Wilson, K.G., Luciano, M.C., y Hayes S.C. (2005). *Acceptance and commitment therapy for chronic pain*. Reno: Context Press.
- Dougher, M.J. y Hayes, S.C. (2000). Clinical behaviour analysis. En M.J. Dougher (Ed.), *Clinical behavior analysis* (pp.11-26). Reno, NV. Context Press.
- Gutiérrez, O., Luciano, M.C., Rodríguez, M., & Fink, B. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35, 767-783.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D., y Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S.C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. & Guerrero, L.F. (2004). BDT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies?. *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
- Hayes, S.C., y Strosahl, K.D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer-Verlag.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C., y Wilson, K.G. (1995). The role of cognition in complex human behavior: A contextualistic perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 241-248.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Jacobson, N.S., Christensen, A., Prince, S.E., Cordova, I., y Eldridge, K. (2000). Integrative behavioural couple therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 351-355.
- Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*. Nueva York: Plenum Press.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Luciano, M.C. (1999). La psicoterapia analítico funcional (FAP) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 497-584.
- Luciano, M. C. (2001). Sobre el trastorno de evitación experiencial (TEE) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). En C. Luciano (Ed.), *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Libro de casos* (pp. 3-18). Valencia: Promolibro.
- Luciano, M.C., y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- Luciano, M.C., Rodríguez, M., y Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 377-394.
- Luciano, M.C., y Törneke, N. (2006). *Experimental basis of ACT clinical methods from and RFT perspective*. Workshop II International Institute of RFT-ACT. Londres.
- O'Hora, D., y Barnes-Holmes, D. (2004). Instructional control: Developing a relational frame analysis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 2, 263-284.
- Páez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S., y Luciano, M. C. (2006). La importancia de los valores en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 1-20.
- Pérez-Alvárez, M. (2001). Afinidades de las nuevas terapias. *International Journal of Health and Clinical Psychology*, 1, 15-23.
- Szasz, T. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15, 113-118.
- Seagal, Z. V., Williams, J. M., y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford.
- Wegner, D.M., y Zanakos, S.I. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640.
- Wilson, K.G., y Groom, J. (2002)⁵. The valued living questionnaire.
- Wilson, K. G., Hayes, S. C., Gregg, J., y Zettle, R. (2001). Psychopathology and Psychotherapy. En S.C. Hayes, D., Barnes-Holmes, y B. Roche (Eds), *Relational frame theory* (pp. 211-238). Nueva Yor: Kluwer Academia.
- Wilson, K.G., y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

⁴ Disponible en Department of Psychology (J. T. Blackledge), University of Wollongong, New South Wales, Australia.

⁵ Disponible en Department of Psychology (K. G. Wilson), University of Mississippi, Mississippi, EE.UU.

MINDFULNESS MINDFULNESS

Miguel Ángel Vallejo Pareja
 UNED, España

El mindfulness puede entenderse como atención y conciencia plena, como presencia atenta y reflexiva a lo que sucede en el momento actual. Pretende que la persona se centre en el momento presente de un modo activo, procurando no interferir ni valorar lo que se siente o se percibe en cada momento. Como procedimiento terapéutico busca, ante todo, que los aspectos emocionales y cualesquiera otros procesos de carácter no verbal, sean aceptados y vividos en su propia condición, sin ser evitados o intentar controlarlos. El control sobre sucesos incontrolables, sujetos a procesamiento automático, requiere de la mera experimentación y exposición natural con la menor interferencia posible. Aunque el mindfulness ha adquirido una cierta notoriedad, sobre todo en USA, de mano de los valores orientales, refiere a algunos aspectos ya conocidos en psicología: la exposición y la autorregulación basadas en las técnicas de biofeedback o en el uso de la hipnosis, donde hay un dejar que los fenómenos perceptivos y sensoriales se muestren como ellos son. Su principal utilidad, más allá de las técnicas concretas que ofrezca, tal vez sea el contrastar con una psicología que propugna el control, el bienestar, la eliminación del estrés, la ansiedad, etc., mediante procedimientos que, a falta de esa experimentación natural, pueden contribuir a perpetuarlos.

Palabras Clave: mindfulness, conciencia plena, aceptación, exposición, terapia de conducta

The mindfulness could be understood as consciousness encompasses both attention and awareness; it is paying reflexive attention to the present moment. It is an intentional way, with a purpose but no judgmentally and none interfering the sensations and perceptions of experience moment to moment. As a therapeutic procedure find the acceptance in his own manner of the emotional experiences and any other nonverbal processes, so these experiences must be living it not to avoid o to control. The control of uncontrolled experiences, automatic control processes, required his own experimentation and the natural exposure to this success with no interferences. The mindfulness is well know in USA in relationship with the oriental values of meditation, but referred to some aspects knew in psychology: exposure, self-regulation in biofeedback training or in the use of hypnosis where there are a way to leave the sensorial and perceptive experiences as their own. The principal utility of mindfulness is its interest to claim against control, and refuse of emotional negative material. The wide psychological discourse fighting against stress, anxiety, etc., required the contrast offered by mindfulness, without the natural experimentation of these emotions the clinical problems could be perpetuated.

Key words: Inglés: mindfulness, acceptance, exposure, behavior therapy

Mindfulness es un término que no tiene una palabra correspondiente en castellano. Puede entenderse como atención y conciencia plena, presencia atenta y reflexiva. Los términos atención, conciencia y referencia al momento concreto están incluidos de lleno en su significado. Viene a plantear, por tanto, un empeño en centrarse en el momento presente de forma activa y reflexiva. Una opción por vivir lo que acontece en el momento actual, el aquí y el ahora, frente al vivir en la irrealidad, el soñar despierto.

Las connotaciones psicológicas del término son evidentes, aunque trasciende de lo meramente psicológico e impregna en un sentido más amplio un sentido de vida, una filosofía de la vida y una praxis, un modo de conducirse en situaciones y momentos concretos. El *mindful-*

ness no puede ser entendido de forma genérica sino que siempre es referido a un momento temporal concreto (presente).

Para terminar por acotar, si quiera de forma preliminar, el concepto hay que añadir que esa atención, conciencia y reflexión es de carácter no valorativo. Es una experiencia meramente contemplativa, se trata de observar sin valorar, aceptando la experiencia tal y como se da. Es una observación abierta e ingenua, ausente de crítica y valencia. Se diría que es una forma de estar en el mundo sin prejuicios: abierto a la experiencia sensorial, atento a ella y sin valorar o rechazar de forma activa y taxativa dicha experiencia.

El fenómeno así descrito es de evidente interés en psicología. Plantea en términos positivos cómo orientar la atención y la actividad, adecuándose de forma abierta a cada situación y señala de forma implícita los problemas que pueden derivarse de no centrarse en el mo-

Correspondencia: Miguel A. Vallejo Pareja. UNED. Facultad de Psicología. España. E-mail: mvallejo@psi.uned.es

mento presente en las condiciones señaladas. Así, para Linehan (1993) el entrenamiento en *mindfulness* supone instruir al paciente para que observe su cuerpo y lo describa, sin valoración y centrándose en el momento presente.

El *mindfulness* es considerado desde diversas perspectivas como un fin en sí mismo, como una filosofía de vida o modo de conducirse en ella. En esta óptica se considera el *mindfulness* como un tipo de meditación inserta en la cultura oriental y en el budismo en particular (Gremer, 2005), el ideal Zen de vivir el momento presente. Desde un punto de vista psicológico también se ha venido a considerar como un constructo de personalidad. Se pretende medir cuánto *mindfulness* "tiene" una persona y cómo puede afectar esto a diversas dimensiones psicológicas, así como procesos concretos.

Finalmente se considera también como una técnica y como un componente de las terapias desarrolladas en el marco del conductismo radical y contextual: terapia de aceptación y compromiso, terapia de conducta dialéctica o psicoterapia analítica funcional.

ASPECTOS NOVEDOSOS DE LA TÉCNICA

El *mindfulness* puede entenderse, como se ha señalado más arriba, como una forma de implicarse en las distintas actividades habituales, sean estas problemáticas o no. Se puede considerar, por tanto, como una habilidad que permite no sólo un punto de vista distinto sino que implica también conductas concretas.

Siendo precisos no se puede decir estrictamente que su planteamiento sea novedoso. Veamos, no obstante, sus elementos esenciales y su grado de innovación.

Centrarse en el momento presente.- Esta es una característica que ha sido definitoria del análisis funcional de la conducta y en consecuencia de la terapia de conducta. Sin embargo, el centrarse en el momento presente tiene en el *mindfulness* un sentido distinto. Se trata de centrarse y sentir las cosas tal y como suceden, sin buscar su control. No se centra en un pensamiento para cambiarlo por uno positivo. Se centra en un pensamiento o actividad, la que se proponga, en sí misma, sin ánimo de control sobre ella. ¿Qué utilidad puede tener esto? La de aceptar las experiencias y sensaciones tal y como se dan. Podría decirse que, de modo similar a como operan las técnicas de exposición, se le pide a la persona que permanezca en una determinada situación sintiendo lo que allí suceda. Esta actitud permite que lo que ha de

sucedir o sentir acontezca de un modo completo. El vivir lo que está sucediendo en el momento supone dejar que cada experiencia sea vivida en su momento. Se trata de no perder la experiencia presente en su sustitución por lo que tendría que suceder o lo que sucedió y se vivió.

Apertura a la experiencia y los hechos.- El centrarse en lo que sucede y se siente en el momento presente permite poner por delante los aspectos emocionales y estimularlos frente a la interpretación de ellos. La fuerza del lenguaje, del pensamiento, para tamizar y vestir lo que se ve y lo que se siente, es evidente. Esta influencia es tal que frecuentemente lo verbal sustituye a lo real, homogenizando, uniformando y conformando la experiencia abierta a marcos predefinidos y estereotipados. Esto supone, ante todo, una falsificación de la experiencia y la pérdida de la riqueza que supone la variabilidad de los fenómenos perceptivos y emocionales. La persona que contempla un cuadro sólo es capaz de percibir (sentir) en la medida en que es capaz de mantenerse abierto a las cosas que le sugiere dicho cuadro. Esta observación debe guiarse, en lo principal, por ella misma. Dejando que unas sensaciones lleven a otras de modo natural. Las interferencias verbales (prejuicios), o el "estar en otro sitio", solo contribuyen a adulterar la experiencia.

Aceptación radical. El elemento esencial del *mindfulness* consiste en la aceptación radical, no valorativa, de la experiencia. Se trata de centrarse en el momento actual sin hacer ningún tipo de valoración y aceptando la experiencia como tal. Esto tiene un elemento de originalidad frente al proceder habitual en psicología. Lo positivo y negativo, lo perfecto e imperfecto en sus diversos grados son aceptados como experiencias naturales, normales. Obviamente resulta más grato experimentar algo positivo pero se acepta como igualmente natural la vivencia de lo desagradable. Se trata, como se ha comentado anteriormente, de aceptar las experiencias, y las reacciones a ellas, como naturales, normales. El esfuerzo por no valorarlas y aceptarlas permite no rechazarlas: el malestar, el enfado, la contrariedad no es algo de lo que se haya de huir, sino que forman parte una experiencia humana que es preciso vivir. Esto contradice en gran medida ciertos tipos de mensajes que se transmiten socialmente, e incluso desde el ejercicio profesional de la psicología: el malestar es negativo, debe reducirse la ansiedad, controlar el estrés, reducir los pensamientos negativos, etc.

Elección de las experiencias.- Puede pensarse que el *mindfulness* consiste en vivir con atención plena, reflexiva, no valorativa y aceptando lo que acontece de forma un tanto determinista. Esto no es así. Las personas elijen de forma activa en qué implicarse, sobre qué actuar, mirar o centrarse. Los objetivos, proyectos y valores de cada cual determinan sobre qué atender o prestar su tiempo e interés. En suma, el que una situación sea vivida y caracterizada como *mindfulness* no quiere decir que no sea elegida. Sí quiere decir que una vez que una situación es elegida debe vivirse y experimentarse tal y como es, de forma activa, aceptando todo lo que se dé.

Control.- La aceptación supone una renuncia al control directo. No se busca que la persona controle sus reacciones, sentimientos o emociones sino que los experimente tal y como se producen. Esto no supone, naturalmente, que los elementos de regulación emocional, fisiológico y comportamental no se produzcan pero sí que no buscan de forma directa. No se trata de reducir (controlar) el malestar, el miedo, la ira o la tristeza, sino de experimentarlos como tal; en todo caso el efecto que pudiera producirse sobre esas emociones será de naturaleza indirecta. Este aspecto contrasta notablemente con los procedimientos psicológicos al uso y que buscan la reducción de la activación, el control de la ansiedad, la eliminación de los pensamientos negativos, etc.

Para recapitular se recogerán algunos de los elementos clave del *mindfulness*, según Germer (2004), estos son: (1) *no conceptual*, esto es prestar atención y conciencia sin centrarse en los procesos de pensamiento implicados; (2) *centrado en el presente*: el *mindfulness* siempre se da en y sobre el momento presente; (3) *no valorativo*, no puede experimentarse plenamente algo que se desea que sea otro; (4) *intencional*, siempre hay una intención directa de centrarse en algo, y de volver a ello si por algún motivo se ha alejado; (5) *observación participativa*, no es una observación distanciada o ajena, debe implicar lo más profundamente la mente y el cuerpo; (6) *no verbal*, la experiencia *mindfulness* no tiene un referente verbal sino emocional y sensorial; (7) *exploratorio*, abierto a la experimentación sensorial y perceptiva; y (8) *liberador*, cada momento de experiencia vivida plenamente es una experiencia de libertad.

LAS TÉCNICAS CONCRETAS

Una vez definidas la singularidades y ventajas del *mindfulness*, ¿cómo buscarlo o aplicarlo en términos prácti-

cos?, ¿resulta positivo que una persona se conduzca todo el día como *mindfulness*? No hay datos empíricos hoy día que permita responder de forma clara a estas preguntas. Más adelante se podrá valorar más concretamente en qué casos es más apropiado insistir en su recomendación. Mientras tanto ¿cómo se consigue el *mindfulness*? En general se ha aplicado un tipo de entrenamiento que permite a las personas practicar en esas habilidades *mindfulness*. El procedimiento más utilizado incluye elementos cognitivos (meditación) junto con determinados tipos de relajación, o ejercicios centrados en sensaciones corporales. Recuerda, en gran medida, al entrenamiento en relajación progresiva, aunque también al entrenamiento autógeno (procedimiento de auto-hipnosis) y a la hipnosis en sí.

Jon Kabat-Zinn (1994) ha desarrollado y puesto en marcha un programa en el que se entrena a las personas en la adquisición de las habilidades relativas al *mindfulness*. Se entiende que, al igual que con la relajación, el entrenamiento y práctica en ellas permite la adquisición de unas habilidades que pueden generalizarse y tiene, posiblemente, sus efectos positivos en el funcionamiento ordinario de la persona.

A modo de ejemplo, y en el caso de la relajación, podría señalarse que cualquiera de los procedimientos utilizados podría ser adecuado, desde la perspectiva del *mindfulness*, siempre que se modificaran los elementos necesarios. A saber: que la persona no controla, sino observa, su respuestas fisiológicas; que la persona acepta cualquier cambio, sensación o movimiento, por ejemplo, que se produzca; que hay una implicación activa en la tarea planteada buscando conocer y sentir todo lo que acontezca en ella; que dicho interés activo no supone lucha o control sobre otras actividades competitivas (por ejemplo, si atendiendo a las sensaciones corporales el pensamiento se va a otros asuntos alejados de la tarea, una vez que la persona se da cuenta de la digresión, no se enoja o contraría, sino que acepta dicha digresión y simplemente vuelve a atender a las sensaciones y tareas en que está implicado). En este contexto se puede utilizar el procedimiento denominado como *body scan* (Kabat-Zinn, 2002), que consiste en una mera experimentación en las sensaciones corporales asociadas al repaso activo del cuerpo. Otro procedimiento frecuentemente usado es la respiración. La persona se centra en ella y experimenta libremente todas las sensaciones que sucedan en torno al propio ritmo respiratorio. Insistiendo en todo momento en que no se pretende ni busca ejercer

control alguno sobre la actividad corporal. Tampoco se busca la relajación como algo positivo en sí ni como estrategia de afrontamiento, sino como forma de practicar y experimentar el *mindfulness*.

Los procedimientos y ejercicios concretos pueden ser muy diversos. Algunos han sido desarrollados con objetivos específicos como el programa para la prevención de la depresión de Segal, Williams y Teasdale (2002). En dicho texto puede consultarse un programa detallado de ejercicios orientados a la práctica del *mindfulness* durante la mayor parte del día como forma de prevenir las recaídas en la depresión.

UTILIDAD DEL MINDFULNESS

Las técnicas que buscan que el paciente tenga experiencias *mindfulness* persiguen, ante todo, que la persona se deje llevar por las sensaciones que percibe. Se trata de promover, poner como punto fundamental de referencia, las sensaciones y emociones, dejando que ellas actúen de forma natural. Esto posibilita que la persona deje (permita) que determinadas actividades (emociones, cambios fisiológicos, etc.) que operan de forma autónoma (SNA) se regulen de acuerdo con sus propios sistemas naturales de autorregulación. La falta de información sensorial, activa (uso de técnicas de control, distracción, etc.) o pasiva (no atendiendo de forma intencional a dicha información), impide al organismo la información precisa y necesaria para tengan lugar los modos naturales de aprendizaje. Tomemos como ejemplo la conducta sexual. Masters y Johnson (1970) insistieron en definir como el rol de espectador el comportamiento de quien voluntariamente se aleja (pensando en otra cosa, ocupándose de otros temas, etc.) en una interacción sexual. Suponiendo que al no atender a estímulos que pueden provocar una excitación sexual se puede ejercer un control sobre ella, se obtiene precisamente el efecto contrario: sólo es posible "controlar" la excitación sexual cuando la persona recibe la información sensorial que acontece en esa experiencia. No es posible un aprendizaje sin información ligada a su ejecución. Es más, el aprendizaje será más eficiente cuanto más información se esponga.

El intento por bloquear el malestar, las emociones, el estrés, contraviene y altera, de forma física (fármacos) o psicológica (distracción, reestructuración, etc.) los mecanismos de feedback naturales del organismo que permiten regular. Este aspecto fue un elemento característico en el desarrollo de las técnicas de *biofeedback* y de los

modelos de autorregulación que se propusieron para su desarrollo (ver Schwarz, 1977). Puede señalarse, al igual que en el ejemplo antes comentado de la actividad sexual, que el único modo en que los servomecanismos (feedback positivo y negativo) del organismo pueden operar es cuando los canales de información sensorial reciben y transmiten la información relevante de un modo eficiente (ver Corrigan, 2004).

Esto no quiere decir que el uso de los fármacos o técnicas psicológicas como la reestructuración cognitiva, reducción de la activación fisiológica, distracción, etc., no sean adecuadas. Son procedimientos útiles y eficaces en determinados problemas y momentos, sin embargo deben considerarse con cautela. Cuando impiden que la persona experimente de forma real las sensaciones y emociones ligadas a una determinada situación pueden dificultar y agravar en problema en lugar de sortearlo. La racionalización y contextualización de un problema es necesaria pero la experimentación y aceptación de las sensaciones y emociones que nos procura es esencial. Esto es bien conocido en un ámbito especialmente relevante de la intervención psicológica: los trastornos de ansiedad. La exposición a las situaciones evocadoras de ansiedad y la experimentación de sus efectos es un elemento esencial en su tratamiento.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

El *mindfulness* parece haber surgido en torno al interés occidental por la tradición oriental y concretamente por el budismo Zen. El impulso, desde esta perspectiva, dado por Jon Kabat-Zinn ha venido en gran medida a insistir en este aspecto. La meditación como forma de experimentar y conseguir experiencias *mindfulness*. Este aspecto no obstante es más de carácter instrumental que básico. La meditación, o el uso de procedimientos cognitivos o fisiológicos (relajación) configuran diversas técnicas o procedimientos para conseguir los efectos perseguidos. Tradicionalmente se ha considerado que para conseguir una respuesta incompatible con la ansiedad se pueden utilizar diversas técnicas de relajación, meditación, el entrenamiento asertivo o la experimentación de situaciones positivas (audición de una música, etc.).

Fijándose más en aspectos básicos y conceptuales el tronco de *mindfulness* como procedimiento terapéutico se encuentra en el desarrollo de las denominadas nuevas terapias conductuales. Este tipo de terapias surgen al considerar el contexto como elemento principal en

la explicación e intervención. Hayes (2004) y Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, J. (2006) han venido a denominar como terapias de tercera generación aquellas que incluyen en sus componentes procesos de *mindfulness* y aceptación así como procesos de compromiso y cambio directo de conductas. Es aquí donde el *mindfulness* entronca con otros procedimientos terapéuticos como, por ejemplo, la terapia de conducta dialéctica (Linehan, 1993a y b), la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002) o la terapia cognitiva centrada en su origen en modelos de procesamiento de la información en relación con la depresión (Segal, Williams y Teasdale, 2002).

