

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.