La característica esencial de esta denominada tercera generación de la terapia de conducta (la primera se caracterizaría por su carácter empírico, experimental y centrado en el cambio directo de la conducta, y la segunda por la aportación de los modelos cognitivos), es, entre otras, que adopta una perspectiva más experiencial y opta por estrategias de cambio de carácter indirecto, más que las más habituales de carácter directo de la primera y segunda generación. Esto supone la consideración de un ámbito más amplio del cambio, no ceñido a elementos y aspectos concretos. La explicación de este cambio de proceder está en la relevancia conferida al contexto y a las funciones de las conductas más que a su forma (topografía en el análisis funcional clásico). Si lo que importa son las funciones de las conductas y no el modo en que se presentan, habrá de actuarse de forma genérica sobre dichas funciones. Esto supone un acercamiento más amplio e indirecto, pues para actuar sobre conductas concretas puede hacerse sobre otras conductas que también tienen esas funciones, aunque no estén implicadas concretamente en el problema objeto de consideración. La experiencia *mindfulness*, en lo que tiene de aceptación de las sensaciones y sucesos como ocurren, supone optar por experimentar conductas funcionalmente distintas de aquellas que pueden estar generando el problema por el que la persona pide ayuda, frente al intento por huir de las experiencias sin tener ocasión de experimentarlas. Una persona preocupada por controlar los imprevistos en el trabajo no tiene por qué centrarse sólo en situaciones laborales sino en cualesquiera otras que tengan que ver con su ocurrencia imprevista.

Esta perspectiva amplia y abierta es más comprensiva y adaptativa que la se centra en el control de elementos

concretos de forma descontextualizada. Por ello no es sorprendente que este tipo de terapias de tercera generación se hayan mostrado eficaces en problemas más amplios y menos definidos como los trastornos de personalidad (Linehan, 1993a y b). Se busca que la persona sea capaz de observar y sentir de forma natural (dejándose llevar) su comportamiento (el *mindfulness* como observación) y que al tiempo se comprometa con esa actividad (*mindfulness* como compromiso). El objetivo es estar abierto a la propia actividad, exploración que permita obtener datos para su posterior evaluación. No es incompatible, en absoluto, elegir experiencias, actividades, etc., y al mismo tiempo estar disponibles para experimentar y sentir tal cual las cosas sucedan (Robins, Schmidt, y Linehan, 2004). Nótese que este modo de proceder favorece la flexibilidad y la variabilidad en el comportamiento, característica esencial de su capacidad adaptativa.

APLICACIONES CLÍNICAS

Las aplicaciones clínicas del *mindfulness* han estado ligadas inicialmente a su papel como procedimiento de control fisiológico-emocional. En ese marco cabe considerar el papel que la meditación y la relajación tuvo sobre diversos trastornos psicofisiológicos. Los trabajos de Benson (1975) son paradigmáticos en este ámbito y ligan la relajación, meditación y trastornos cardiovasculares (ver Gremer, 2005).

Jon Kabat-Zinn es, no obstante, quien popularizó e impulsó el uso de la meditación *mindfulness* como procedimiento para tratamiento de trastornos psicofisiológicos o psicosomáticos. En 1979 creó el Centro Mindfulness en la Facultad de Medicina de la Universidad de Massachusetts para tratar aquellos casos y problemas clínicos que no respondían adecuadamente al tratamiento médico convencional. Desde entonces el Centro viene aplicando el *Mindfulness-based stress reduction (MBSR) program* a un amplio número de personas. Más de 15.000 pacientes han seguido el programa en ese Centro, además de otros muchos que se han aplicado en otros países. Esta actividad clínica ha supuesto también resultados en diversas investigaciones científicas. En ellas se ha constatado, por ejemplo, la utilidad del programa para modificar ciertas funciones fisiológicas e inmunitarias (Davidson y cols., 2003). Lo cierto es que desde la publicación en 1982 del primer trabajo sobre dolor crónico (Kabat-Zin, 1982) han aparecido estudios que muestran su utilidad en trastornos de ansiedad (Kabat-

Zin, Massion, Kristeller, Peterson, Fletcher y Pbert, 1992) o en psoriasis (Kabat-Zin, Wheeler, Ligth, Skillings, Scharf y Crolepy, 1998), por ejemplo.

Paul Grossman dirige el Instituto de Investigación Mindfulness de la Universidad de Friburgo en Alemania y se centra también en el *mindfulness* como programa de control de estrés. Ha publicado recientemente un meta-análisis (Grossman y cols., 2004) sobre el uso de estos programas, en él se constata que a pesar de que aún el número de estudios es pequeño, los resultados muestran la utilidad del procedimiento tanto en muestras clínicas como en personas normales. Además de los trabajos recogidos en el meta-análisis cabe añadir otras aportaciones más recientes que muestran la utilidad del programa en cáncer (Galantino, 2003; Tacón, Caldera, y Ronaghan, 2004) y en trasplante de órganos (Gross et al., 2004).

Más allá del uso de la meditación *mindfulness* como procedimiento de reducción del estrés, el *mindfulness* ha sido integrado en tres procedimientos clínicos de gran interés y que, además, han aportado evidencia empírica de su utilidad. El primero es la terapia de conducta dialéctica. Marsha Linehan (Linehan, 1993) desarrolla un tratamiento basándose en el *mindfulness* y la aceptación para el abordaje de los trastornos de personalidad límite. Los resultados obtenidos le han caracterizado como un tratamiento empíricamente validado (Crits-Christoph, 1998). El segundo es la terapia cognitiva de la depresión, más concretamente la terapia cognitiva basada en *mindfulness* de la depresión (ver Scherer-Dickson, 2004). Esta fue desarrollada al considerar los elementos implicados en las recaídas en pacientes tratados por depresión (Teasdale et al., 2000; Teasdale, Segal y Williams, 1995) y ha mostrado la utilidad de este acercamiento (Ramel, Goldin, Carmona y McQuaid, 2004; Teasdale et al., 2002). El programa detallado de la aplicación está publicado paso a paso (ver Segal et al., 2002). Finalmente, *mindfulness* se haya integrado también en el proceder de la terapia de aceptación y compromiso, ya referida en este trabajo, por lo que viene a formar parte, como se ha comentado, de los procedimientos clínicos de las terapias de conducta de tercera generación.

Otro ámbito de investigación ha sido el referido a la consideración del *mindfulness* como un constructo susceptible de ser operativizado, evaluado y utilizado como criterio para relacionarlo con otras medidas clínicas. Así se ha desarrollado el inventario *mindfulness* de Friburgo

(Buchheld, Grossman y Walach, 2002) y que ha sido estudiado en relación con el consumo de tabaco y de alcohol (Leigh, Bown y Marlatt, 2005). También se ha desarrollado una escala para pacientes de cáncer (Carlson y Brown, 2005).

CONCLUSIONES

El *mindfulness* plantea un punto de vista complementario con los recursos clínicos convencionales. La atención e implicación activa en el momento presente es congruente con el modo de hacer en la terapia cognitivo conductual. Donde sí puede producirse un cierto contrasentido es en el interés por aceptar las sensaciones y los elementos vividos frente a controlarlos. Esto es especialmente relevante en el caso de las respuestas emocionales así como en el aquellos problemas derivados de disfunciones psicofisiológicas. Resulta especialmente evidente que algunas funciones no están sujetas a control verbal, por ello sólo mediante experimentación real se puede ejercer un cierto aprendizaje sobre ellas y esto sólo es posible si hay una buena experimentación, una buena observación *mindfulness*.

El intento voluntario por controlar la respiración produce, muy probablemente, disnea. Quien tiene un ataque de pánico o un deseo irrefrenable por fumar y pretende controlarlo voluntariamente probablemente obtenga el efecto contrario. Solo hay una forma de "controlar" esas actividades involuntarias e indeseadas: dejándolas estar, dejando que ocurran, observándolas con la menor interferencia posible, dejando que se autorregulen automáticamente, que realicen su tarea los servomecanismos biológicos responsables de su actividad.

Las posibilidades de integrar esta técnica y este modo de proceder son muchas y aplicable a muy diversos trastornos. Germer, Siegel y Fulton (2005) han editado un libro específicamente dedicado a esto. En él se puede ver cómo actuar y con qué recursos en diversos ámbitos de intervención. Finalmente, recordar que el *mindfulness* como la terapia de conducta dialéctica, la terapia de aceptación y compromiso, la terapia de activación conductual y la psicoterapia funcional analítica, recogen, entre otras, la evolución propia de la terapia de conducta. Ello supone un reconocimiento acumulativo de las aportaciones producidas a lo largo de los años y también de críticas y propuestas nuevas, tal vez no tan nuevas, pero en todo caso renovadas, en la búsqueda de solución a problemas recurrentes que tal vez adoptan distintas formas aunque ejerzan efectos semejantes.

REFERENCIAS

- Benson, H. (1975) *The relaxation response*. Nueva York: Morrow.
- Buchheld, N., Grossman, P. y Walach, H. (2002) *Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: the development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI)*.
- Carlson, L.E. y Brown, K.W. (2005) Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 29-33.
- Corrigan, F.M. (2004) Psychotherapy as assisted homeostasis: activation of emotional processing mediated by anterior cingulate cortex. *Medical Hypothesis*, 63, 968-973.
- Crisis-Christoph, P. (1998) Psychosocial treatment for personality disorders. En P.E. Nathan y J.M. Gorman (eds.) *A guide to treatments that work*. (pp. 544-553). Nueva York: Oxford University Press.
- Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D. y Santorelli, S. (2003) Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Galantino, M.L. (2003) Influence of Yoga, walking and Mindfulness meditation on fatigue and body mass index in women living with breast cancer. *Seminars in Integrative Medicine*, 1, 151-157.
- Germer, C.K. (2005) Mindfulness. What is it? What does it matter? En C.K. Germer, R.D. Siegel y P.R. Fulton (eds.): *Mindfulness and Psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press, págs., 3-27.
- Germer, C.K., Siegel, R.D. y Fulton, P.R. (2005) *Mindfulness and psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.
- Gross, C., Kreitzer, M.J., Russas, V., Treesak, C., Frazier, P.A. y Herts, M.I. (2004) Mindfulness meditation to reduce symptoms after organ transplant: a pilot study. *Advances in Mind-Body Medicine*, 20, 20-29.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. y Walach, H. (2004) Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Hayes, S.C. (2004) Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (eds.): *Mindfulness and acceptance*. Nueva York: Guilford Press, págs., 1-29.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006) Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999) *Acceptance and commitment therapy*. Nueva York: Guilford Press.
- Kabat-Zinn, J. (1982) An outpatient program in behavioural medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1994) *Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Nueva York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2002) *Guided mindfulness meditation: Body scan meditation*. (Compact disc recording). Stress Reduction CDs and Tapes. ISBN 1-59179-359-9.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L., Fletcher, K.E., y Pbert, L. (1992) Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Ligth, T., Skillings, A., Scharf, M. y Cropley, T.G. (1998) Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60, 625-632.
- Leigh, J., Bowen, S. y Marlatt, G.A. (2005) Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive Behaviors*, 30, 1335-1341.
- Linehan, M. (1993a) *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Linehan, M. (1993b) *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Linehan, M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D. y Heard, H. (1991) A cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M., Dimeff, L., Reynolds, S., Comtois, K., Welch, S., Heagerty, P. y Kivlahan, D.R. (2002) Dialectical behaviour therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Masters, W.H. y Johnson, V.E. (1970) *Human sexuality*

- inadequacy*. Boston: Little Brown.
- Ramel, W., Goldin, P., Carmona, P.E. y McQuaid, J.R. (2004) The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 433-455.
- Robins, C.J., Schmidt, H. y Linehan, M.M. (2004) Dialectical Behavior Therapy: synthesizing radical acceptance with skilful means. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (eds.): *Mindfulness and acceptance*. (pp. 30-44). Nueva York: Guilford Press.
- Scherer-Dickson, N. (2004) Current developments of metacognitive concepts and their clinical implications: mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Counselling Psychology Quarterly*, 17, 223-234.
- Schwartz, G.E. (1977) Biofeedback and the self-management of dysregulation disorders. En R.B. Stuart (ed.): *Behavioral self-management, strategies, techniques and outcomes*. Nueva York: Brunner and Mazel.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. y Teasdale, J.D. (2002) *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Nueva York: Guilford.
- Tacón, A.M., Caldera, Y.M. y Ronaghan, C. (2004) Mindfulness-based stress reduction in women with breast cancer. *Families Systems & Health*, 22, 193-203.
- Teasdale, J., More, R. Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. y Segal, Z. (2002) Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287.
- Teasdale, J., Segal, Z. y Williams, J. (1995) How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.
- Teasdale, J., Segal, Z., Williams, J., Ridgeway, V., Soulsby, J. y Lau, M.A. (2000) Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002) *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

¿HAY ALGO NUEVO EN TERAPIA PSICOLÓGICA?: TRES PROPUESTAS Y UNA RESPUESTA POSIBLE

IS THERE ANYTHING NEW IN PSYCHOLOGICAL THERAPY?

THREE PROPOSALS AND A POSSIBLE ANSWER

Juan Capafons y Carmen D. Sosa

Universidad de La Laguna

Se comentan tres acercamientos terapéuticos: la Terapia de Aceptación y Compromiso, Mindfulness y el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta. En primer lugar se expone el posible denominador común de estos acercamientos, y si la fenomenología puede estar a la base de estos acercamientos ("volver a las cosas mismas", "dejar que las cosas ocurran"). En segundo lugar, se tratan los aspectos innovadores o novedosos de estos acercamientos, para finalizar con la valoración de los mismos.

Palabras Clave: tratamiento psicológico, intervención psicológica, cognitivo-comportamental, psicoterapia Terapia Aceptación y Compromiso, hipnosis despierta, sugestión, mindfulness.

In this paper, some comments on three psychological treatments, Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness and the Valencia Model of Waking Hypnosis, are made. Firstly, we expose shared aspects of the three approaches and, then, we theorize about phenomenology as one of their possible theoretical basis ("return to the same things", "let things happen"). Secondly, we assess the innovative or new aspects of such interventions, and finally, their implications.

Key words: psychological treatment, psychological intervention, cognitive-behavioral, psychotherapy, Acceptance and Commitment Therapy, waking hypnosis, suggestion, mindfulness.

No es nada fácil la tarea que nos solicita el coordinador de este monográfico: la visión del público sobre lo nuevo en terapia psicológica. El Dr. Antonio Capafons, nos pide que, con el rol fijo de público, comentemos las aportaciones de tres espléndidos pensadores-investigadores-colegas que nos exponen el estado actual del Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la rabiosamente actual Mindfulness. Realmente el Dr. Capafons no nos lo pone fácil. Supongo que Violante le puso en un buen aprieto a Lope de Vega cuando le pidió aquel famoso soneto (*un soneto me manda hacer Violante*) que posteriormente resolvió de forma tan espléndida (*contad si son catorce, y está hecho*). Pues algo similar nos ocurre con esta petición: "que en mi vida me he visto en tanto aprieto".

Vaya por delante que no vamos a juzgar a compañeros y sus aportaciones. Simplemente no vamos a juzgar. A lo mejor quitando la z, si puede que juguemos un poco con las ideas y las reflexiones. Y vamos por la primera

¿Hay algo en común en estos tres trabajos?

Obviamente sí, son espléndidos. Pero más allá de los

piropos a priori parece que hablamos de cosas distintas y distantes: ¿Aceptación?, ¿hipnosis despierta?, ¿atención y conciencia plena (Mindfulness)?

El movimiento terapéutico en ACT ya ha sido expuesto por las Dras. Luciano y Valdivia(2006). Por tanto solo un apunte. ACT, nacida desde especialistas en la vieja terapia de conducta, quiere representar una parte de la tercera generación en la terapia psicológica científica. Lo más genuino de este acercamiento terapéutico es el interés por alterar la función de los pensamientos, sensaciones o recuerdos molestos y no cambiarlos o reducirlos. Este cambio de carácter contextual pretende alterar la función de los eventos privados no los contenidos. Y esto quizás sea lo que les queda de skinneriano a este tipo de terapias. En el resto de estrategias, vías de acción y métodos concretos no es fácil ver a Skinner, a Bijou, a Ayllon o a Solomon. Es más fácil ver a Victor Frankl, a Ellis, Watzlawick o al mismo Erickson.

En cuanto al Mindfulness recuerda a los clásicos europeos, y más concretamente al periodo místico español con los tintes de la, siempre admirada en occidente, cultura oriental. Desde aquellos viajes a oriente de los Beatles, pasando por el "Pequeño Saltamontes", hasta la "adoración" a los postulados Zen, en Europa y EE.UU., lo oriental nos ha fascinado. Al menos a un sector intelectual de esa Europa y América erudita y re-

Correspondencia: Carmen D. Sosa. Universidad de La Laguna. Facultad de Psicología. Campus de Guajara s/n. 38205 Santa Cruz de Tenerife. España. E-mail: jcapafon@ull.es

flexiva. Esa fascinación condujo a multitud de cursos, seminarios, monografías, artículos de dudoso valor científico, bueno de dudoso valor. La terapia *Mindfulness*, sin embargo, tal como nos la planea el Dr. Vallejo (2006) no es la heredera de esta mercancía de baja calidad. Más bien representa el intento serio por operacionalizar lo que otros muchos ya intentaron en otros periodos y circunstancias históricas.

El trabajo de los profesores Alarcón y A. Capafons (2006) nos adentra en uno de los "Guadinas" más clásicos en psicología: la hipnosis. Muerta, enterrada, resucitada, vuelta a destruir, desempolvada de nuevo, aniquilada después y siempre tarde o temprano en el candelero social y científico al poco de morir. La hipnosis representa, a veces como el viejo psicoanálisis, un tema recurrente en cuanto a polémico e indestructible. En esta ocasión el Dr. Capafons y la Dra. Alarcón nos adentran en una parcela poco recordada de la hipnosis: la hipnosis despierta. Y desde un acercamiento fiel a los presupuestos cognitivo-conductuales.

¿Qué tienen por tanto en común estas aportaciones ¿el ser herederas, de alguna manera, del "conductismo"? ¿la formación de los autores y sus raíces...? pudiera ser. Pero para nosotros no radica ahí la principal *comunalidad*. Desde nuestro punto de vista la famosa frase de Husserl de "volver a las cosas mismas" refleja el denominador común de estos acercamientos y técnicas terapéuticas ("dejar que las cosas ocurran", el no interferir como forma de "controlar"). Por lo tanto, el punto de unión de estos nuevos campos de acción en la terapia psicológica, significa, en nuestra opinión, una vuelta a la fenomenología.

¿ Triunfa la fenomenología sobre el positivismo?

La terapia de conducta se impuso a muchos otros acercamientos, y durante muchos años. Su "hija" la terapia cognitivo-conductual (término que conductista y cognitivos detestan, y no sin razón) reinó durante buena parte de la década de los 70, durante los 80 y, aunque algo de sombra le hizo el constructivismo, también durante principios de los 90. Pero en esa década se produce un giro copernicano en la terapia psicológica: los modelos no se usan, las corrientes están bastante secas, la integración se ha convertido en un conjunto de integrantes que no se integran ni siquiera entre sí (integración ecléctica, integración teórica, etc.), y aparece la Task

Force y los manuales sobre los tratamientos eficientes o útiles. El mundo de las ideologías da paso al mundo del total pragmatismo. Lo que funciona (dónde y con quién) se convierte en la llave que mueve a editores, investigadores y a la propia sociedad que debe consumir el producto "salud integral".

Cuando el positivismo parece que ha dado todo lo que podía dar, cuando las terapias de "hacer y luchar", de promoción del cambio, parece que dan mucho de sí pero no más de lo que ya han dado, entonces se abre la moda de la existencia, ciertamente con un enorme esfuerzo por separarse de la filosofía, y, por otro lado y también, de la estafa y del camelo. La existencia como "esencia" del cambio y de la aceptación. Es como si el llamado paradigma cuantitativo, a partir de sus concepciones de "explicación", "predicción" y "control", comenzara a perder su hegemonía y fuera reemplazado por los términos de "comprensión", "significado" y "acción". O, mejor aún, como si se intentara "casar" el explicar científico-positivo con el comprender Diltheyano. La vuelta a la fenomenología, "volver a las cosas mismas", girar hacia el estudio de la esencia de las cosas. Volver al estudio de los componentes básicos de los significados, retomar la idea Husserliana de la conciencia permanentemente dirigida hacia las realidades concretas (la atención como intencionalidad), retomar la "percepción inmanente". Reafirmar la conciencia que tiene el yo de sus propias experiencias.

Por otro lado, también podemos encontrar ciertos guiños al existencialismo, especialmente en ACT, como son entre otros:

- Énfasis en la soledad del individuo, el hombre amenazado en su individualidad y en su realidad concreta.
- Cada individuo debe elegir una meta y seguirla con apasionada convicción, consciente de la certidumbre de la muerte .
- Énfasis en la elección, libertad y responsabilidad humana. La elección es fundamental en la existencia humana y es ineludible; incluso la negativa a elegir implica ya una elección. La libertad de elección conlleva compromiso y responsabilidad. El existencialismo mantuvo que los individuos -como son libres de escoger su propio camino- tienen que aceptar el riesgo y la responsabilidad de seguir con su compromiso dondequiera que les lleve.

- El individuo debe vivir una existencia comprometida por completo, y este compromiso sólo puede ser entendido por el individuo que lo asume.
- Se contempla la vida humana en términos de paradojas, el ser humano -que combina mente y cuerpos en sí mismo paradójico y contradictorio.

Y también ciertos guiños al intuicionismo, especialmente en *Mindfulness*, en lo referente a la visión que tiene del hombre como ser que a través de sus intuiciones puede comprender lo que la realidad verdaderamente es. O que el conocimiento intuitivo ofrece al ser humano la posibilidad de comprender el universo que le rodea.

Ninguno de los tres acercamientos, sin embargo, da por bueno que el único criterio de la verdad se encuentre en las vivencias personales de los individuos. No se aprueba en ninguna de estas tres opciones terapéuticas, al menos no se aprueba explícitamente, que la comprobación de su utilidad, de su validez deba ser investigada al margen del método hipotético-deductivo.

En suma, podríamos decir que con la ACT y el *Mindfulness*, y no tanto así con el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta, nos encontramos ante el triunfo de la fenomenología en la esencia de la terapia, pero manteniendo el positivismo en la búsqueda de la verdad. Aunque, quizás no tendrían reparo en asumir que la prueba de la verdad de una proposición es su utilidad práctica, el propósito del pensamiento es guiar la acción, y el efecto de una idea es más importante que su origen.

La pregunta del millón: ¿qué hay de nuevo (¡viejo)!

Pues probablemente, lo que hay de nuevo es una actitud, más que un conjunto de "técnicas". Nuevas en el sentido de inéditas, o no existentes anteriormente, no son. Mismos perros con distintos collares, tampoco. Una nueva actitud y sentido de la tecnología, eso, según nuestra opinión, sí.

En 1969 se estrena la película *Queimada* (en inglés *Burn!*) dirigida por Gillo Pontecorvo, viejo militante del Partido Comunista Italiano. En este film, no demasiado conocido para la mayoría, se cuenta el intento por parte del gobierno británico de destruir el monopolio portugués del comercio del azúcar. *Queimada* es una isla imaginaria de las Antillas que fue incendiada hacia finales del si-

glo XVIII por las tropas coloniales para aplastar una sulevación de esclavos. En un momento del film el líder de la revuelta de los esclavos negros le dice al espía inglés William Walker (interpretado por Marlon Brando) "el hombre blanco sabe cómo ir, pero no sabe hacia dónde; nosotros los negros sabemos a dónde queremos ir pero no sabemos cómo". Quizás esté aquí el *quid* de la cuestión: la terapia "blanca" (las terapias positivistas) está aprendiendo de la "negra" (las terapias existencialistas, fenomenológicas, experienciales, de counseling) que hay que saber hacia dónde ir. Más aún, estamos en un periodo donde todavía dista mucho de conocerse con precisión los ingredientes básicos del cambio. Qué es lo que realmente hace que un individuo cambie. Todavía estamos en un periodo "ensayo-error", de búsqueda de la eficacia y de la eficiencia. Los vikingos navegaron de forma espléndida y, que se sepa, nada sabían del principio de Arquímedes. Navegaban con barcos construidos de materiales que "empíricamente" le resultaban útiles. Y no lo hicieron nada mal, aunque probablemente jamás se les hubiera ocurrido hacer un barco vikingo de acero. Desde que conocemos que no es el *material* sino el *volumen* lo importante en un objeto para que flote y pueda navegar, desde ese momento se abre un mundo nuevo en la construcción de barcos (¡y menudo negocio que se ha generado gracias a Arquímedes!). En los tratamientos psicológicos nos faltan teoremas. Aunque vivimos de algunos, sobre todo construimos en base a empirismos y teorías parciales. De ahí que en terapia psicológica quizás lo nuevo, realmente lo nuevo de verdad, venga de la mano de los genuinos ingredientes que potencian el cambio. Evidentemente, esta empresa nos incumbe a terapeutas y a muchos psicólogos en general. Cuanto más sepamos del ser humano más sabremos de los responsables auténticos del cambio.

ACT representa un genuino intento por acercar teoría, investigación y terapia aplicada en el mundo real. Pero sus ingredientes no son nuevos. El uso de la metáfora, del "convencer" por la palabra, los ejercicios programados que desarticulan los "tics" desadaptativos del cliente, no son nuevos. Su interés en adentrarse en el campo de la aceptación, de aprender a "no controlar" a "dejar que las cosas ocurran" tampoco es nuevo. La forma de estructurar las sesiones, el interés por sistematizar el trabajo de "insight", la combinación entre actividades de acción y actividades de aceptación es lo

que le convierte en una opción terapéutica muy interesante, especialmente en los trastornos de personalidad límite (o según ACT el Trastorno de Evitación Experiencial).

En cuanto a *Mindfulness*, su entrada reciente en el mercado de la terapia psicológica la sitúa en un todavía “el valor se le supone”. La meditación, la concentración en el momento, “el dejar que las cosas ocurran” no es nuevo. Al venir de la mano de quienes viene es lo que le hace ser atractivo al terapeuta profesional. Tiene una buena tarjeta de visita. Y de hecho está siendo investigada ya en diversas partes del territorio nacional y pronto podremos disponer de resultados que nos orienten sobre su utilidad real. Lo más novedoso: recuperar viejas tradiciones y estrategias y pasarlas por el tamiz de la modernidad y la investigación.

Por último, sobre la hipnosis despierta, los propios autores ya nos dan en su trabajo la respuesta a la pregunta de este epígrafe, y citamos literalmente: “en general, es muy difícil crear algo absolutamente nuevo. Ciertamente, ‘descubrir o redescubrir’ es distinto a ‘inventar’. Quizás sea esa una de las aportaciones novedosas del Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta: redescubrir la hipnosis despierta setenta años después de su nacimiento, pero dándole una óptica distinta, partiendo de los supuestos socio-cognitivo-comportamentales de la hipnosis”.

Efectivamente, este acercamiento es novedoso en el planteamiento general y en el uso particular de formas de presentación de la técnica al cliente. Y en este último punto radica su principal valor: la creatividad y originalidad en los recursos didácticos y expositivos al paciente de la técnica, que incrementan notablemente la eficiencia de la hipnosis. La manualización del acercamiento al paciente en el campo de la hipnosis (despierta) es lo que parece más digno de destacarse. La investigación nos dirá si este coadyuvante es valioso o no en distintos trastornos con pacientes diferentes (Alarcón y Capafons, 2006, pg. 77).

¿Queda el público satisfecho?

Cuando casi todo parece que está ya dicho en psicoterapia, encontrar intentos por remodelar, refundir, replantear una parte o varias del quehacer de un terapeuta es algo que el público siempre agradece. Pero, además, el público agradece también:

- a) Tener una guía bien estructurada para poder llevar a cabo la Terapia de Aceptación y Compromiso. Guía plagada de metáforas, ejercicios bien planteados y de una notable creatividad. Agradece tener anclajes teóricos y un corpus de investigación sistemático y abundante.
- b) Disponer de un acercamiento protocolizado para centrarse en el momento presente, abrirse a la experiencia y a los hechos, lograr la aceptación radical, conseguir elegir las experiencias sobre las que implicarse y fomentar la “ausencia” de control, que nos propone *Mindfulness*.
- c) Poder discernir la charlatanería y el espectáculo del acercamiento estructurado y científico sobre la hipnosis. Disponer de guías concisas, con importantes toques de ingenio y creatividad, que permitan al cliente disponer de una herramienta útil para fomentar el agrado de una terapia particular, y que se potencie su eficiencia. El acercamiento riguroso al ámbito de la sugestión siempre le agrada al público entendido.

En suma, “no habría nada nuevo bajo el sol” si mirásemos la arquitectura como materiales sobrepuestos, la pintura como el uso de colores y poco más, o la música como concatenación de sonidos. Así difícilmente encontraríamos nada nuevo. Sin embargo, siguen apareciendo edificios que antes no podíamos imaginar, hay pinturas que nos impactan y música que revoluciona nuestros oídos. Partiendo de este símil, podemos decir que hay “nuevas” técnicas que deberán seguir siendo investigadas, depuradas y diseminadas. Y por eso, “los del público” les damos las gracias los Drs. Alarcón, Capafons, Luciano, Valdivia y Vallejo porque nos lo hacen saber.

REFERENCIAS

- Alarcón, A. y Capafons, A. (2006). El modelo de Valencia de hipnosis despierta ¿técnicas nuevas o técnicas innovadoras. *Papeles del Psicólogo*, 27 (2), 70-78
- Luciano, M.C. y Valdivia, M.S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27 (2), 79-91
- Vallejo, M.A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27 (2), 92-99

CAMBIOS SOCIALES Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD POSMODERNA

SOCIAL CHANGES AND POSTMODERN PERSONALITY DISORDERS

Francisco Martín Murcia

Instituto de Ciencias del Comportamiento

En el presente trabajo se describen las principales características de los cambios sociales del postmodernismo, así como el impacto de dichos cambios en la formación de la personalidad, describiendo los patrones paradigmáticos de la sociedad actual y las exageraciones clínicas que formarían sus trastornos. Por otro lado, se analiza la posible relación de los trastornos de personalidad como contexto de los trastornos de la conducta alimentaria, como la topografía en auge más relevante y por haberse convertido en un problema de salud y en un referente mediático casi sin precedentes en la cultura terapéutica de nuestro tiempo. Se reparará, por tanto, en los cambios sociales que pueden corroer el carácter hasta crear sujetos en los que el cuerpo sería la base fenomenológica de la identidad del ser que se es. En la discusión, se hará hincapié sobre las dificultades terapéuticas, en especial de la poco útil categorización y ensañamiento contra el síntoma.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, cultura, trastornos de la personalidad, estudio teórico, postmodernismo

The present work aims to describe the main features of social changes that took place under postmodernism and the impact of these changes in personality development. The paradigmatic patterns of the current society, and the clinical exaggerations which would form their disorders, are also described. On the other hand, the possible relationship of personality disorders as a context for eating disorders is analysed, as it is the more relevant topography and it also become a health problem and a mediatic referent in the current therapeutic culture. Social changes that could corrode the character until creating people whose body would be the phenomenological base of their identity, being of one's being, are emphasized

The discussion focus on therapeutic difficulties, and particularly on the useless categorization and rage against symptoms.

Key words: eating disorders, culture, personality disorders, theoretical study, postmodernism.

El estudio de la personalidad desde una óptica historicista o cultural ha sido una tradición que se remonta a autores provenientes de diversos campos de las ciencias sociales. A pesar de la especial relevancia de dicho enfoque para la psicología (Fuentes y Quiroga, en prensa), dado que la identidad personal es un elemento clave de la realidad subjetiva y se halla en una relación dialéctica con la sociedad (Berger y Luckmann, 1968, pp. 214), probablemente no se le ha prestado la consideración que se merece. Quizá el énfasis intrapsíquico ha oscurecido el contexto social, aunque ningún enfoque sensato daría por supuesto aquél sin el concurso de éste. Sea como fuere, en psicología de la personalidad poco se ha avanzado desde los textos clásicos de Freud, Allport, Ericsson, Sullivan o Adler. De hecho, incluso el personólogo contemporáneo más influyente, T. Millon, cogería prestado el enfoque que Gardner Murphy (1956) propuso y que plasmó en su li-

bro de personalidad con el sugerente subtítulo “una investigación biosocial acerca de sus orígenes y su estructura”. En la actualidad, tanto Millon en su primera aproximación al tema -Teoría del Aprendizaje Biosocial, en la que la personalidad era entendida como el patrón de comportamiento resultante de la interacción temprana de contingencias biológicas y sociofamiliares-, como las propuestas más recientes que han sido realizadas desde el conductismo radical en la que ésta se entendería como el repertorio de clases de respuesta seleccionadas por las contingencias relevantes en las que el lenguaje, gracias a su naturaleza simbólica, permitiría regular la conducta –y por tanto la comunidad socioverbal sería el contexto que daría cuenta de quien uno es- enfatizan la cultura como la variable de raíz para explicar la emergencia del yo (Pérez, 2004, pp.164) o la personalidad (Luciano, 2002). En este punto, se haría inevitable una historiografía del YO. El concepto de YO o sí mismo ha sido una adquisición reciente, siendo la revolución comercial y la reforma protestante sus principales valedores. El YO medieval era asimilado al rol socio-laboral, en el que el sujeto sabía quién era en función de la clase

Correspondencia: Francisco Martín Murcia. Instituto de Ciencias del Comportamiento. Avda. Carlos III 432, 7^ªJ 04720, Aguadulce, Almería. España.
 E-mail: murcia@cop.es

en la que había nacido; desde sus primeros días de vida el individuo sabía dónde estaba, tenía gran seguridad en la firme pertenencia al grupo y era relativamente fácil tomarle la medida a la vida y a uno mismo, dado que el orden social prevalecía sobre los particulares (Bruckner, 1996). La revolución comercial permitió la movilidad vertical, la responsabilidad de ascender o descender, la pérdida de la situación en cuanto miembro del grupo; los fines objetivos ya no eran obvios y la atención se centró en uno mismo como agente de su propio destino. De esta manera, el horizonte de la vida dependía de sí mismo y el problema primario pasó a ser la lucha por *ser alguien*. Pero al ganar la libertad también se perdió la seguridad, con lo que el exceso de éxito del individuo traería una *“era de tormento perpetuo”* (Bruckner, 1996). La reforma protestante subrayó el debilitamiento de los lazos sociales y el fortalecimiento de la responsabilidad individual, yendo dicho individualismo religioso de la mano del individualismo económico (Gardner, 1947, pp. 853-862). Así, el *“self made man”* moderno podría tener su debut en la actualización luterana del *homo faber* renacentista; como advierte Sennet *“El individuo protestante tiene que modelar su historia de modo que dé como resultado un todo valioso y con sentido. El individuo se vuelve éticamente responsable de su tiempo vivido”* (Sennet, 2000, pp. 109). El trabajo constante y esforzado hacia su futuro como expresión de la redención, que implica un uso disciplinado del tiempo y la función del trabajo como prueba del valor moral del sujeto, modelarían el carácter del protestante, en el que la búsqueda de la autoestima y el reconocimiento de los demás reforzarían la individualidad.

En el periodo romántico se produjo una expansión sin precedentes en el vocabulario del Yo, en el que se subrayó la esencialidad de los rasgos de la personalidad: amor, pasión, alma, espiritualidad, valentía, genio, inspiración, creatividad, talento, en definitiva, la existencia de una interioridad oculta que nos apremiaba a actuar (Gergen, 1991, pp. 43-51). El Romanticismo del XVIII y XIX cuestionó la supremacía de la razón a la vez que se distanciaba de la funcionalidad en pos de la imaginación y la emoción hacia los demás.

A finales del XIX y XX, el *zeitgeist* se transformó de la mano de las cambiantes condiciones socio-económicas y políticas, en las que el *embeleso romántico* (Gergen, 1991, pp. 51) no era útil para el expansionismo mercantil y la amenaza de guerra. En la cultura occidental apareció el denominado *“modernismo”*, heredero de la

Ilustración, en el que se afianzó la razón y observación como valores fundamentales, apoyándose en los avances de la ciencia, que había producido grandes descubrimientos en la medicina, industria y tecnología. Las teorías psicológicas, como elementos de la definición social de la realidad, comenzaron su expansión, aumentando el vocabulario para describir el ser. En el plano psicológico, se trataba de una *esencialidad* distinta a la romántica, donde la metáfora de la máquina, con sus nódulos, redes de asociación, actitudes y rasgos susceptibles de medición, sería paradigmática. Se habría pasado del yo romántico misterioso a un yo moderno reconocible, seguro, estable y razonable (Gergen, 1991, pp. 73-74).

En el último cuarto del siglo XX se ha asistido a la conclusión de la transición modernista hacia el postmodernismo, también denominado *“capitalismo tardío”* (Sennet, 1998), post-industrial o multinacional (Jameson, 1996, pp. 55), post-estructuralista o consumista, según el ítem que se tome de referencia. Se podría caracterizar sucintamente por la ahistoricidad, subjetivismo, individualismo, la eclosión de las tecnologías de alto nivel (Gergen, 1991), consumismo, multiculturalismo, victimismo e infantilismo (Bruckner, 1996) y una profunda modificación de las condiciones laborales, en el que la flexibilidad, la superficialidad y el riesgo serían sus señas de identidad (Sennet, 2000, orig. 1998). (Tabla 1 y 2).

TABLA 1
DENOMINACIONES DE ORIGEN DEL POSTMODERNISMO

Capitalismo tardío
Capitalismo post-industrial
Capitalismo multinacional
Capitalismo post-consumista
Capitalismo post-estructuralista

TABLA 2
SEÑAS DE IDENTIDAD DEL POSTMODERNISMO

Ahistoricidad	Multiculturalismo
Subjetivismo	Victimización
Devaluación de la familia	Infantilismo
Individualismo	Tecnologías de alto nivel
Consumismo	Cambios laborales: <i>flexibilidad, superficialidad y riesgo</i>

PARTE I: CAMBIO SOCIAL Y CAMBIO PERSONAL

“La personalidad es el individuo socializado”

(Durkheim)

Se ha venido observando una progresiva enfatización de los síntomas en el análisis psicológico derivado de los contextos profesionales de salud mental, inversamente proporcional a la investigación de la historia del sujeto; así, los árboles no dejarían ver el bosque y la Historia Personal –del usuario de servicios de salud mental- se convertiría simplemente en una Historia Clínica. Habría un paralelismo con la compleja situación actual en España de la psicología, en la que el grueso de los profesionales y académicos la entienden en su vertiente aplicada como una disciplina eminentemente sanitaria que iría más allá –aunque no en perjuicio- de la psicología *clínica*. Aunque los criterios o causas materiales fundamentalmente económicas –si se permite la alusión a Marvin Harris- estarían en la base de esta exclusivización o recorte de la investigación clínica en torno a los síntomas, lo cierto es que los tratamientos psicológicos –aun con un nivel aceptable de eficacia- podrían verse mejorados si se hiciera más psicología, si se conociera más y mejor a la persona que requiere esos servicios. Pero se sugeriría no empezar la casa por el tejado e iniciar la comprensión del sujeto en el contexto macrosocial que le daría sentido. De hecho, toda una corriente de teóricos y profesionales han estado desarrollando con acierto las relaciones entre el contexto socio-cultural y personalidad. Así, citaríamos a Horney que describió ciertas características del sujeto moderno, que Lasch retomó, entre las que se encontraría la especial e intensa dependencia de afecto y cariño, que les haría elevar la susceptibilidad y el temor a ser heridos, lo que redundaría –paradójicamente- en una incapacidad para ofrecer lo que se demanda (Horney, 1937, pp. 91). Dicha dependencia e incapacidad para amar, se ejemplificaría en los arreglos neuróticos de la queja por los autos (baja autoestima, autoconcepto y autoafirmación), en la propulsión a alardear de sí y de los objetos –extremo que se retomará un posterior apartado, respecto al consumismo-, en la manifestación de hostilidad hacia los demás y en el comportamiento sumiso (Horney, 1937, pp. 33-36, pp.102). De esa hostilidad ya daría cuenta Ortega al distinguir entre el individualismo inactivo o autocomplaciente, en el que el narcisista escondería su rencor y envidia, del individualismo creador en el que siguiendo la formulación de William James, el sujeto se hace valer por lo que hace –por los méritos, por apoderarse del máximo posible

de comprensión del mundo- (Ortega, 1981, pp.158, original 1914). Sin embargo, no parece que sea la búsqueda de conocimiento, sino la búsqueda de afecto el método de la cultura actual para asegurarse contra la angustia (Horney, 1937, pp. 135), así como el afán de poder, fama y posesión, que se utilizarían como repertorios de una clase más amplia: el control o afianzamiento de nuestra posición en y respecto a la sociedad, para dar al sujeto una sensación de mayor seguridad. La necesidad de control llevaría aparejada una enorme impaciencia, irritabilidad, miedo al fracaso, baja tolerancia a la frustración y la incapacidad para construir relaciones recíprocas. Podría decirse que dicho sujeto –en este caso se trata de una descripción del neurótico *moderno*- vive como si careciera de historia; se trata de una postura en la que el sujeto se evade de la responsabilidad de hacerse cargo de su propia existencia, como si no le incumbiera dirigirla. En ese sentido, siguiendo a Ortega, si el hombre no tiene naturaleza sino historia y ésta sería la circunstancia a la que el sujeto estaría *sujeto* –en alusión a la formulación expuesta en Pérez (2003a, pp. 64)-, se diría que una enajenación de la misma sería como una enajenación de sí mismo. Así, esta falta de historicidad ha ido evolucionado culturalmente y ha tomado carta de naturaleza como uno de los síntomas que autores contemporáneos dictaminan como prototípicos de la posmodernidad (Jameson, 1996, pp. 232); la *historia* ha perdido su sentido como fuente de conocimiento y dirección personal/social. Ha referido Lasch (1999) que dicho alarde de ahistoricidad actual no debiera leerse como una actitud optimista, sino más bien como la desesperación de una sociedad incapaz de enfrentarse al futuro. La pérdida de confianza en la política, de la que el sujeto se ha distanciado tras el activismo social de los sesenta, se presentaría como la consecuencia del capitalismo tardío, donde la política es ejecutada desde virtuales multinacionales despersonalizadas. Esta pérdida de referentes para el sujeto podría consolidarse en un repliegue hacia el sí mismo, cuyo paradigma sería el Yo narcisista. Apunta el autor citado hacia una caracterización psicológica de dicho narcisismo –más allá de la descripción superficial y simplista de sujeto egoísta y orientado hacia sí mismo- según la cual las dimensiones de la personalidad narcisista serían el vacío interior, la hostilidad, el exceso autorreferencial, el temor al fracaso y a la vejez, las relaciones efímeras y deteriorantes, el temor a la dependencia de los demás, la insatisfacción generalizada, el odio a uno mismo –más que el amor

propio, en el sentido de Horney (1937, pp.143)- y la idolatrización de famosos que sólo tienen en su haber una buena *imagen* (Lasch, 1999, pp. 41-42).

En referencia a las figuras de los medios de comunicación, Gergen ya comentó que la invasión de la televisión comercial y otros formatos de comunicación social, donde la presencia real o palpable de los sujetos se hace innecesaria, ha hecho que dichas figuras entren a formar parte significativa de la vida personal, siendo las celebridades un marco de referencia común (Gergen, 1991, pp. 84-85). Respecto al referido repliegue hacia el *interior*, con el obvio subjetivismo y psicologismo resultante, se sugiere que ha sido traído en parte por un despliegue de escenarios terapéuticos (Gergen, 1991, pp. 34) desde los cuales se trata lo que se ayuda a mantener, esto es, la valoración de la salud mental *positiva* y la búsqueda de un continuo estado psicológico ausente de malestar (que parece ser inversamente proporcional a la calidad de vida moderna), alentado por la cultura psicológica y psiquiátrica tan extendida en nuestra época (Lasch, 1999, pp. 27-32). En esta línea, Pérez Álvarez ha citado ejemplos de la impregnación social por la cultura clínica, como la cultura psicoanalítica, la cultura de la autoestima y la psicofarmacología cosmética (Pérez, 2003, pp.40-41). Se apuntaría que este nuevo credo terapéutico – que refuerza el autoescrutinio psicológico (Lasch, 1999, pp.72)- sea, entre otras cosas, uno de los resultados de la mejora de las condiciones de vida y de la transición o progreso del capitalismo, que ha pasado de la producción –*del hacer*- al mero consumo, lo que tendría un efecto psicológico más global en el sujeto, afectando no sólo a su forma de vida sino también a sus valores, deseos, miedos, objetivos y relaciones sociales. La ética del trabajo como derecho y responsabilidad moral y material ha dado paso al concepto de trabajo como libertad para consumir, derivándose de aquí que consumir es genuina autonomía, aunque en realidad se ha pasado del control familiar al control de las grandes corporaciones que operan a través de la publicidad (Lasch, 1999, pp. 101-102). El comportamiento consumista, como uno de los grandes resultados de la socialización del Estado del bienestar, tendría a su vez un efecto en la conformación del Yo; podría decirse que el Yo se reencarna, en gran medida, en los productos que se consumen; ya no se venden objetos, sino propiedades psicológicas (p.ej. jeans que son "*libertad*", coches que son "*elegancia*", cremas que son "*juventud*", ropas que dan "*personalidad*"). Dichos objetos con propiedades

subjetivas conforman a un Yo tan volátil y efímero como las modas. La rápida obsolescencia de los objetos consumibles interesa no sólo a los productores y mediadores del poder adquisitivo, sino a los propios consumidores, dado que el valor de los objetos –tal y como se ha apuntado- no residiría en sus propiedades materiales sino en la función nutricia psicológica ("*tener personalidad, juventud, libertad, seguridad*") que, al no estar sustentada en una historia personal consistente sino en una acción inmediata y circunstancial, perdería vigor o efecto tras un repetido contacto con el sujeto, a modo de extinción psicológica. Así, el Yo "*ya no es hijo de sus obras*" –siguiendo la célebre frase cervantina de su Quijote- sino el resultado de un proyecto de marketing ajeno a su control. En la época posmoderna se ha producido la irrupción –si no invasión- de las tecnologías de la comunicación (Gergen, 1991, pp. 76-90), trayendo aparejadas el aumento exponencial de contacto entre sujetos y el inevitable conocimiento de otros yoes que admirar, denigrar, querer, odiar, influir, desear, competir, entender y temer en el corto espacio que tiene la vida. Teniendo en cuenta que el contexto comparativo ha aumentado vertiginosamente para los sujetos de nuestra época y por tanto la competencia (por un buen trabajo, fama, buena imagen, éxito, poder, etc.), junto con un aumento de las posibilidades reales y virtuales de control, podría concluirse que existen unas condiciones sociales que facilitan las probabilidades de neurotizarse en el sentido de Horney (1937, pp. 155). Dicha *colonización* del Yo (Gergen, 1991, pp. 100) generaría una fragmentación, lo que unido al enorme aumento del diccionario personal para definir nuestros estados introspectivos o privados, concluiría en una fracturación o disipación de un Yo, que sería –en palabras de Pérez Álvarez- más *contingente* que *consistente* (Pérez, 2001). El extraordinario incremento del contacto con otras personas facilitaría el diálogo privado sobre ellos, sus escenarios y situaciones, con lo que la vida subjetiva se ha ido expandiendo y tomando una relevancia insospechada en otras épocas. Tanto el subjetivismo como la saturación social podrían ser los valedores del paso de un Yo estable a otro circunstanciado al extremo en sus múltiples relaciones. El subjetivismo, entendido como ruptura con la antigua Verdad modernista, sería, pues, otra señal de identidad del postmodernismo; se refiere a la posición de cada cuál como criterio de verdad (Pérez, 2001). El constructivismo sería el enfoque que conviene a la fragmentación generalizada de la época actual. La

verdad dependería entonces del punto de vista del observador y por tanto lo que consideramos realidad no sería sino una construcción dependiente de la perspectiva previa del sujeto (Gergen, 1991, pp. 127, Watzlawick, 1998, pp. 11). Sin embargo, este constructivismo, a diferencia del orteguiano en el que la intervención del hombre en la realidad supone una responsabilidad en el conocimiento y ese gravamen o esfuerzo es lo que revaloriza la existencia (Ortega, 1914/1981, pp. 147), disculpa al sujeto de ser agente del saber. Por otra parte, se socava el supuesto de una estructura yoica estable, aunque no se aclare pertinentemente si la *mente* seguiría existiendo –cosificándola o identificándola con el cerebro- o se hablaría de ella metafóricamente, por lo que se podría estar cayendo en el error denunciado por Nietzsche de confundir el modelo con la cosa representada y acabar siendo utilizado por la metáfora (Navarro, 1981, pp. 426). En todo caso, se da un predominio al lenguaje –que no es que antes no lo tuviera, recordando de nuevo a Nietzsche y la tradición filosófica analítica– como si todo fuera lenguaje, siendo que se construye la realidad (externa y subjetiva) en la interacción con la comunidad socioverbal, a lo Vigotsky (aunque se eche en falta su cita en los textos constructivistas consultados). Así, sin relación, no habría lenguaje que conceptualice las emociones, pensamientos o intenciones del yo (Gergen, 1991, pp. 204) y *“la autobiografía pasa a ser sociobiografía”* (Gergen, 1991, pp. 211). Respecto a la identidad del yo, el posmodernismo participaría de la pluralidad de yoes y de un self en proceso continuo, más que de la *mismidad persistente* moderna. Ya Lawson habló de la crisis del realismo y objetivismo, colocando a la reflexividad en su punto de mira: *“La situación posmoderna es por cierto de crisis, una crisis de nuestras verdades, de nuestros valores, de las creencias que más apreciamos. Una crisis que debe su origen, su necesidad y su fuerza a la reflexividad [...] entendida como autorreflexión o autoconciencia”* (Gergen, 1991, pp. 177). Podría apuntarse que el exceso de reflexividad ansiosa –más que crítica– como característica esencial del sujeto moderno y posmoderno, se entendería como un fracaso más que como una virtud. Dicho fracaso podría verse en la incapacidad actual que muchos individuos tienen para hacerse cargo de cuestiones cotidianas como la alimentación, crianza, educación de los hijos, etc. En relación a este último aspecto, ciertos cambios sociales como la incorporación de la mujer al trabajo o la creación del Estado terapéutico, junto con el excesivo psico-

logismo dado por ejemplo en el aumento de la ansiedad en el escrutinio psicológico del menor, han licenciado a la familia de sus responsabilidades en pos de organizaciones e instituciones sociales (Horney, 1937, pp. 70-71; Lasch, 1999, pp. 286). En todo caso, el exceso de atención auto-focalizada se ha advertido como básico en la mayoría de los trastornos psicológicos (Morrison, 2003), dado que puede ir en detrimento de la funcionalidad de la persona, *“interponiéndose ante los problemas de la vida para acabar anteponiéndose a ellos”* (Pérez, 2003, pp. 26, pp. 88). De hecho, la hiperreflexividad sobre ciertos eventos psicológicos se apunta como una condición relacionada incluso con trastornos devastadores como la esquizofrenia (Sass, 2003). Si esto es así, el sujeto se construiría en esta trama social, en la que la identidad personal es difícil de mantener establemente en un coro social tan contradictorio; no es tan extraño que la formación del Yo pudiera resultar con mayor frecuencia esquizoide (yo fracturado o escindido siguiendo la descripción de Laing), límite (múltiples yoes con presentaciones inestables, desdibujadas y extremadas) o narcisista en el sentido apuntado anteriormente.

En otro orden de cosas, no podrían obviarse los cambios sobrevenidos en el trabajo. Dichos cambios en las condiciones laborales, que fueron descritos con gran acierto por Sennet (2000), han obrado modificaciones en el carácter, entendido como el valor ético que atribuimos a nuestros deseos y a nuestras relaciones con los demás. Dicho autor subrayó que el capitalismo industrial había dado paso a un nuevo régimen, cuyas características serían la reinención de la burocracia, la flexibilidad de la producción y la concentración sin centralización. En síntesis, se tendría que las demandas cambiantes del mundo exterior no sólo modificarían los productos consumibles, sino también las organizaciones empresariales (Sennet, 2000, pp. 53). Consecuencia de ello sería la falta de apego a dichos productos y la tolerancia a la fragmentación, que podrían ser patrones de conducta útiles y cómodos para las clases dominantes, pero podrían corroer a los trabajadores de peldaños más bajos del régimen de producción flexible (Sennet, 2000, pp. 64-65). La organización empresarial se ha descentralizado, en una suerte de subcontratas, donde el producto final es el resultado de distintos islotes empresariales, pero que no ha traído mayores cotas de igualdad o responsabilidad del trabajador, sino pasar de la jerarquía burocrática piramidal antigua a una estructura reticular (Sennet, 2000, pp. 56-58). Por otro lado, el quehacer –*el oficio*–

se ha trastornado en una gran cantidad de áreas productivas; la informatización de la maquinaria, que ha traído ambientes laborales asépticos y cómodos, ha distanciado al trabajador del producto de tal manera que su identidad laboral es débil (Sennet, 2000, pp. 73). La facilidad que el trabajo flexible aporta produciría la paradoja de sujetos indiferentes, desapegados y acrílicos, en definitiva, individuos con poco compromiso laboral debido a la poca comprensión del oficio. La flexibilidad y facilidad son condiciones que impiden la estimulación intelectual, siendo que el único reto al que se enfrenta el sujeto es el de asumir *riesgo*. Sin embargo, situarse frente al riesgo obraría caracteres irónicos y ahistóricos, dado que la máxima sería aprovechar el momento y moverse constantemente, sin confiar en planes de futuro. La otra opción es evitar esa incertidumbre trabajando para el Estado y así se viene observando como la gran masa de los jóvenes universitarios planificaban su futuro como funcionarios, apartándose de la aprensión que produce el riesgo y quizás de opciones laborales que serían más estimulantes para su desarrollo personal e intelectual, pero más difíciles de conseguir en un régimen en el que hay superhábit de titulados superiores a la par que disminuye la oferta para éstos (Sennet, 2000, pp. 92-93).

Otras características relevantes del sujeto contemporáneo serían el infantilismo y la victimización, dos de las patologías de la sociedad actual (Bruckner, 1996) en las que por un lado se observa una anestesia generalizada de la conciencia de tal forma que existe un efecto amortiguado de las consecuencias de los actos y una ávida exigencia sin esfuerzos –el adulto imita al niño–, mientras que por el otro cada cual se erige desde la posición de víctima cuyo verdugo podría ser el superyo, el pueblo vecino, la falta de espacio vital, los ricos o los infieles a tal o cual Dios y reclama por tanto un trato de favor que, legitimado en su queja, podría llevarle a utilizar cualquier medio para obtener su fin. De hecho, ambos fenómenos se observarían en la forma actual de afrontar la vejez. El actual miedo a la ancianidad y muerte (Lasch, 1999, pp. 253-263) se ha vuelto profundamente intolerable para el sujeto, no sólo porque se ve en la persona mayor la pérdida de estatus profesional o la mayor incidencia de enfermedad; la transformación de los valores de la sabiduría que la edad proporciona por los de depender casi exclusivamente del refuerzo social (por ejemplo, de la imagen) o estar al día en cambio tecnológico, la pérdida del sentido histórico de la vida –sin un

camino hacia el futuro–, junto con los cambios producidos en la familia (como la pérdida del tejido generacional) y la patologización de la vejez (como algo que curar o tratar) son factores a los que el sujeto contemporáneo suele responder con pánico, que por otro lado intentará aliviar evitando pensar en la vejez –lo que le traerá lógicamente más de lo mismo– o actuando para retrasar la vejez, lo que le traerá mayor frustración dado que, aunque el exacerbado optimismo biotecnológico nos invita a creer en ello, alargar la esperanza de vida no es lo mismo que evitar la vejez (Fukuyama, 2002, pp.101-123). Refiere Sennet que los cambios en las condiciones laborales tienen que ver con la importancia que se da a la juventud; en el capitalismo tardío o flexible actual, los trabajadores mayores carecerían de la energía necesaria para adaptarse a las exigencias sobrevenidas por los vertiginosos cambios empresariales, siendo más reacios al riesgo. Por otro lado, la experiencia ya no es un valor en alza y se ha reducido a la mitad la vida laboral (Sennet, 2000, pp.97-101). En todo caso, vivir en una sociedad en la que la ancianidad se torna un problema, en vez de un incontestable hecho de la vida, trae, de vuelta, cambios psicológicos en el sujeto, como la ansiedad constante ante el paso del tiempo y el derrumbe temprano por perder uno de los valores sociales más reforzantes. Queremos ser niños y somos víctimas de la edad, por lo que se intenta dar la imagen –*parecer*– joven. Precisamente la imagen se ha considerado el principal vehículo estimular actual de comunicación (Lasch, 1999, pp.71), dado por el torbellino consumista de estímulos visuales, con un aumento del número de horas que dedicamos a ver TV, cine, publicidad, juegos de video consola, Internet, DVD, prensa escrita para “ver” más que para leer, aumento exponencial de canales de TV, modas efímeras y de ciclos rápidos, aumento de la música que se “escucha” por TV. En definitiva, parece que sólo existe lo que se ve. Dicha hipertrofia de la imagen sería uno de los factores que mantendrían la vivencia del Yo tan sustentada en la imagen del propio cuerpo. No se trataría, sólo, de que culturalmente se prime un modelo estético determinado y los individuos intenten seguirlo, sino –desde el análisis que precede– que los cambios sociales promueven cambios profundos de la personalidad y dirigen la conducta –en una dialéctica sujeto/sociedad– para procurar la adaptación a las condiciones sociales imperantes, aunque dicha adaptación traiga aparejado en ocasiones un precio excesivo. Aun así, parece que la personalidad

narcisista es una buena forma de lidiar con la angustia y tensiones de la vida moderna (Lasch, 1999, pp.74) y "hacerse el esquizoide" la mejor respuesta en ciertos contextos (Pérez, 2003b).

No es raro, pues, que en una sociedad iconográfica, los trastornos de la imagen hayan ocupado un lugar predominante. Por otra parte, no puede escaparse la similitud entre la imagen prototípica del arte de transición modernista, cuyas expresiones serían el minimalismo, sobriedad, languidez, desnudez en edificios y la desaparición de las diferencias entre *exterior* e *interior* (Jameson, 1996, pp. 128), con la psicopatología de las personas anoréxicas, en las que la identidad personal se confunde con el cuerpo. La fragmentación del sí mismo bien pudiera extrapolarse a la fragmentación de la corporeidad debida en parte a las técnicas iconográficas redundantes desde la modernidad hasta nuestros días, donde, como refiere Martínez Benlloch (2001, pp.104 y 122-123), se ha ido microfragmentando el cuerpo, mostrando hasta la saciedad las partes más que el todo, ofreciendo al sujeto/espectador –de forma inusitadamente compulsiva- orificios, pechos, talles bajos de pantalones para enseñar huesos de cadera y bragas, transparencias, tejidos que embuten traseros, minibiquinis, cabellos, labios, abdominales, pómulos, hasta el punto de darles a dichas zonas un sentido y valor en sí mismas, en otras palabras, porciones a desear, amar, odiar y, por tanto, susceptibles de controlar y mejorar. La inflación del culto a la imagen no es un fenómeno contemporáneo. En la Grecia clásica, dicho culto sería patrimonial de los hombres siendo el gimnasio ateniense y la escultura antropocentrista su expresión (Sennet, 1997, pp. 47-51). El cuerpo desnudo del ateniense dignificaba su condición de ciudadano y significaba tanto una señal de su buena salud como de su grado de civilización y cultura (Sennet, 1997, pp. 35), en tanto que ahora es síntoma de juventud, autocontrol, bienestar, disciplina, atractivo, felicidad y seguridad. Tanto en Esparta como después en Roma, la función del culto al cuerpo estaría relacionada con la consecución de fortaleza para hacer y ganar la guerra, siendo la función actual la de controlar la probabilidad de tener éxito (pareja, trabajo, amistad, juventud) en la guerra de ser *alguien* especial. En la antigüedad, el modelaje corporal solo estaría al alcance de ciertas clases sociales (nobles, ciudadanos, soldados) mientras en la actualidad se ha universalizado –gracias a las tecnologías de la comunicación- y distribuido democráticamente –gracias a la

equiparación socioeconómica- tanto su valoración como la capacidad de dedicar a ello una buena parte de la vida –quizás liberados de la carga de mantener ésta-.

Volviendo al presente, se considera que una gran cantidad de individuos de la sociedad posmoderna, descritos con estilos de personalidad esquizoides, límites y narcisistas, no manifestarían comportamientos relacionados con la mejora de su autoconcepto e imagen corporal desde el bienestar y consistencia del yo, sino más bien desde la angustia ante las enormes demandas del medio social actual, la perplejidad del self y el vacío ante un proyecto vital que no tiene pasado ni futuro, sino un presente que "aliviar" para salir del paso. Sería una forma de *carpe diem* cuyos valores serían evitar el dolor anticipado -no tanto el dolor realista y contingente a la vida- al rechazo, al fracaso, a la asunción de la responsabilidad de hacerse cargo de su vida y restaurar denodadamente la herida narcisista de ser *alguien* en el mundo –por cierto, un mundo donde el Yo se está fragmentando-.

PARTE II. PERSONALIDAD POSMODERNA Y TRASTORNOS DE LA IMAGEN

A pesar de la naturaleza esquiva que la personalidad y sus trastornos tienen en el mundo académico y profesional, dado que tanto las definiciones categoriales como las dimensionales carecen de una aceptación unívoca en la comunidad científica, no podría obviarse su significación clínica -sea como antesala o contexto del eje I (Fuentes y Quiroga, en prensa)-. Así, las características sociales apuntadas en la primera parte serían las contingencias que nos conformarían, siendo que las respuestas seleccionadas por el ambiente tendrían una alta probabilidad de excederse hasta convertirse en conductas neuróticas como las descritas por Horney en 1937 y Lasch en 1999 (tabla 3) y por tanto de afectar significativamente a los sujetos y a su medio social. Los trastornos de personalidad se podrían definir por la situación del sujeto en y con el contexto social, es decir, de cómo éstos se relacionan con dicho contexto, sea por su miedo a perderlos (dependientes), sumisión por temor al rechazo (evitativos), necesidad de atención y gratificación (histrionicos), ser objetos de su poder (antisociales), necesidad de afecto y reacciones intensas a la pérdida imaginada (límites), temor a la dependencia (narcisistas), temor a ser heridos (paranoides), claudicación ante las demandas sociales (depresivos), alejamiento afectivo de los otros (esquizoides), acatamiento

extremo de normas (obsesivo-compulsivos), crítica a otros (negativistas), etc.

El caso es que en un contexto postmoderno la preocupación por la imagen ha sido la regla y no la excepción; desde el yo vacío, el odio a sí mismo, la incapacidad para amar, la hostilidad, el temor al fracaso, la idolatrización de totens corporales y la excesiva necesidad de controlar, no es raro neurotizarse. La imagen que uno tiene de sí mismo y para los demás estarían tan sustentadas actualmente en la corporalidad que fácilmente podrían conducir al intento de control –a través de la dieta y otras conductas semejantes- para cambiarnos y ser *otro*. Buscar otro cuerpo para dejar de ser un Yo inaceptable e inseguro para el propio sujeto y conseguir una identidad valiosa, se ha convertido en el proyecto existencial de muchos seres humanos. Dicha inseguridad ontológica, descrita por Laing con respecto a los esquizofrénicos, se traería a colación (Laing, 1964, pp. 35-38); la adolescencia como período crítico (García y Pérez, 2003) sería probablemente el lugar común de los más graves trastornos psicológicos dado que es el momento clave de la formación de la persona que pugna entre el reconocimiento y la sensibilidad a la crítica, en medio de conflictivos roles sociales que resolver y con un ambiente posmoderno que inserta valores inalcanzables, pudiendo crear personas inseguras y hostiles. De ahí, las niñas *perfectas* que suelen referir los padres harán un esfuerzo denodado por ser las mejores adolescentes. El rendimiento académico brillante –y extenuante-, la cercanía a modelos estéticos ideales y la evitación del fracaso, serían a priori conductas funcionalmente útiles para su proyecto de vida, aunque como dice Ortega, *“algunas personas alcanzarían la plena expansión de sí mismos ocupando un lugar secundario y el afán de situarse en primer plano aniquila toda su virtud”* (Ortega, 1914/1981, pp. 36). De esta forma, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se han convertido en un grave problema de salud para las sociedades occidentalizadas, en las que abunda la comida y el atractivo personal va estrechamente ligado a la delgadez, especialmente en las mujeres. La población de alto estatus económico era particularmente sensible a este problema, aunque en los últimos años se ha observado un claro desplazamiento a otras clases sociales y una extensión del problema a las culturas que están en vías de desarrollo; incluso en países alejados culturalmente de nuestro medio social ha comenzado a observarse una incidencia de TCA parecida a la de nuestro medio social. Se han ob-

servado tasas de prevalencia semejantes a la española en población iraní (Nobekht y Dezhkam, citado en Ruiz Lázaro, 2004) y una mayor frecuencia de alteraciones de la conducta alimentaria en mujeres iraníes no emigrantes que en iraníes residentes en Norteamérica (Abdohalli y Mann, 2001). En Fidji, donde la figura corporal obesa era prevalente y valorada, se ha observado un cambio similar –coincidiendo con la entrada de la televisión angloamericana en 1995- (Martínez, 2001, pp. 116-117). De otra parte, en los países latinoamericanos más occidentalizados, -por ejemplo, Argentina, que además cuenta con una gran raigrambre individualista, subjetivista y psicologista- se encuentran las mayores tasas de prevalencia de TCA de Latinoamérica (Ruiz Lázaro, 2004). Para el análisis de dicho problema desde el enfoque cultural que aquí se defiende, solidario con la propuesta que García y Pérez (2003) realizan respecto a la esquizofrenia, debiera hacerse una genealogía de los trastornos alimentarios documentados, que comenzaría con los casos expuestos bajo el epígrafe de Anorexia Santa, no tanto porque antes no los hubiera, sino porque no se han encontrado reseñas previas sobre la personalidad de los sujetos y ello sería un criterio central del presente trabajo. Desde Santa Liberata hasta Catalina de Siena (Toro, 1996, pp. 17-19), se han observado ciertos aspectos culturales y funcionales semejantes a los de las anoréxicas de nuestros días; por una parte, la *valoración del ayuno* –en esos casos, como rito de perfeccionamiento moral, señal de amor desencarnado o alcanzar la imagen ideal de un Cristo exhánime- y, por

TABLA 3
CARACTERÍSTICAS DEL YO NARCISISTA
Adaptado de Horney (1937) y Lasch (1999)

Vacío interior Hostilidad Exceso autoreferencial Temor al fracaso y a la vejez Relaciones efímeras y deteriorantes Dependencia de afecto y cariño Temor a la dependencia Insatisfacción generalizada Odio a uno mismo Idolatrización de famosos Temor a ser heridos Incapacidad para amar Propulsión a alardear Hostilidad hacia los demás Comportamiento sumiso Susceptibilidad

otra, la función del ayuno como *conducta de evitación* de matrimonios de conveniencia -pero no convenientes para dichas mujeres- o como liberación de las pasiones corporales o exigencias sexuales. De los ayunos célebres, por ejemplo, Sissi y Lord Byron –referidos por Toro (1996, pp. 79-81)-, destacaríamos precisamente la celebridad de los personajes –con el refuerzo que ello supone y el miedo subsiguiente a perder la imagen *célebre*-, la forma de vida tan acomodada que les haría liberarse de los quehaceres prácticos y necesidades cotidianas de la vida –lo que supone un superhábit de tiempo libre para dedicarse a ellos mismos-, el contacto con modelos de vida *perfectas*, sea por santidad o por narcisismo –que supondría una exigencia de mantenerse cercanos a dicha perfección- y una forma de existencia teatral, donde el papel/rol se confunde con la persona, siendo que el personaje podría o no ser del agrado de la persona que lo realiza. Se remarcaría la proximidad con las condiciones de las personas anoréxicas de nuestros días, aunque la particularidad del nicho socio-cultural (religioso o noble) haría que la relación dialéctica en la configuración del Yo fuera sustancialmente distinta y tanto el proyecto vital como la construcción de la identidad distaría mucho entre las anoréxicas santas y las que pueblan las aulas en la actualidad. Por otro lado, el análisis debería completarse –aunque aquí solo se apuntará- con la reflexión acerca de la participación de otras variables explicativas que, sin perjuicio del nivel cultural practicado aquí, pudieran arrojar luz sobre un fenómeno tan ubicuo. A otros niveles, se sabe que la conducta alimentaria experimenta alteraciones en otros trastornos psicopatológicos (p.ej. depresión, ansiedad, psicosis) y éstos podrían ser antecedentes de la anorexia nerviosa en muchos casos –trastornos que por otra parte no estarían excusados en las anoréxicas santas ni mucho menos en las celebridades expuestas-. La inanición dispara rápidamente la obsesividad, rigidez y disminuye el umbral delirante, aspecto relevante en muchas experiencias místicas y reveladoras. Se recordará a la sazón, el anillo de compromiso divino de Catalina de Siena formado por el prepucio de Cristo, que nadie ve pero ella exaltará tras una revelación o las visitas celestiales de Santa Teresa que la llevaron a desear la muerte por tan alta vida que esperaba. No comer sería reforzado por la experiencia de éxtasis y comunión. La caquexia traería también el aumento de la analgesia al dolor –entendido como experiencia global- por lo que la falta de apetito pertinaz podría ser una función compensadora tanto en los esta-

dos depresivos como en las situaciones vitales traumáticas –como por ejemplo humillación, sometimiento o maltrato- por lo que una vez instaurada la pauta de restricción se llegaría a una pérdida de peso cuyas consecuencias psicobiológicas también harían de mantenedores de la conducta. Hay pues muchas razones tanto para no comer como para no seguir comiendo. En la actualidad, el aumento de la calidad de vida y del tiempo para “*hablar con uno mismo*”, las presiones sociales (de éxito y belleza), la subida del listón de la perfección –dada la arbitrariedad de tales marcas-, la fragmentación del Yo y del cuerpo, la modificación de la estructura y funciones de la familia, entre otros factores, se han globalizado. Existirían más condiciones para crear personas con comportamientos disfuncionales relacionados con el cuerpo, con la comida y con la vida. Dichas personalidades se han visto habitualmente en el trabajo clínico con dichas pacientes, objetivándose ciertas características comunes de conducta, más allá de las patognomónicas alimentarias, por ejemplo. perfeccionismo, rigidez, frialdad o inestabilidad emocional extrema, evitación social, inhibición sexual o promiscuidad, anhedonia, alexitimia, dependencia familiar extrema, evitación de la relación terapéutica, manipulación, mentiras, ausencia de fantasía y problemas de identidad personal. Desde una perspectiva histórica, la descripción de la personalidad en los pacientes con alteraciones alimentarias parte de Janet, que hablaba de anorexia histérica, con pérdida de apetito, hiperactividad y rasgos histriónicos, y de la anorexia obsesiva con apetito conservado, escrupulosidad y rasgos obsesivo-compulsivos. Garner (1989) advirtió que los factores de personalidad podrían jugar un importante rol en la patogénesis o, al menos, en la expresión sintomática de los trastornos de la conducta alimentaria, habiendo una gran cantidad de estudios que han investigado sobre el tópico de la personalidad en dichos trastornos, de los que la tabla 4 ofrecería un resumen.

La mayor parte de estudios confirman la alta prevalencia de trastornos de personalidad congruentes con la descripción de los estilos de personalidad más frecuentes en la sociedad posmoderna, según se ha apuntado: esquizoides, límites y narcisistas. En los sujetos con TCA se confirmaría un patrón evitativo, que podría integrarse en el Trastorno de Evitación Experiencial expuesto por Hayes (1999, pp. 58-69), en el que la topografía restrictiva se podría asociar a la personalidad esquizoide mientras la bulímica se asociaría a personalidades límite y narcí-

sista. A modo de apunte final, se plantearía la semejanza entre los síntomas negativos observados en la esquizofrenia, de los que la personalidad esquizoide podría ser su estadio formal (Pérez, 2003b) y los síntomas de frialdad, distanciamiento emocional, autismo y fracturación del yo de los pacientes con anorexia restrictiva (cuya personalidad más prevalente suele ser también la esquizoide). La propuesta es que ambas comparten el nicho cultural que les daría la forma desintónica y la experiencia anómala de sí mismos. Así, la construcción de la identidad personal con una marcada ausencia de contacto social impediría aprender a conocer, percibir, interpretar y anticipar sentimientos y afectos, siendo ese déficit de cognición social probablemente el más desorganizador y el de mayor impacto en el funcionamiento general de muchos pacientes, por lo que tiene de pérdida del sentido común (o sea, de comunalidad o tener que ver con el mundo).

DISCUSIÓN

Aun siendo extensa la evidencia de que los TCA son algo más que trastornos del comer y que existen profundas alteraciones de la personalidad en la mayor parte de los sujetos con dichos trastornos, no parece que esos hallazgos se incorporen al enfoque del tratamiento; en tanto pauta de conducta culturalmente dada, no es susceptible de abordarse exclusivamente desde una perspectiva médica, dado que conceptualizar la AN como enfermedad ni es pertinente ni es operativo (Duro, 2003) y probablemente ahí radique la causa de los hechos que se documentan –aunque no tanto como sería de desear– en la clínica: abandonos, recaídas continuas, resistencias incorregibles, tratamientos psicológicos extensísimos, respuesta terapéutica mediocre y/o elementos terapéuticos no claramente definidos (McIntosh, 2005), no existencia de tratamientos farmacológicos ex profeso e inmovilización de la familia debido a la estigmatización de “*ser una enfermedad*”. No se trata, sin embargo, de negar la psicopatología de los TCA, sino más bien de volver a ella, algo no muy al uso en la comunidad clínica actual (Pérez, 2003a). Así, uno de los errores más habituales a la hora de enfocar el tratamiento con estos pacientes –sin menoscabo de hacerlo extensivo a otros trastornos psicológicos– podría ser la precipitación con la que se intenta implementar técnica tras técnica sin tener al paciente previamente comprometido con su cambio y la dirección concreta de éste, así como un ensañamiento contra el síntoma. Sin reparar en la escuela teórica del

TABLA 4
REFERENCIAS SOBRE PERSONALIDAD Y TCA

Pillay (1977)	Baja autoestima
Garfinkel (1982)	<i>Bulimia nerviosa</i> : impulsividad, labilidad emocional y extroversión <i>Anorexia nerviosa restrictiva</i> : introversión
Bell (2002)	Trastorno límite de la personalidad
Kleinfield (1994)	<i>Anorexia Nerviosa restrictiva</i> : mayor repertorio de conductas evitativas
Bulik (1995)	Personalidad dependiente
Braun, Sunday y Halmi (1994)	Coexistencia de trastornos de personalidad y trastornos afectivos
Dowson, 1989; Hertzog, 1992a; Skodol, 1993; Waller, 1993; Wonderlinch, 1994; Murukami, 2002	Trastorno límite
Grilo, 1996; Murukami, 2002	Trastorno evitativo
Johnson y Wonderlich, 1992; Casper, 1990; Anderluh, 2003	Personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsiva
Herzog, 1992b; Johnson y Wonderlich, 1992; Levin y Hyler, 1986; Skodol, 1993; Díaz-Marsá, 2000a y b	Anorexia nerviosa compulsivo-purgativa y bulimia nerviosa: trastornos de personalidad límite e histriónica
Herzog, 1992; Johnson y Wonderlich, 1992; Wonderlich, 1994; Gillberg, 1995	Anorexia nerviosa restrictiva: personalidad obsesivo-compulsiva
Kennedy, McVey, y Katz (1990)	Anorexia nerviosa restrictiva: personalidad esquizoide y esquizotípica Bulimia nerviosa: personalidad límite
Sexton, 1998; Rämstan, 1999; Graell, 1999; Rosevinge, 2000	Anorexia Restrictiva: Personalidad esquizoide Anorexia compulsiva y Bulimia nerviosa: personalidad histriónica y límite

terapeuta, la utilización precoz de técnicas ha tenido en muchas ocasiones el objetivo de aliviar la ansiedad del terapeuta, más que hacer algo efectivo por el paciente. Quizás por ello la *tercera ola* de las terapias de estirpe conductual o cognitivo-conductual (Hayes, 2004 pp. 5) en las que la historia del sujeto, su contexto familiar y social y la aceptación – primero del clínico y después del paciente- del valor existencial que tiene la conducta problema en su estilo de ser en el mundo permiten una toma de posición filosófica distinta, parece que ha empezado a ser adoptada por un número creciente de clínicos, fundamentalmente para enfocar el tratamiento de clientes especialmente refractarios a las intervenciones al uso.

BIBLIOGRAFIA

- Abdohalli, P., Mann, T. (2001). Eating disorder symptoms and body image concerns in Iran: comparisons between Iranian women in Iran and in America. *International Journal of Eating Disorders*, 30(3), 259-268.
- Anderluh, M.B., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S., Treasure, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 242-247.
- Bell, L. (2002). Does concurrent psychopathology at presentation influence response to treatment for bulimia nervosa?. *Eat Weight Disorder*, 7, 168-181.
- Berger, P. L y Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu
- Braun, D.L., Sunday, S.R., Halmi, K.A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological medicine*, 24(4), 859-867.
- Bruckner, P. (1996). *La tentación de la inocencia*. Barcelona: Anagrama.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Welding, T.E., Kaye, W.H. (1995). Temperament in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 17 (3), 252-261.
- Casper, R.C. (1990). Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 52(2), 156-170.
- Díaz-Marsá, M., Carrasco, J.L., Sáiz, J. (2000a). A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorder*, 14, 352-359.
- Díaz Marsá, M., Carrasco Perera, J.L., Prieto López, R., Sáiz Ruiz, J. (2000b). Role of personality in eating behavior disorders. *Actas Españolas Psiquiátricas*, 28, 29-36.
- Dowson, J.H. (1989). Association between self-induced vomiting and personality disorder in patients with history of anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(5), 399-404.
- Duro Martínez, J.C. (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 85, 1-10.
- Fuentes, J.B, Quiroga, E. (en prensa). La relevancia de un planteamiento cultural de los trastornos de personalidad. *Psicothema*
- Fukuyama, F. (2002). *El fin del hombre: consecuencias de la revolución biotecnológica*. Barcelona: Ediciones B
- García Montes, J.M., Pérez Álvarez, M. (2003). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 107-122.
- Gardner, M. (1956). *Personalidad: una investigación biosocial de sus orígenes y estructura*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos
- Garner, A.F., Marcus R.N., Halmi, K., Loranger, A.E.(1989). DSM III-R personality disorders in patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1585-1591.
- Garfinkel, P.E., Garner, D.M. (1982). *Anorexia Nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Brunner Mazel.
- Gergen, K.J. (1992). *El yo saturado*. Barcelona: Paidós Contextos
- Gillberg, I.C., Rämstam, M., Gillberg, C. (1995). Anorexia Nervosa 6 years after onset: Part I. Personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 36(1), 61-69.
- Graell, M. (1999). Comorbilidad en anorexia nerviosa. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 4(26), 82-84.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies (pp. 1-29). En Hayes, S.C., Follette, V.M., Linehan, M.M. (Eds). *Mindfulness and Acceptance. Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. New York: Guilford Press.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Lavori, P.W., Kenny, G.M., Sacks, N.R. (1992a). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(5), 147-152.
- Horney, K. (1937). *La personalidad neurótica de nuestro tiempo*. Barcelona: Paidós estudio.

- Jameson, F. (1996) *Teoría de la Postmodernidad*. Madrid: Trotta
- Johnson, C., Wonderlich, S. (1992). *Personality characteristics as a risk factor in the development of eating disorders*. En Crowter JH. The etiology of bulimia nervosa: the individual and familiar context. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Kennedy, S.H., McVey, G., Katz, R. (1990). Personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatry Research*, 24(3), 259-269.
- Laing, R.D. (1964). *El Yo dividido: un estudio sobre la salud y la enfermedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lasch, C. (1999). *La cultura del narcisismo*. Santiago de Chile: Andrés Bello
- Levin, A.P., Hyller, S.E. (1986). DSM III personality diagnosis in bulimia. *Comprehensive Psychiatry*, 1, 47-53.
- Luciano, M. C., Gómez, I., Valdivia, S. (2002). La personalidad desde un marco contextual-funcional. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2 (2), 173-197.
- McIntosh, V., Jordan, J., Carter, F., Luty, Ss., McKenzie, J., Bulik, C., Framptom, C., Joyce, P. (2005). Tres psicoterapias para la anorexia nerviosa: un ensayo controlado aleatorizado. *American Journal of Psychiatry (Ed Esp)*, 8, 429-435.
- Martínez, I. (2001). *Género, desarrollo psicosocial y trastornos de la imagen corporal*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Morrison, (2003). The effects of focus of attention on attributional bias in patients experiencing auditory hallucinations. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 895-907.
- Murakami, K., Tachi, T., Washizuka, N., Ikuta, N., Miyake, Y. (2002). A comparison of purging and non-purging eating disorder patients in comorbid personality disorders and psychopathology. *Tokai Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 27, 9-19.
- Navarro, J.M., Calvo, T. (1981). *Historia de la filosofía*. Madrid: Anaya.
- Ortega y Gasset, J. (1914/1981). *Meditaciones del Quijote*. Madrid: Revista de Occidente/Alianza Editorial
- Pérez, M. (2001). *Psicoterapia de la postmodernidad*. Papeles del Psicólogo, 79, 58-62.
- Pérez, M. (2003a). *Las cuatro causas de los trastornos psicológicos*. Madrid: Universitas
- Pérez, M. (2003b). The schizoid personality of our time. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 181-194.
- Pérez, M. (2004). *Contingencia y Drama. La psicología según el conductismo*. Madrid : Minerva.
- Pillay, M., Crisp, A.H. (1977). Some psychological character of patients with anorexia nervosa whose weight has been newly restored. *British Journal of Medical Psychology*, 50(4), 80.
- Sass, L. (2003). Negative symptoms, schizophrenia and the self. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 153-180.
- Rämstan, M. (1999). Personality and eating disorders. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 26(4), 105-106.
- Rosenvinge, J.H., Martinussen, M., Ostensen, E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998 . *Eat Weight Disorder*, 5, 52-61.
- Ruiz-Lázaro, P. (2004). Globalización, posmodernidad y conducta alimentaria. *Ponencia en V Congreso Virtual de Psiquiatría*.
- Sennet, R. (1997). *Carne y Piedra*. Madrid: Alianza Editorial
- Sennet, R. (2000). *La corrosión del carácter: las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama
- Sexton, M.C., Sunday, S.R., Hurt, S., Halmi, K.A. (1998). The relationship between alexithymia, depression, and axis II in eating disorder inpatients. *International Journal of Eating Disorders*, 23(3), 277-286.
- Skodol, A.E., Oldham, J.M., Hyller, S.E., Kellmann, H.D., Doidge, N., Davis, M. (1993). Comorbidity of DSM III-R eating disorders and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(3), 403-416.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel
- Waller, G. (1993). Sexual abuse and eating disorder. Borderline personality disorders as a mediating factor?. *British Journal of Psychiatry*, 162, 771-775.
- Watzlawick, P. (1998). Introducción (pp.9-13). En Watzlawick, P., Krieger, P. (Eds). *El ojo del observador. Contribuciones al constructivismo*. Barcelona: Gedisa
- Wondelinch, S.A., Fullerton, D., Swift, W.J., Klein, M.H. (1994). Five years outcome from eating disorders: relevance of personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 15(3), 233-243.

LAS METÁFORAS EN LA PSICOLOGÍA COGNITIVO-CONDUCTUAL

METAPHOR DISCRIMINATION IN COGNITIVE-BEHAVIORAL PSYCHOLOGY

Jenny Moix Queraltó
 Universidad Autónoma de Barcelona

Las metáforas, asociadas más a la literatura que a la ciencia, todavía son poco utilizadas en la psicología más científica (la corriente cognitivo-conductual). Aunque infrautilizadas en esta psicología, sí que nos las podemos encontrar cómodamente instaladas en otras perspectivas psicológicas (psicoanalítica, humanista y constructivista). En los últimos años, probablemente por la convergencia entre las distintas corrientes de pensamiento, las puertas de la psicología cognitivo-conductual se han abierto en mayor medida para las metáforas. En este artículo, se analiza cómo se ha llevado a cabo esta apertura, cómo se emplean dentro de las terapias cognitivo-conductuales y qué ventajas presenta su utilización.

Palabras clave: Metáforas, pensamiento metafórico, psicología cognitivo-conductual.

Metaphors, associated more with literature than science, have not been totally introduced within the more scientific form of psychology (the cognitive-behavioural school of thought). Although they are not totally introduced in this type of psychology, we find them comfortably installed in other psychological perspectives (psychoanalytic, humanist and constructivist). In recent years, probably due to the convergence of different lines of thought, the doors of cognitive-behavioural psychology have been opened to metaphors. In this article, we analyse how this has come about, how metaphors are employed within cognitive-behavioural therapies and what advantages this offers.

Key words: Metaphor, methaphoric thinking, cognitive-behavioural psychology.

Los humanos tenemos tendencia a la generalización, al etiquetaje, al pensamiento en blanco y negro para ordenar la realidad. Probablemente sea esta forma de simplificación la que nos ha llevado a hablar de pensamiento lógico-formal versus pensamiento creativo o de ciencia versus arte como si fueran entidades completamente diferenciadas. Incluso hemos otorgado una base fisiológica a esta distinción: el hemisferio derecho para lo creativo y el izquierdo como sustento de lo racional.

Dentro de esta dualidad, está claro en qué lugar hemos ubicado las metáforas: en el pensamiento creativo o en el arte. Cuando hablamos de metáforas, una de las primeras asociaciones que lleva a cabo nuestro cerebro es con la literatura y obviamente nunca la relacionaríamos con la ciencia. "Metáforas" y "ciencia" son dos conceptos que se nos antojan más bien opuestos ¿Será por este motivo por el que los psicólogos cercanos a las corrientes más científicas dentro de la psicología (las conductistas y las cognitivistas), con nuestro afán de alejar de la psicología todo lo que no sonara a científico, no hemos incorporado el uso de las

metáforas dentro de nuestras técnicas en la misma medida que lo han hecho otras corrientes?

Los objetivos del presente artículo son tres, describir:

- La incorporación de las metáforas dentro de la corriente cognitivo-conductual.
- El empleo de las metáforas dentro de las terapias cognitivo-conductuales
- Las ventajas de la utilización de las metáforas.

UN EJEMPLO

Antes de adentrarnos en la definición del término "metáfora", veamos un ejemplo. Ejemplos de metáforas hay infinitos porque de hecho siempre se han utilizado desde las que encontramos en los evangelios hasta las presentes en la literatura infantil (el patito feo, la hormiga y la cigarra, etc.). El ejemplo elegido es una metáfora muy empleada en la terapia de aceptación y compromiso (Wilson y Luciano, 2002). Esto es, se trata de una metáfora "terapéutica".

"Dos mujeres se encontraban en su despacho compartido trabajando con sus respectivos ordenadores. A una de las mujeres mientras estaba escribiendo, le empezaron a aparecer mensajes en la pantalla de su ordenador. Mensajes que decían "nunca solucionarás tu problema" "eres una inútil" "la gente te ve mal" . Cuando leyó es-

Correspondencia: Jenny Moix Queraltó. Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Psicología. Grupo de Investigación en Estrés y Salud. Área de Psicología Básica. 08193 Bellaterra. España. E-mail: jenny.moix@uab.es

tos mensajes empezó a creérselos y a angustiarse, a sufrir terriblemente ¡¡¡Parecían tan ciertos!!! Entonces intentó borrarlos de la pantalla, pero no pudo. Así que continuó trabajando. De vez en cuando, volvían a aparecer pero como ella sabía que no podía eliminarlos, no intentó hacer nada y siguió trabajando. A pesar de los mensajes que a veces aparecían y le hacían sufrir, la mujer disfrutaba y se sentía bien consigo misma porque su trabajo estaba quedando tal y como ella quería.

A la otra mujer, le empezó a suceder lo mismo. Empezaron a aparecerle los mismos mensajes que a su compañera: "nunca solucionarás tu problema" "eres una inútil"... Entonces intentó eliminarlos, pero no lo conseguía. Sufría muchísimo porque estaba totalmente convencida de que los mensajes eran ciertos. Y además sufría porque no conseguía eliminarlos. Así que dejó de trabajar para pensar qué métodos podía emplear para eliminar los mensajes. Estaba segura de que si no los borraba no podría continuar trabajando. Así que empezó a probar un método tras otro, pero no conseguía nada. Los mensajes seguían allí. Miraba a su compañera con rabia porque la veía trabajando e incluso parecía que estuviera disfrutando con su trabajo. Pensó que su compañera podía trabajar porque no recibía los mismos mensajes que ella. Así que siguió en su empeño por eliminarlos. Su sufrimiento iba en aumento: cada vez tenía más mensajes negativos, fracasaba en todos sus intentos por eliminarlos y encima no avanzaba en su trabajo. Se quedó encallada en esta situación."

En esta metáfora, los mensajes representan los pensamientos automáticos negativos y la conducta de la segunda mujer, una conducta de evitación. Sin embargo, no nos vamos a detener aquí a expresar el jugo terapéutico de esta metáfora, que lo tiene. La hemos descrito sólo para que cumpla las funciones de ejemplificar el concepto.

DEFINICIÓN

Desde los tiempos de los filósofos griegos, se ha elucidado sobre las metáforas intentando definir las. Aristóteles definió la metáfora como una serie de palabras

en las que se da una comparación entre dos o más entidades que son literalmente diferentes (Lyddon, Clay y Sparks, 2001). Y fue más allá afirmando que la capacidad de generar metáforas nos descubría el poder de la mente sobre la posibilidad de las cosas (Sims, 2003).

Según Siler (Cfr. Azzollini y González, 1997), metáfora y analogía se pueden homologar bajo la categoría general de metaforación, la cual define así:

Metaforación: 1) objeto, imagen, idea o proceso que se compara con alguna otra cosa. 2) Todas las formas de metáfora, que incluyen la alusión, la alegoría, la analogía, el símbolo y los tropos o figuras del lenguaje, que pueden involucrar a todos los sentidos físicos y psicológicos.

Copi sugiere que la metáfora es una inferencia analógica y, como tal, parte de la similaridad de dos o más cosas en uno o más aspectos para concluir la similaridad de esas cosas en algún otro aspecto (cfr. Azzollini y González, 1997).

Aunque podríamos establecer distinciones entre conceptos como metáfora, parábola, alegoría, etc., en este trabajo el término metáfora lo utilizaremos de una manera amplia, genérica. Nos centraremos en la clave del concepto; esto es, en el traslado de un significado (Mosterín, 2003). En griego moderno, al vehículo que transporta los viajeros del avión a la terminal del aeropuerto se le denomina "la metáfora". Este autobús puede constituir la metáfora de cómo entendemos el término "metáfora": un transporte del significado.

LAS METÁFORAS DENTRO DE LAS CORRIENTES DE PENSAMIENTO PSICOLÓGICAS

La metáfora encaja a la perfección dentro del pensamiento psicoanalítico. Freud afirmaba que el pensamiento en imágenes se encontraba más cerca del inconsciente que el pensamiento en palabras (Kopp y Jay, 1998). De hecho, el psicoanálisis pone más énfasis en la interpretación del lenguaje metafórico (chistes, símbolos,..) que del lenguaje literal.

Otra de las corrientes de pensamiento en las cuáles las metáforas se sienten más cómodas es el constructivismo. Según esta postura, la realidad no es independiente del observador (McNamee y Gergen, 1996; Ibañez, 2001). Esto es, cada persona posee su propia realidad y, por tanto, no existen realidades más reales que otras. La realidad se confunde con las gafas de

quien la mira. Por consiguiente, las metáforas que cada uno de nosotros empleamos para definir el mundo son nuestra forma de filtrar la realidad o, dicho de otra forma, constituyen nuestra propia realidad.

Los constructivistas no diferencian entre el lenguaje literal y las metáforas porque, según ellos, no percibimos la realidad objetivamente sino que la construimos y tanto lo que normalmente denominamos lenguaje literal como las metáforas son una misma forma de construcción. Los estudios experimentales apoyan esta idea puesto que concluyen que el lenguaje metafórico no requiere un procesamiento especial en comparación con el lenguaje literal. En una investigación llevada a cabo por Gallego (1996) se comprobó que los enunciados metafóricos y los literales se comprendían con la misma facilidad y velocidad. En este sentido Lakoff y Johnson (1980) han mostrado que nuestros sistemas conceptuales están constituidos para operar metafóricamente.

Los humanistas también acogen cómodamente a las metáforas. Probablemente se encuentran tan confortables con el empleo de las metáforas porque ellos se basan mucho más en la literatura que cualquier otra corriente psicológica. Debemos tener en cuenta, igualmente, que los humanistas nunca han pretendido identificarse con la ciencia, lo cuál les ha facilitado el uso de metáforas tachadas de herramienta poco científica. El contar historias o metáforas es un recurso ampliamente utilizado en sus técnicas terapéuticas. Un claro exponente de ello lo encontramos en los libros del famoso Jorge Bucay (Bucay, 2002; Bucay, 2003).

A diferencia de las corrientes anteriores, en general, la postura cognitivista más tradicional ha obviado las metáforas. Su idea clave se basa en que existe una forma "objetiva" o "lógica" de ver la realidad y cuando no se ve a través de estas gafas se considera que la persona la está distorsionando (de aquí se derivan los famosos listados de pensamientos erróneos o distorsionados). El terapeuta debe identificar cuál es el sesgo de las interpretaciones del cliente y a través de análisis lógico-rationales cambiarlos. En otras palabras, este tipo de terapias se basan en un positivismo lógico en el que se favorece la búsqueda empírica de la verdad que los pensamientos distorsionados oscurecen. Este tipo de perspectiva favorece más la utilización del lenguaje "racional" o "literal" que el metafórico en terapia.

El lado más básico de la psicología cognitivista clásica tampoco se ha caracterizado por la investigación del pensamiento metafórico. Es curioso comprobar que la psicología cognitiva tan anclada en la metáfora del ordenador, sea consciente de que la emplea como forma de analizar el comportamiento humano y, sin embargo, no traslade el uso de las metáforas como manera de percibir la realidad en nuestra vida diaria. Es como si los cognitivistas aceptaran el uso de las metáforas como forma de estudio científico pero no como una forma en que los humanos analizamos el mundo.

Ni que decir tiene que el conductismo más clásico basado fundamentalmente en los principios del condicionamiento pauloviano, skinneriano, encubierto y vicario, no ha dejado mucho hueco para el estudio y empleo terapéutico de las metáforas. Como irónicamente apunta Sims (2002), aunque algunos conductistas han atacado abiertamente las metáforas, no han tenido reparo alguno en utilizar metáforas provenientes de la cartografía, ingeniería o informática para la descripción del funcionamiento humano.

LAS METÁFORAS EN LA PSICOLOGÍA COGNITIVO-CONDUCTUAL

La perspectiva cognitivo-conductual está viviendo una nueva etapa donde las metáforas poco a poco están encontrando su sitio.

Tal como analiza Yela (1996), las diferentes posturas dentro de la psicología se están acercando. Un claro ejemplo de ello, lo vemos en las ideas constructivistas van ganando terreno dentro del campo cognitivo. El propio Albert Ellis (1993), máximo exponente de las terapias cognitivas, resalta la necesidad de incorporar prácticas y teorías de carácter más constructivista y humanista. Este viento que cambia las posturas más radicales trae consigo el empleo de las metáforas (Kopp y Jay, 1998; Lyddon, Clay y Sparks, 2001; Meichenbaum, 1993; Otto, 2000). Ahora, muchos terapeutas más que cambiar las distorsiones del pensamiento a través de métodos lógico-rationales, parten de la base de que no existe un modo racional de ver la realidad sino metáforas más útiles que otras en determinados casos y lo que intentan cambiar o trabajar son las metáforas que emplea el cliente como gafas de su realidad. Un claro ejemplo lo podemos encontrar en el artículo de Salkovskis (1999), donde emplean metáforas dentro del tratamiento cognitivo-conductual para

trastornos obsesivos-compulsivos como forma de ayudar al paciente a reevaluar sus pensamientos obsesivos. Una de ellas consiste en asemejar estos pensamientos a chantajistas (por mucho que les des nunca tienen suficiente).

Si hablamos de las corrientes más conductuales, diferenciándolas de las cognitivas, podemos comprobar como éstas también se han flexibilizado de tal forma que han permitido abrir sus ventanas para dejar entrar el viento de las metáforas. Un claro ejemplo es la terapia de aceptación y compromiso (véase el excelente manual de Willson y Luciano, 2002). Esta terapia se encuentra basada en el conductismo que se estructura sobre los principios del contextualismo funcional y la experimentación en lenguaje (teoría de los marcos relacionales). En la misma, se ayuda al cliente a producir un distanciamiento del contexto que envuelve la situación problemática en la que se encuentra. El objetivo es que el cliente abandone la lucha contra sus pensamientos y se centre en su conducta para alcanzar sus valores. De hecho, la metáfora descrita al principio de este artículo que fue extraída de esta terapia ilustra muy bien esta idea. No ahondaré en la descripción de esta terapia, lo único que quiero resaltar aquí es que una de sus herramientas básicas es las metáforas.

Como es bien sabido, las metáforas y los cuentos han constituido siempre un importante instrumento dentro de la psicología infantil dentro de diferentes perspectivas psicológicas, por tanto también podemos considerar esta psicología como una puerta de entrada de las metáforas (Gardner Cfr. Capafons, Alarcón, Hemmings, 1999).

No puede dejarse de nombrar la hipnosis en este punto porque sería un imperdonable olvido. Una vez que la hipnosis se logró introducir en la arena cognitivo-conductual (no sin muchos obstáculos por culpa del misterioso halo que siempre la ha envuelto), ha constituido una nueva puerta por la cual han entrado las metáforas. Pensemos que la mayoría de las sugerencias que se emplean en hipnosis son totalmente metafóricas (Capafons, 2001; Hilgard y Hilgard, 1990; Kingsbury, 1994). Erickson es sin duda el ejemplo más representativo del uso del lenguaje metafórico en hipnosis (Erickson y Rossi, 1979; Zeig y Rennick, 1991). Erickson utilizaba metáforas como analogías de la problemática del paciente. Fue través de él que las metáforas pasaron a constituir un eje principal de la Programación

Neurolingüística (O'Connor y Seymour, 1992). Las metáforas se han convertido, pues, en una herramienta que se puede emplear con el cliente cuando se encuentra en distintos estados: hipnotizado, relajado (muchas de las visualizaciones que se emplean son puras metáforas) o simplemente cuando su estado es el normal de vigilia.

LAS METÁFORAS EN TERAPIA

Las metáforas que se emplean en terapia se podrían clasificar en dos grandes grupos: A) las que expone el terapeuta y B) las que identificamos en el relato del cliente.

- A) Las que emplea el terapeuta, pueden ser originales del terapeuta o bien extraídas de otras fuentes (Burns, 2003). De hecho la vida misma es una inagotable fuente de metáforas. Los terapeutas experimentados ya van con una carpeta repleta de útiles metáforas bajo el brazo, y con su creatividad también a cuestas para inventarse las que convenga durante el transcurso de la terapia. Un ejemplo de metáfora prefabricada a la que podemos recurrir en el caso de tratar a un cliente deprimido es la siguiente (Otto, 2000):

“Imagínate una gárgola en tu hombro, como las gárgolas son de piedra, esta gárgola de depresión te hunde y te dificulta moverte para realizar cualquier tipo de actividad. Además te está constantemente susurrando al oído. Los mensajes son negativos, humillantes, te culpabilizan por todo. Si te encuentras mal, la gárgola te afirma rotundamente que así te sentirás siempre. Y lo peor es que tú te crees todo lo que te susurra. En las próximas semanas, deberás aprender a identificar cuáles son estos mensajes y ser consciente que vienen de la gárgola”

- B) Para trabajar con las metáforas que se encuentran en el relato del cliente, Sims (2003) nos propone una serie de pasos a seguir:
- 1.- Escuchar la metáfora. En muchos casos, los psicoterapeutas escuchan directamente el significado de las palabras del cliente, pero no las palabras mismas que es donde se encuentra la metáfora. Así que el primer paso debe consistir en entrenarnos para escuchar esas palabras que conforman la metáfora.

- 2.- Validar la metáfora. Este paso consiste en “marcar” la metáfora ante el cliente como algo interesante a investigar.
- 3.- Expandir la metáfora. En este momento se debe invitar al cliente a dar las asociaciones que le produzcan la metáfora (las emociones e imágenes que le suscita).
- 4.- Jugar con las posibilidades. Aquí ya se pregunta sobre lo que debe significar la metáfora. Cuantos más significados emergen más caminos de actuación aparecen. Tanto para expandir como para jugar con las posibilidades de la metáfora hemos de luchar contra el hábito endémico de darles una interpretación, nuestra interpretación.
- 5.- Marcar y seleccionar. Una vez vistas diferentes posibilidades, se trata de escoger la que más se adapte al objetivo del tratamiento.
- 6.- Conectar con el futuro. Hablar del futuro del cliente a través de la metáfora.

Estos 6 pasos se basan en una premisa muy bien descrita por Watzlawick:

“El mensaje no sólo comunica información, sino que comunica algo sobre la misma comunicación. Tiene, por tanto, importancia metacomunicativa y crea una realidad de segundo orden sobre la que podemos intentar llevar a cabo una ulterior comunicación” Pág. 198 (Watzlawick, 2001).

Puede parecer que encontrar metáforas en el discurso del paciente no es fácil. Sin embargo, los relatos suelen estar llenos de metáforas. Mallinson, Kielhofner y Mattingly (1996) analizando las narraciones de 20 clientes psiquiátricos, concluyeron que era un proceso habitual que los pacientes incluyeran metáforas en sus historias para darles sentido.

¿POR QUÉ SON ÚTILES LAS METÁFORAS?

Vivimos en una cultura que desde la cuna nos enseñan a pensar de forma lógica-racional, en la familia, en la escuela, en el trabajo. De hecho, “no eres lógico” se ha convertido en un insulto. Por ello, cuando tenemos un problema intentamos abordarlo de la forma más “racional” posible. Aunque emociones y procesos inconscientes afecten nuestras decisiones (léanse el excelente artículo de Simón, 1997), nosotros intentamos o nos

creemos que lo afrontamos todo racionalmente. Cuando alguien llega a la consulta del terapeuta, no sólo el cliente sino todos los que le rodean, le han bombardeado de consejos “lógico-racionales” que está claro que no le han sido útiles porque si no no hubiera acudido al psicólogo. Si en consulta seguimos con las mismas estrategias lógico-racionales que ya ha empleado el cliente hasta entonces ¿podremos llegar muy lejos?

Las metáforas pueden constituir un buen inicio de las terapias. En cualquier forma de terapia, el primer paso suele constituir en explicarle al paciente en qué va consistir la terapia. Las técnicas psicológicas suelen ser algo nuevo para el paciente, así que una forma de que las entiendan es compararlas con algo que ya conocen. Esto es establecer una metáfora. Un buen ejemplo de este uso lo podemos encontrar en el artículo de Capafons, Alarcón y Hemmings (1999), donde emplean una metáfora para explicar el uso de la hipnosis (técnica que lleva incorporada muchos prejuicios) con muy buenos resultados.

El uso de las metáforas es otra forma de contemplar el problema, una nueva forma de hacerlo para el cliente (Berlin, Olson, Cano y Engel, 1991; Lyddon, Clay y Sparks, 2001; Otto, 2000). Y está claro que si las viejas estrategias no le servían, bienvenidas deben ser las nuevas. Con las metáforas de repente se fomenta la imaginación y la creatividad. Como muy bien apuntan Azzollini y González (1997), durante el proceso de solución de problemas, una comprensión analógico-metáforica puede, constituir una solución, iniciar el camino hacia la misma o cambiar substancialmente el enfoque del problema. En definitiva, las metáforas pueden constituir trampolines heurísticos.

Si necesitamos de la imaginación y la creatividad del cliente, su papel de repente se convierte en más activo. La movilización del cliente es siempre el primer y a veces el único objetivo de la mayoría de las terapias. La participación activa la fomenta.

Las metáforas presentan otras ventajas. Una de ellas es que resultan fáciles de recordar. La literatura sobre memoria de la información verbal concluye que el material se recuerda mejor si está organizado y es interesante, si provoca emociones no demasiado intensas y utiliza anclajes sensoriales (Otto, 2000). Como vemos, todas estas características las encontramos en las metáforas. Las metáforas suelen gustar, sólo hemos de fijarnos en la mayoría de adjuntos que se mandan en

los correos electrónicos con todo tipo de metáforas. Que gustan no cabe duda y que son fáciles de recordar tampoco. Los publicistas saben muy bien las ventajas que presentan las metáforas para ser recordadas, fijémonos en la cantidad de anuncios que las emplean.

Otra de las ventajas que presentan las metáforas es que no provocan resistencias (Lyddon, Clay y Sparks, 2001; Otto, 2000). Si el terapeuta sugiere al cliente cuál es la forma correcta en la que debería comportarse, probablemente aparecerán algunas resistencias, sin embargo si le cuenta una fábula al respecto, es probable que no se cree resistencia.

La eficacia de las metáforas también radica en que permite al cliente externalizar el problema y analizarlo con más distancia (Otto, 2000).

Asimismo, las metáforas permiten el contacto con y la expresión de emociones (Lyddon, Clay, Sparks, 2001). Es como si permitieran la expansión de la conciencia emocional al no ceñirnos exclusivamente a la experiencia literal. Permítanme que les cuente una experiencia que ilustra esta idea. La misma se enmarca dentro de una terapia que llevé a cabo a una cliente dentro de una investigación sobre dolor crónico. Se trataba de una mujer que sufría un dolor desde hacia varios años pero que no presentaba ni ansiedad ni depresión patológicas. El primer día de terapia, me había limitado a formularle algunas preguntas sobre su vida y la cliente me respondió claramente, sin mucha emocionabilidad, puesto que describía su vida de forma positiva, incluso el dolor físico lo tenía bien integrado. El segundo día de terapia, practicamos la relajación y mientras ella estaba relajada le expliqué la metáfora del jardín (Willson y Luciano, 2002). Resumiendo mucho, en esa metáfora se equipara la vida con un jardín, y las plantas con los temas importantes de tu vida (la familia, los amigos, el trabajo,...). Cuando acabé de describirle la metáfora, le pregunte: "¿Cómo ves tu jardín?" Y aquí la cliente se puso a llorar diciéndome que veía algunos cactus y me explicó que uno de ellos era su cuñado (muchísimos años atrás la había violentado metiéndose en su cama). Dudo mucho, aunque esto es una percepción muy subjetiva y personal (de hecho, como todas) que la cliente me hubiera hablado de esta circunstancia si no le hubiera explicado la metáfora. De hecho, a lo largo de las sesiones pude comprobar como su lado emocional aparecía más fácilmente cuando empleaba-

mos metáforas que cuando hablábamos de su vida de forma más literal. Mi percepción con ésta y otras personas es que cuando hablas metafóricamente, las emociones surgen con más facilidad.

ALGUNAS REFLEXIONES

Hasta aquí hemos hablado de las ventajas de las metáforas, pero no puedo terminar sin comentar también algunos de sus inconvenientes. La cita siguiente puede constituir un buen aforismo al respecto:

*"Las metáforas crean visión,
pero también distorsionan.
Tienen su potencial,
pero también sus limitaciones.
Al crear formas de ver, crean también formas de
no ver."*

Morgan (cfr. Young, 2002)

Sobre las limitaciones de las metáforas nos habla muy claramente Reisfield (2004). En su artículo nos describe lo ampliamente que se emplean en el mundo oncológico. Para la descripción del cáncer es bastante frecuente el uso de metáforas normalmente metáforas bélicas aunque también de otros tipos. Las metáforas según Reisfield ayudan a explicar la enfermedad pero en muchas ocasiones puede dar lugar a malos entendidos e incluso pueden provocar emociones negativas si el paciente no se encuentra a gusto con la metáfora que se emplea.

Asumiendo las limitaciones que pueden comportar las metáforas, hemos visto las innumerables ventajas que presenta su uso. Con este artículo hemos pretendido subrayar cuáles son estas ventajas porque consideramos que las metáforas se pueden convertir en importantes herramientas para los psicólogos cognitivo-conductuales. Herramientas que pueden complementar las que ya tenemos. Por este motivo creemos que se deberían enseñar en nuestras aulas las metáforas como instrumentos terapéuticos y promover su uso aplicado.

Además de impulsar la enseñanza y la aplicación de las metáforas, consideramos que se debería promover la investigación sobre las mismas. Existen innumerables preguntas interesantes que responder:

- ¿En qué nos basamos para diferenciar el lenguaje literal del metafórico?
- ¿Son las metáforas recursos lingüísticos especiales, o por el contrario, todo lenguaje es esencialmente metafórico?

- ¿Hasta qué punto las metáforas que impregnan nuestra vida afectan a nuestras estrategias de afrontamiento?

En definitiva debemos abrir nuestras mentes para que puedan entrar las metáforas.

Las mentes son como los paracaídas. Solo funcionan si están abiertas.

Robert Dewar

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer al Profesor Tomas Blasco del Área de Psicología Básica (UAB) su atenta revisión del manuscrito.

REFERENCIAS

- Azzollini, S.C. y González, F.F. (1997). Esbozo para una conceptualización del pensamiento analógico-metafórico. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 2 (2), 5-14.
- Berlin, R.M., Olson, M.E., Cano, C.E. y Engel, S. (1991). Metaphor and Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 45, 359-367.
- Bucay, J. (2002). *Déjame que te cuente*. Barcelona: RBA Integral (Orig. 1999)
- Bucay, J. (2003). *Cuentos para pensar*. Barcelona: RBA Integral (Orig. 1999).
- Burns, G.W. (2003). *El empleo de metáforas en psicoterapia. 101 Historias curativas*. Barcelona: Masson (Orig. 2001).
- Capafons, A. (2001). *Hipnosis*. Madrid: síntesis.
- Capafons, A., Alarcon, A., y Hemmings, M. (1999). A metaphor for hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27 (2), 158-172.
- Ellis, A. (1993). Reflections on rational-emotive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 199-201.
- Erickson, M.H., y Rossi, E.L. (1979). *Hypnotherapy: an exploratory casebook*. Nueva York: Irvington.
- Gallego, C. (1996). Procesamiento del lenguaje metafórico frente al lenguaje literal. *Revista de Psicología del Lenguaje*, 1, 59-87.
- Hilgard, E.R. y Hilgard, J.R. (1990). *La hipnosis en el alivio del dolor*. México: Fondo de Cultura Económica (Orig. 1975).
- Kingsbury, S.J. (1994). Interacting within metaphors. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36, 241-247.
- Ibañez, T. (2001). *Municiones para disidentes. Realidad-verdad-política*. Barcelona: gedisa.
- Kopp, R.R. y Jay, M. (1998). Metaphoric language, metaphoric cognition, and cognitive therapy. *Psychotherapy*, 35, 306-311.
- Lakoff G. y Johnson, M. (1980). *Metaphors we live by*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lyddon, W.J., Clay, A.L. y Sparks, ChL. (2001). Metaphor and change in counseling. *Journal of Counseling and Development*, 79, 269-275.
- Mallinson, T., Kielhofner, G. y Mattingly, C. (1996). Metaphor and meaning in a clinical interview. *American Journal of Occupational Therapy*, 50, 338-346.
- McNamee, S. y Gergen, K.J. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Meichenbaum, D. (1993). Changing conceptions of cognitive behavior modification: retrospect and prospect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 202-204.
- Mosterín, J. (2003). La insuficiencia de los paradigmas metafóricos en psicología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 23, 89-104.
- O'Connor, J. y Seymour, J. (1992). *Introducción a la Programación Neurolingüística*. Barcelona: Urano.
- Otto, M.W. (2000). Stories and metaphors in cognitive-behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 166-172.
- Reisfiels, G.M y Wilson, G.R. (2004). Use of metaphor in the discourse on cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 22, 4024-4027.
- Salkovskis, P.M. (1999). *Understanding and treating obsessive-compulsive disorder*. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 29-52.
- Simon, V.M. (1997). La participación emocional en la toma de decisiones. *Psicothema*, 9, 365-376.
- Sims, P.A. (2003). Working with metaphor. *American Journal of Psychotherapy*, 57, 528-536.
- Watzlawick, P. (2001). *¿Es real la realidad?*. Barcelona: Herder (Orig. 1976) .
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (act)*. Madrid: Pirámide.
- Yela, M. (1996). Unidad y diversidad de la psicología. *Psicothema*, 8: 327-357.
- Zeig, J.K., y Rennick, P.J. (1991). Ericksonian Hypnototherapy: A communication approach to hypnosis. En S.J. Lynn y J.W. Rhue (Eds.) *Theories of Hypnosis. Current Moles and Perspectives* (pp-275-300). New York: The Guilford Press.



RESPUESTA AL PROFESOR BUELA-CASAL: LA INVESTIGACIÓN ES DE TODOS

REPLY TO PROFESSOR BUELA-CASAL: RESEARCH BELONGS TO EVERYBODY

César González-Blanch

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

La crítica de los lectores es un importante elemento dentro de la revisión de las investigaciones científicas. En este texto se hacen las necesarias aclaraciones a la réplica de Buela-Casal (2006). Se explican algunos de los problemas y limitaciones encontradas en el planteamiento, en la selección de las muestras, en la idoneidad del cuestionario utilizado y en las conclusiones extraídas de los estudios de opinión. Finalmente, se acuerda que los estudios de opinión sobre la imagen de la Psicología como profesión sanitaria realizados por el profesor Buela-Casal y sus colegas no trataban de si la Psicología debe regularse como profesión sanitaria.

Palabras clave: *Revisión por pares, crítica, estudios de opinión, psicología*

Readers' criticism is an important element of scientific research review. In this article necessary explanations are given to Buela-Casal (2006) reply. Some of the shortcomings and limitations found in the opinion studies approach, samples selection, questionnaire used and conclusions drawn are explained. Finally, we agree that the opinion studies on the image of Psychology as health profession by professor Buela-Casal and his colleagues did not deal with if Psychology should be regulated as a health profession.

Key words: *Peer review, criticism, opinion studies, psychology*

Los editores de revistas científicas lo han acordado: la crítica pospublicación es un complemento necesario a la revisión prepublicación para corregir errores y limitaciones de las investigaciones (International Committee of Medical Journal Editors, 2003). Las cartas al editor, la forma más común de presentación de esta crítica de los lectores, posibilitan la expresión libre, ayudan a conformar el juicio y reflejan el vigor intelectual de la comunidad concerniente (Horton, 2002). Por desgracia, su práctica está subdesarrollada e infravalorada por clínicos, académicos, profesores y muchas revistas (Bhopal y Tonks, 1994); en nuestro entorno, alarmantemente. Gran parte de las revistas de psicología en España no publican críticas de lectores, nunca. Aun aquéllas como *Papeles del Psicólogo*, con una difusión media de más de 45.000 ejemplares y un decidido interés por la participación de los lectores, presentan estas secciones desiertas con demasiada frecuencia. Es responsabilidad de todos contribuir a cambiar esto. Por eso mismo, considero casi una obligación responder ahora al profesor Buela-Casal (2006) y a sus airadas reconvenciones.

Correspondencia: César González-Blanch. Unidad de Investigación en Psiquiatría de Cantabria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Avda. Valdecilla s/n, 39008. Santander. España. E-mail: cgblanch@terra.es

No debemos correr el riesgo de que los lectores, forzosamente desacostumbrados a estos textos, asuman que la réplica del afamado catedrático de la prestigiosa universidad sigue las normas de estilo que tan "encarecidamente" me recomendaba leer. Pretender el descrédito de la voz discordante, en vez de la defensa serena y humilde del trabajo propio; la tronante repetición, en vez de la claridad expositiva; el consejo elemental, en vez de la lúcida reflexión, no debe quedar como modelo al investigador novel.

Trataré de no desenfocar la atención del lector con referencias a aspectos formales, ya que no es ése el contenido habitual de una revisión pospublicación. Tampoco me detengo en la justificación de los de mi texto (González-Blanch, 2006), sobre los que entiendo que cualquier lector entrenado puede discurrir; ni siquiera en los que el profesor destacaba como "importantes errores" (Buela-Casal, 2006). En estos casos uno se expone, en aras de la elegancia y el rigor, a ser poco elegante y poco riguroso. Reduzco el comentario entonces a aclarar los "argumentos erróneos, interpretaciones incorrectas y algunas contradicciones lógicas", según Buela-Casal (2006).

Sobre las observaciones que hice de las muestras de estudiantes y colegiados basta con aclarar que dudar de su representatividad no significa anular la investiga-



ción, era suficiente con reconocer y tener presente en las conclusiones esta limitación. Es práctica común en los trabajos de calidad asumir que la perfección no existe, y por definición tampoco en la selección de muestras. Sigo sin entender qué parte del procedimiento (contacto telefónico, envío de cuestionarios, consigna dada por el personal docente, reparto entre el alumnado...) no es aplicable a los alumnos de los centros asociados de la UNED. Que no se incluyan estudiantes de la UNED, la más numerosa (la mitad de las nuevas matrículas) y con un alumnado de características especiales, no puede resolverse como si fuera sólo una más de entre las muchas universidades en las que se imparten estudios de Psicología. Pero tampoco esperaba que los investigadores volaran al centro asociado de Malabo para repartir sus cuestionarios; aunque es posible que ahí tengan una percepción distinta de lo sanitario...

Que de casi el 90% de los colegiados con los que se intentó contactar no hubiera noticias, quizá no signifique que deliberadamente decidieron no participar, pero no parece un porcentaje despreciable. En fin, otra vez, la afirmación de que la muestra era "suficientemente representativa" podía matizarse, y eso hice. Lamentablemente, pese al esfuerzo reclutador, una muestra de 1.206 colegiados puede no ser "suficientemente representativa", en contra de lo que sostiene Buela-Casal (2006).

Como explicaba más arriba, que un estudio tenga una muestra de cuestionable representatividad no invalida sus resultados por completo, lamento este malentendido si lo provoqué. Por ejemplo, podía destacarse que de estos colegiados especialmente motivados a contestar un cuestionario con preguntas directas sobre lo sanitario de la Psicología, menos del 25% opinan que cualquier psicólogo puede diagnosticar y tratar "los problemas emocionales y mentales que afectan a la salud", frente al 96% que consideran capacitados a los psicólogos clínicos (González-Blanch, 2006). Y admito que otras conclusiones, asumiendo las limitaciones de la muestra, son igualmente lícitas.

Ciertamente los resultados del análisis factorial del Cuestionario de Opinión sobre la Psicología como Profesión Sanitaria (COPPS) agrupan en dimensiones distintas la Psicología general y la Psicología Clínica. Esto es más sobresaliente si tenemos presente que "difícilmente podemos abstraer la subdisciplina clínica" de la Psicología general, eso era todo lo que dije, y todo lo que quería decir. Hasta quienes hemos insistido más recientemente en la necesidad de separar perfiles profesionales, pode-

mos llegar a reconocer que no es fácil pensar en la labor de un psicólogo sin pensar a la vez en la de un psicólogo clínico. Pero, pese a todo, los resultados de los estudios de opinión muestran que profesores, colegiados y alumnos, al ser preguntados por funciones sanitarias, distinguen entre las de la especialidad y la licenciatura: entre lo que está reconocido por ley como sanitario y lo que no lo está. Esta observación consideré, quizá equivocadamente, que era pertinente hacerla dado el objetivo de los estudios del profesor.

Respecto a la subescala del COPPS sobre la afinidad entre las subdisciplinas psicológicas y médicas, entiendo como justa la distinción del profesor entre conocimientos y opiniones, pero preguntar por subdisciplinas sin la garantía de que los encuestados las conozcan es exponerse a dar por buena cualquier afinidad, incluso las meramente cacofónicas. No era mi intención resultar "insolente" al preguntar por los conocimientos de los encuestados en, pongo por caso, inmunología y psico-neuroinmunología; bastaría con aceptar mi ignorancia en una de ellas para que mi opinión sobre la afinidad entre esas subdisciplinas quede devaluada, en algún sentido. Y así con las demás parejas que se sondearon. ¿Qué permitía establecer lo que Buela-Casal (2006) tíbiamente llama "una considerable afinidad" entre disciplinas? No lo supe y lo pregunté.

Sostuve, sostengo, que los cuestionarios administrados a la población española favorecen la confusión entre la labor del psicólogo y la del psicólogo clínico porque sólo preguntan por la del primero. Completaba el razonamiento recordando que la población lega identifica al psicólogo con el psicólogo clínico, citaba a Fowler y Farberman (1998). No estaba, pues, interpretando, en contra de lo que el admirado profesor afirma, lo que los encuestados pensaban al contestar preguntas tales como "¿el psicólogo está capacitado para tratar los problemas emocionales y mentales que afectan a la salud?" o "¿cree usted que el psicólogo es un profesional que debería estar en todos los hospitales?", no lo interpretaba, decía, lo vinculaba con los estudios previos y el sentido común para sugerir que los encuestados, al no tener la oportunidad de distinguir entre psicólogos, contestaban a las preguntas con la imagen en la cabeza de su mejor ejemplo dentro de la categoría psicólogo: el clínico. Quizá perpetuando así la confusión entre roles profesionales. De este modo hacía notar que era aventurado asumir que la opinión de la población general era que el psicólogo en sus distintas especialidades, la clínica apar-



te, sea considerado (y regulado) como sanitario. Nuestro Colegio, cofinanciador de la investigación, no tardó en utilizar sin reparos esos datos como refuerzo de su argumento anti-LOPS, aludiéndolos en una onerosa publicidad en la prensa nacional. Pero no me desvíó aquí. Cualquier lector crítico puede suponer que “redactar los resultados de los estudios de la manera más descriptiva posible” (Buela-Casal, 2006) no es garantía de pureza metodológica, ni atenúa el conflicto de intereses, ni permite sortear la responsabilidad social del investigador. Por último, es un alivio, entre tanto desacuerdo, poder coincidir con Buela-Casal (2006) en que los estudios de opinión publicados por su equipo no trataban de si la Psicología debe regularse como una profesión sanitaria, que es en definitiva lo que ha originado la gran polémica de los últimos años (González-Blanch y Álvarez, 2004; González-Blanch, 2005). De la relación de la Psicología con la salud a la regulación como profesión sanitaria hay un trecho y como escribe Buela-Casal (2006): “[...] sin duda hay que hacer una lectura muy sesgada para concluir que los trabajos publicados [la serie de estudios de opinión sobre la imagen de la psicología como profesión sanitaria] tratan sobre esto [si deben regularse como profesiones sanitarias]”. Si con mi titular pude dar a entender que los estudios del profesor y sus colaboradores pretendían abordar este asunto, lo rectifico aquí.

Al fin y al cabo, hace no tanto escribí que había que “[...] reconocer el trabajo ya hecho, desde la autocrítica y el mejor ánimo”, y terminaba de un modo que prefiero no recordar...

REFERENCIAS

- Bhopal R.S., Tonks A. (1994). The role of letters in reviewing research. *British Medical Journal*, 308(6944), 1582-3.
- Buela-Casal, G. (2006). Réplica a González-Blanch (2006): ¿Deben regularse hoy como profesiones sanitarias todas las disciplinas relacionadas con la salud? Comentario sobre los estudios del profesor Buela-Casal y colaboradores. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 61-64.
- Fowler, R. y Farberman, R.K. (1998). Psychologists' Work and the Public's Perceptions. A Dichotomy. En AN Wiens (Ed.), *Professional Issues*, Volume 2 de AS Bellack y M Hersen (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychology* (441-448). Oxford: Elsevier Science.
- González-Blanch, C. (2005, 17 febrero). La LOPS, salvaguarda del PIR. *Diario Médico*, pág. 12.
- González-Blanch, C. (2006). ¿Deben regularse hoy como profesiones sanitarias todas las disciplinas relacionadas con la salud? Comentario sobre los estudios del profesor Buela-Casal y colaboradores. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 58-60.
- González-Blanch, C. y Álvarez, M. (2004, 30 diciembre). Psicólogos frente a psicólogos clínicos. *El País*, pág. 30.
- Horton, R. (2002). Postpublication criticism and the shaping of clinical knowledge. *Journal of the American Medical Association*, 287(21), 2843-7.
- International Committee of Medical Journal Editors. (2003). Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Journal of the American Osteopathic Association*, 103(3), 137-49.



RÉPLICA A GONZÁLEZ-BLANCH (2006B): RESPUESTA AL PROFESOR BUELA-CASAL: LA INVESTIGACIÓN ES DE TODOS

REPLY TO GONZÁLEZ-BLANCH (2006B):

REPLY TO PROFESSOR BUELA-CASAL: RESEARCH BELONGS TO EVERYBODY

Gualberto Buela-Casal

Universidad de Granada

En este artículo se da réplica a la respuesta de González-Blanch (2006), publicada en este mismo número. Una vez más este autor tiene dificultades para seguir las normas de publicación de artículos, lo cual dificulta la comprensión del texto. Se demuestra como la mayor parte de las objeciones que plantea se deben a su desconocimiento de varios principios básicos de la investigación en Psicología.

Palabras clave: Estudios de opinión sobre Psicología, Psicología como profesión sanitaria.

The article is a reply to the commentaries of Gonzalez-Blanch published in the present issue. Once again, the author has difficulties with following the scientific publication norms and as a result the text is difficult to understand. The article demonstrates that he raises the objections mainly due to a lack of knowledge of the basic principles of the research in psychology.

Key words: Opinion studies on Psychology, Psychology as a health profession.

Parece necesario comenzar aclarando algo que *a priori* no debería ocupar espacio en una publicación científica y esto es que las normas de publicación son de obligado cumplimiento para cualquier tipo de artículo que se publica en una revista científica. Y un mal ejemplo es el título del artículo de González-Blanch (2006b) que no se corresponde ni con el contenido ni con el artículo que intenta replicar. Por ello, una vez más le aconsejo que estudie los textos que ya se mencionaron en Buela-Casal (2006), pues sigue demostrando que no conoce las normas de publicación.

La reflexión es una necesidad en la investigación y en la redacción de artículos científicos y cuando ésta es escasa o inexistente se escriben cosas que una vez leídas resultan hasta cómicas. Tal es el caso de González-Blanch (2006b) cuando dice que "Es responsabilidad de todos contribuir a cambiar esto" refiriéndose a la conveniencia de que los 45.000 lectores de Papeles del Psicólogo participen enviando críticas a los trabajos publicados. Supongamos que tan sólo uno de cada cien sigue su consejo, eso implicaría que, de cada número publicado, la revista recibiría 450 escritos y teniendo un espacio máximo de una página serían 450 páginas. Por el bien de la revista esperamos que ni uno de cada mil siga su consejo, pues aún así serían 45 páginas por cada número.

Correspondencia: Gualberto Buela-Casal. Universidad de Granada. E-Mail: gbuela@ugr.es

Dice González-Blanch (2006b) refiriéndose a sus observaciones sobre las muestras "...dudar de su representatividad no significa anular la investigación...", efectivamente esto es cierto, pero no por el argumento que cree este autor, es cierto por una simple cuestión de lógica: dudar de su representatividad no implica que no sea representativa una muestra, pues el error puede estar en la "duda", como consideramos que puede ocurrir este caso. Forma parte de la formación básica de la Licenciatura de Psicología saber qué condiciones se deben cumplir para que una muestra sea representativa y, de éstas, una tiene que ver con el tamaño de la población y con el nivel de confianza que se pretenda alcanzar. En cualquier libro básico de Psicología Matemática puede consultarse la fórmula para el cálculo del tamaño de la muestra en función de la población y para cada nivel de confianza; por lo que consideramos que haría bien González-Blanch (2006b) aplicando la fórmula en los estudios cuya metodología critica (Buela-Casal, Bretón-López et al., 2005; Sierra et al., 2005), llegando a la sorprendente y absurda conclusión, si mantiene su argumento, de que una muestra de un millón de españoles no es representativa en cuanto a número de la población de los españoles. En resumen, que en investigación para calcular la representatividad de una muestra se utilizó una fórmula y no meros criterios de opinión como los propuestos por González-Blanch (2006a, 2006b).



Por otra parte, González-Blanch (2006b) dice: "Sigo sin entender que parte del procedimiento (...) no es aplicable a los alumnos de los centros asociados de la UNED". La atenta lectura de algún manual básico de diseños de investigación en Psicología permitirá entenderlo. Este autor parece confundir nuestros estudios entre sí, e incluso con estudios de otros autores pues habla de procedimientos como "consigna dada por el personal docente" que no se sabe a qué se refiere, pues no hemos utilizado nada parecido. Pero insisto, leyendo un manual básico de investigación entenderá, supongo, este autor por qué el procedimiento que se usa en el estudio de Sierra et al., (2005) no es aplicable a los estudiantes de la UNED.

Es importante saber que González-Blanch (2006b) cae en la cuenta de que no es lo mismo preguntar por opiniones que por conocimientos, pero no se debe olvidar que escribió que varios cientos de profesores de Psicología podían no conocer las especialidades de la Psicología, tal como se puede ver en González-Blanch (2006a). Y en cuanto a que se permite establecer una considerable afinidad entre las disciplinas, pues está muy claro si se miran las puntuaciones de los estudios de Buela-Casal, Bretón-López, et al. (2005); Buela-Casal, Gil Roales-Nieto, et al. (2005); Sierra et al. (2005) y no por meras afinidades cacofónicas. Y, por cierto, quizá también se podría interpretar que los miembros de consejo de Coordinación Universitaria, basándose en afinidades cacofónicas, han aprobado que Psicología pase del grupo de las Ciencias de la Salud y Jurídicas al grupo de Ciencias Experimentales y de la Salud, lo cual concuerda con las reflexiones realizadas por Buela-Casal (2005).

Por último, con relación a las interpretaciones que hace González-Blanch (2006b) sobre las respuestas de la muestra de la población general (Buela-Casal, Teva, et al., 2005), ya se explican en Buela-Casal (2006) que no es más que su opinión personal sin ningún otro fundamento que no sea ésta, por tanto no tiene sentido ninguna argumentación.

No quisiera terminar sin resaltar que al menos la réplica de Buela-Casal (2006) ha servido para que González-Blanch (2006b) pudiera recapacitar en algunos de sus "argumentos erróneos, interpretaciones incorrectas y en algunas contradicciones lógicas", lo cual queda patente en varias de sus expresiones: "*lamento este malentendido si lo provoqué...*", "*Esta observación consideré,*

quizá equivocadamente, que era pertinente hacerla...", "*entiendo como justa la distinción del profesor entre conocimientos y opiniones*", "*No era mi intención resultar insolente...*", "*No lo supe y lo pregunté...*", "*Si con mi titular pude dar a entender que la serie de estudios de opinión habla de eso, lo rectifico aquí*". Bueno, pues algo es algo.

REFERENCIAS:

- Buela-Casal, G. (2005). ¿La Psicología es una profesión sanitaria? *Papeles del Psicólogo* (suplemento Infocop), 26, 2-3.
- Buela-Casal, G. (2006). Réplica a González-Blanch (2006): ¿Deben regularse hoy como profesiones sanitarias todas las disciplinas relacionadas con la salud? Comentario sobre estudios del profesor Buela-Casal y colaboradores. *Papeles del Psicólogo*, 27, 61-64.
- Buela-Casal, G., Bretón-López, J., Agudelo, D., Bermúdez, M.P., Sierra, J.C., Teva, I. y Gil Roales-Nieto, J. (2005). Imagen de la Psicología como profesión sanitaria en psicólogos españoles. *Papeles del Psicólogo*, 26, 16-25.
- Buela-Casal, G., Gil Roales-Nieto, J., Sierra, J.C., Bermúdez, M.P., Agudelo, D., Bretón-López, J. y Teva, I. (2005). Imagen de la Psicología como profesión sanitaria en profesores de Medicina y Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 26, 4-15.
- Buela-Casal, G., Teva, I., Sierra, J.C., Bretón-López, J., Agudelo, D., Bermúdez, M.P. y Gil Roales-Nieto, J. (2005). Imagen de la Psicología como profesión sanitaria entre la población general. *Papeles del Psicólogo*, 26, 30-38
- González-Blanch (2006a). ¿Deben regularse como profesiones sanitarias todas las disciplinas relacionadas con la salud? Comentario sobre estudios del profesor Buela-Casal y colaboradores. *Papeles del Psicólogo*, 27, 58-60.
- González-Blanch (2006b). Respuesta al profesor Buela-Casal: la investigación es de todos. *Papeles del Psicólogo*, *Papeles del Psicólogo*, 27, 123-125.
- Sierra, J.C., Bermúdez, M.P., Teva, I., Agudelo, D., Bretón-López, J., Gutiérrez, O., González Cabrera, J., León Jaime, J., Gil Roales-Nieto, J. y Buela-Casal, G. (2005). Imagen de la Psicología como profesión sanitaria entre los estudiantes de Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 26, 24-29.





COLEGIO OFICIAL
DE PSICOLOGOS DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS



Formación a Distancia

El Curso PIR 2006 ofrece los siguientes recursos formativos:

Manual Oposición PIR

Desarrolla en tres volúmenes los contenidos completos y actualizados de las materias incluidas en el examen PIR.

Acceso a la Web

Acceso a una base de datos con más de 8000 preguntas similares a las que se incluyen en el examen de oposición. El alumno dispone de 250 entradas desde el lugar y momento que desee y un acceso ilimitado en la sede del COPPA.

Consultas a los Profesores

A través de correo electrónico con los encargados de cada materia.

Régimen de Tutorías Personalizado

Supervisión y orientación regular a cargo del tutor asignado al alumno.

Ensayo de Exámenes Modelo PIR

Realización de exámenes de 260 preguntas (5h.) On line y en la sede de COPPA.

Documentación

Información completa acerca de la Oposición PIR. Acceso a recursos bibliográfico del COPPA.

Coste del Curso

Colegiados 600 €
No Colegiados 730 €
(2 pagos aplazados)

Más Información en:

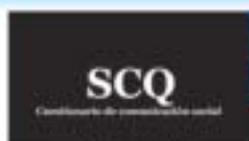
www.cop-asturias.org

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Ildefonso Sánchez del Río 4 - 1º B - 33001 - Oviedo
Tel.: 985 285 778 - Fax: 985 281 374

e-mail: copasturias@cop.es

Novedades



M. Rutter
A. Bailey
C. Lord

AUTISMO

M. Rutter
A. Le Couteur
C. Lord



CUESTIONARIO DE COMUNICACIÓN SOCIAL

- Aplicación individual o colectiva.
- Entre 10 y 15 minutos.
- A partir de 4 años.

Estas dos pruebas están relacionadas ya que el SCQ realiza una evaluación rápida (*screening*) de las capacidades de comunicación y de relación social de niños que pudiesen padecer trastornos del espectro autista (TEA), mientras que el ADI-R es una completa entrevista para el diagnóstico del autismo que permite realizar un análisis más profundo de los síntomas relevantes para el diagnóstico del TEA en relación con otros posibles trastornos como los relacionados con el lenguaje.



ENTREVISTA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL AUTISMO

- Aplicación individual.
- Entre 1 hora y media y 2 horas y media.
- Edad mental: >2 años.



BATERÍA TEA INICIAL

J.E. García, D. Arribas y E.J. Uriel

Evaluación de aspectos intelectuales importantes para la educación primaria (niños de 1º y 2º de Primaria).

TEST DE COMPRENSIÓN DE ESTRUCTURAS GRAMATICALES

E. Mendoza, G. Carballo, J. Muñoz y Mª D. Fresneda

Evaluación de la comprensión de distintas construcciones gramaticales de diferente complejidad. Niños de 4 a 11 años y niños o adultos que presenten trastornos de comprensión del lenguaje, afasia, etc.)



TEA Ediciones, S.A.

MADRID 28036. Fray B. Sahagún, 24 - Tlf. 912 705 000 - madrid@teaediciones.com
 BARCELONA 08028. París, 211 - Tlf. 9332 379 590 - barcelona@teaediciones.com
 BILBAO 48008. Bidebarrieta, 12 - Tlf. 944 163 032 - bilbao@teaediciones.com
 SEVILLA 41005. Avda. San Fco. Javier, 21 - Tlf. 955 550 460 - sevilla@teaediciones.com

DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL

<p>JUNTA DE GOBIERNO Conde de Peñalver, 45-5 28006 Madrid E-mail: secop@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 91 444 90 20 Fax: 91 309 56 15</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE ÁLAVA <i>Creado por Decreto 247/2001 de 23/10/2001</i> Álava C/ Cercas Bajas, 7 - pasadizo - oficina 16- 1ª planta 01001 Vitoria - Gasteiz E-mail: cop.alava@terra.es</p>	<p>Teléf.: 945 23 43 36 Fax: 945 23 44 56</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE GALICIA <i>Creado por Decreto 120/2000 de 19/05/2000</i> La Coruña, Lugo, Orense y Pontevedra Rúa da Espiñeira, 10 bajo 15706 Santiago de Compostela E-mail: copgalicia@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 981 53 40 49 Fax: 981 53 49 83</p>
<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICOLÓGIA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL <i>Creado por Decreto 164/2001 de 03/07/2001</i> Cádiz, Córdoba, Huelva y Sevilla Espinosa y Cárcel, 43-45 Bajo 41005 Sevilla E-mail: cop-ao@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 95 466 30 76 Fax: 95 465 07 06</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE ANDALUCÍA ORIENTAL <i>Creado por Decreto 164/2001 de 03/07/2001</i> Almería, Granada, Jaén y Málaga C/ San Isidro, 23 18005 Granada E-mail: copao@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 958 53 51 48 Fax: 958 26 76 74</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE GIPUZKOA <i>Creado por Decreto 247/2001 de 23/10/2001</i> Guipúzcoa C/ José Arana, 15 bajo 20001 Donostia E-mail: donostia@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 943 27 87 12 Teléf.: 943 32 65 60 Fax: 943 32 65 61</p>
<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE ARAGÓN <i>Creado por Ley 19/2002 de 18/09/2002</i> Huesca Teruel y Zaragoza San Vicente de Paul, 7 Dpldo. 1º Izq. 50001 Zaragoza E-mail: daragon@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 976 20 19 82 Fax: 976 29 45 90</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE BIZKAIA <i>Creado por Decreto 247/2001 de 23/10/2001</i> Vizcaya C/ Rodríguez Arias, 5 - 2ª Planta 48008 Bilbao E-mail: bizkaia@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 944 79 52 70 944 79 52 71 Fax: 944 79 52 72</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MADRID <i>Creado por Decreto 1/2001 de 11/01/2001</i> Madrid Cuesta de San Vicente, 4 - 5º 28008 Madrid E-mail: dmadrid@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 91 541 99 98 91 541 99 99 Fax: 91 547 22 84</p>
<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CANTABRIA <i>Creado por Decreto 44/2003 de 08/05/2003</i> Santander Avda. Reina Victoria, 45-2º 39004 Santander E-mail: dcantabria@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 942 27 34 50 Fax: 942 27 34 50</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CASTILLA-LA MANCHA <i>Creado por Decreto 130/2001 de 02/05/2001</i> Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara y Toledo C/ La Cruz, 12 bajo 02001 Albacete E-mail: dcmancha@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 942 27 34 50 Fax: 942 27 34 50</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MELILLA <i>Creado por Real Decreto 83/2001 de 26/01/2001</i> Melilla Marqués Montemar, 20 Edif. Aries, Portal 3, bajo A 52006 Melilla</p>	<p>Teléf.: 952 67 80 21</p>
<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CASTILLA Y LEÓN <i>Creado por Acuerdo de 20/06/2002</i> Ávila, Burgos, León, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid y Zamora C/ Divina Pastora, 6 - Entreplanta 47004 Valladolid E-mail: dcleon@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 967 21 98 02 Fax: 967 52 44 56</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CATALUNYA <i>Creado por Orden 26/06/1985</i> Barcelona, Gerona, Lerida y Tarragona Gran Via de les Corts Catalanes, 751A, 2n 1a 08013 Barcelona E-mail: copc.b@copc.es</p>	<p>Teléf.: 932 47 86 50 Fax: 932 47 86 54</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE NAVARRA <i>Creado por Decreto Foral 30/2001 de 19/02/2001</i> Navarra Monasterio de Yarte, 2 - Bajo Trasera 31011 Pamplona E-mail: dnavarra@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 948 17 51 33 Fax: 948 17 53 48</p>
<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CEUTA <i>Creado por Real Decreto 82/2001 de 26/01/2001</i> Ceuta C/ Queipo de Llano, 6. (Esquina Jaudenes) 51001 Ceuta E-mail: copceuta@yahoo.es</p>	<p>Teléf.: 956 51 20 12 Fax: 956 51 20 12</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LAS PALMAS <i>Creado por Resolución 290 de 19/02/2001</i> Las Palmas de Gran Canaria Carvajal, 12 bajo 35004 Las Palmas de Gran Canaria E-mail: dpalmas@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 942 27 34 50 Fax: 942 27 34 50</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS <i>Creado por Decreto 66/2001 de 12/07/2001</i> Asturias Ildefonso Sánchez del Río, 4 - 1ºB 33001 Oviedo E-mail: dasturias@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 928 24 96 13 Fax: 928 29 09 04</p>
<p>COLLEGI OFICIAL DE PSICÒLEGS DE LA COMUNITAT VALENCIANA <i>Creado por Ley 13/2003 de 10/04/2003</i> Alicante, Castellón y Valencia Carrer Compte D'Olocau, 1 46003 Valencia E-mail: copcv@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 96 392 25 95 Fax: 96 315 52 30</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LA REGIÓN DE MURCIA <i>Creado por Decreto 3/2001 de 19/01/2001</i> Murcia C/ Antonio de Ulloa, 8 bajo Ed. Nevela Blq.1 30007 Murcia- En la Flota E-mail: dmurcia@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 983 21 03 29 Fax: 983 21 03 21</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LA RIOJA <i>Creado por Decreto 65/2002 de 20/12/2002</i> La Rioja Ruavieja, 67-69, 3º Dcha. 26001 Logroño E-mail: droija@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 968 24 88 16 Fax: 968 24 47 88</p>
<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE SANTA CRUZ DE TENERIFE <i>Creado por Resolución 02/04/2001</i> Tenerife Callao de Lima, 62 38002 Sta. Cruz de Tenerife E-mail: cop@coptenerife.org</p>	<p>Teléf.: 922 28 90 60 Fax: 922 29 04 45</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE EXTREMADURA <i>Creado por Decreto 165/2004 de 03/11/2004</i> Badajoz y Cáceres C/ Almonaster la Real, 1-1ºD 06800 Mérida (Badajoz) E-mail: dextremadu@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 924 31 76 60 Fax: 924 31 20 15</p>	<p>COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LA REGIÓN DE MURCIA <i>Creado por Decreto 3/2001 de 19/01/2001</i> Murcia C/ Antonio de Ulloa, 8 bajo Ed. Nevela Blq.1 30007 Murcia- En la Flota E-mail: dmurcia@correo.cop.es</p>	<p>Teléf.: 968 24 88 16 Fax: 968 24 47 88</p>

una sociedad mejor está en tus manos

Masters y Postgrados en Acción Social

- **Mediación familiar**
- **Resolución de conflictos**
- **Gestión de residencias y servicios para personas mayores**
- **Animación estimulativa:** técnicas de intervención con personas mayores, discapacitadas y salud mental
- **Acción social e integral con personas de origen inmigrante**
- **Intervención socioeducativa** con niños, adolescentes y jóvenes en riesgo o conflicto social
- **Violencia doméstica:** análisis y abordaje desde la intervención multidisciplinaria
- **Experto/a en Inserción laboral**
- **Formación de asesores personales** (especialistas en *counselling*)
- **Dirección y gestión de organizaciones no lucrativas** y de economía social
- **Teatro social**

Consultar programa detallado y sesiones informativas
www.peretarres.org/eutses

Modalidades de formación:
presencial o a distancia
(consultar según master o postgrado)

 **FUNDACIÓN PERE TARRÉS**
Escuelas Universitarias de
Trabajo Social y Educación Social

c. Santaló, 37. 08021 Barcelona
Tel.: 902 410 000. sio@peretarres.org

Universidad Ramon Llull
Ser y Saber



Normas de Publicación

Papeles del Psicólogo

1 La revista Papeles del Psicólogo publica trabajos referidos al campo profesional de la psicología, principalmente en su vertiente aplicada y profesional.

2 Los trabajos habrán de ser inéditos y los derechos de reproducción por cualquier forma y medio son de la Revista.

3 La preparación de los originales ha de atenerse a las normas de publicación de la APA (Manual de publicación de la APA, quinta edición, 2001). Algunos de los requisitos básicos son:

Las citas bibliográficas en el texto se harán con el apellido y año, entre paréntesis y separados por una coma. Si el nombre del autor forma parte de la narración se pone entre paréntesis sólo el año. Si se trata de dos autores se citan ambos. Cuando el trabajo tiene más de dos y menos de seis autores, se citan todos la primera vez; en las siguientes citas se pone sólo el nombre del primero seguido de “et al” y el año. Cuando haya varias citas en el mismo paréntesis se adopta el orden cronológico. Para identificar trabajos del mismo autor, o autores, de la misma fecha, se añade al año las letras a, b, c, hasta donde sea necesario, repitiendo el año.

Las referencias bibliográficas irán alfabéticamente ordenadas al final siguiendo los siguientes criterios:

- a) Para libros: Autor (apellido, coma e iniciales de nombre y punto. En caso de varios autores, se separan con coma y antes del último con una “y”), año (entre paréntesis) y punto; título completo en cursiva y punto. En el caso de que se haya manejado un libro traducido con posterioridad a la publicación original, se añade entre paréntesis “Orig”. y el año.
- b) Para capítulos de libros colectivos: Autor (es); año; título del trabajo

que se cita y, a continuación, introducido por “En” las iniciales del nombre y apellidos del director (es), editor compilador(es), el título del libro en cursiva y, entre paréntesis, la paginación del capítulo citado; la ciudad y la editorial.

c) Para revistas: Autor: título del artículo; nombre de la revista completo en cursiva; volumen en cursiva, número entre paréntesis y página inicial y final.

4 Los trabajos tendrán una extensión máxima predeterminada (que incluirá las referencias bibliográficas, gráficas y cuadros) según la Sección a la que vaya dirigido y estipulada en páginas tamaño DIN-A4 con 40 líneas con tipo de letra Times New Roman cuerpo 12 con interlineado normal por una cara con márgenes de 3 cms y numeración en la parte superior derecha.

La primera página debe contener: título en castellano e inglés. Nombre, apellidos, profesión y lugar de trabajo de cada autor. Nombre y dirección del autor al que dirigir la correspondencia. Teléfono, Fax, Correo electrónico de contacto. La segunda página ha de incluir un resumen de no más de 150 palabras en castellano e inglés.

Papeles del Psicólogo acusará recibo inmediato de todo artículo recibido. Los originales no serán devueltos ni se mantendrá correspondencia sobre los mismos. En un plazo máximo de 90 días se contestará acerca de la aceptación o no para su publicación.

Todos los documentos que publique Papeles del Psicólogo serán previamente evaluados de forma anónima por expertos, para garantizar la calidad científica y el rigor de los mismos, así como su interés práctico para los lectores. Podrán no ser evaluados aquellos trabajos

empíricos y de corte experimental, más apropiados para las revistas especializadas; manuscritos cuyo estilo de redacción fuese también muy especializado y que no se ajustase al amplio espectro de los lectores de Papeles del Psicólogo; originales que abordasen cuestiones que hubieran sido ya recientemente tratadas y que no ofrecieran contribuciones relevantes a lo publicado; o trabajos cuya redacción no estuviera a la altura de la calidad exigible.

Los originales se enviarán preferentemente en un fichero por correo electrónico ó en un disquette indicando el procesador de texto utilizado y una copia impresa del trabajo. Deberán enviarse al Director de Papeles del Psicólogo. Colegio Oficial de Psicólogos. C/ Conde de Peñalver, 45-5º. 28006 Madrid. España, papeles@correo.cop.es.

Los trabajos sometidos a revisión para Papeles del Psicólogo podrán abordar cualquiera de las siguientes cuestiones:

- ✓ Implicaciones prácticas de investigaciones empíricas (investigación + ejercicio profesional); implementación de cuestiones generalmente ignoradas por los investigadores.
- ✓ Investigación y desarrollo; desarrollo e innovaciones (I+D+I) (soluciones prácticas novedosas o de elección en áreas específicas); evaluaciones (análisis y crítica de tendencias emergentes, desde la perspectiva de su aplicación práctica).
- ✓ Revisiones, estados de la cuestión, actualizaciones y meta-análisis de temáticas de la Psicología aplicada.
- ✓ Contraste de opiniones, debates, políticas profesionales y cartas al editor (Forum).

Por otra parte, el Comité Editorial podrá encargar trabajos específicos a autores reconocidos o proponer números especiales monográficos.