

# **Fundamentos y aplicaciones clínicas de FACT**

**Una intervención para abordar  
el sufrimiento humano a través  
de las terapias contextuales**

Juan José Macías Morón  
Luis Valero Aguayo

**JUAN JOSÉ MACÍAS MORÓN**

PROFESOR EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SAN ANTONIO DE MURCIA

**LUIS VALERO AGUAYO**

CATEDRÁTICO DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

# **Fundamentos y aplicaciones clínicas de FACT**

**Una intervención para abordar el  
sufrimiento humano a través de  
las terapias contextuales**

EDICIONES PIRÁMIDE

*A mi familia y a mi abuelo Juan.  
A mis amigos, clientes y alumnos.  
A todos los que se encontraron  
en algún punto de sus vidas con la mía.*

*A Loly, Gabriel y Germán,  
los tres pilares de mi vida.*

# Índice

## **Preludio**

## **Prólogo. Innovando terapias ya innovadoras**

### **1. El malestar psicológico**

### **2. El sufrimiento humano**

1. El sufrimiento humano y el dolor como producto inevitable de vivir
2. La hiperreflexividad o rumia como condición psicopatológica

### **3. Más allá del síntoma y del DSM**

1. La clasificación sindrómica y el concepto de «normalidad»
2. Desarticulando al DSM
3. Falsas creencias del modelo biomédico

### **4. Una vacuna para el sufrimiento**

1. Una dimensión funcional de la psicopatología como alternativa
2. La evitación experiencial como alternativa funcional
3. La evitación experiencial y el sufrimiento humano
4. La inflexibilidad psicológica y la evitación experiencial

### **5. El contextualismo funcional**

1. Antecedentes del contextualismo funcional
2. Análisis del comportamiento (AC)
3. Análisis experimental del comportamiento (AEC)
4. El análisis funcional del comportamiento (AFC)

### **6. La Teoría de los Marcos Relacionales**

1. La teoría de los marcos relacionales en el contexto clínico
2. La derivación de funciones y la generalización a estímulos arbitrarios (ejemplo del caso del pequeño Albert)
3. Conceptos básicos de la RFT y sus aplicaciones clínicas
  - 3.1. Seguimiento de instrucciones e insensibilidad a las contingencias
  - 3.2. Inflexibilidad psicológica o regulación verbal ineficaz
  - 3.3. Reglas motivacionales
4. Marco jerárquico con el deíctico «yo»
5. Formas de utilizar las reglas verbales en la RFT
6. El lenguaje y la derivación de funciones en la práctica clínica
7. El uso de metáforas en la RFT
8. Flexibilidad a la hora de aplicar la RFT

## **7. La Terapia de Aceptación y Compromiso**

1. La terapia de aceptación y compromiso (ACT)
2. ACT como propuesta para abordar el sufrimiento humano
3. Más allá de la etiqueta diagnóstica
4. Principios esenciales de ACT
5. procesos centrales de ACT a través del *hexaflex*
6. Evidencia de ACT
7. Limitaciones del *hexaflex* y su medición

## **8. La Psicoterapia Analítica Funcional**

1. La psicoterapia analítica funcional (FAP)
2. Capturar la variabilidad individual: somos la suma de nuestros acontecimientos
3. Las conductas clínicamente relevantes
4. Relaciones entre eventos privados
5. La relación terapéutica como mecanismo de cambio en FAP
6. Reglas terapéuticas en FAP
7. Importancia de la historia personal y los problemas del «yo»
8. Usando la conciencia, coraje, amor y conductismo para promover el cambio
9. Eficacia de fap en diferentes contextos y condiciones clínicas

- 9.1.FAP: un modelo transcultural
- 9.2.Aplicación de FAP en diferentes contextos y condiciones clínicas
- 9.3.Integración de FAP con otras terapias

## **9. ACT en breves períodos de tiempo**

- 1. Características de la terapia focalizada de aceptación y compromiso
- 2. Resultados positivos en breves períodos de tiempo: menos es más
- 3. Eficacia de las terapias breves

## **10. La integración de ACT y FAP**

- 1. Raíces históricas de la integración de ACT y FAP: FACT
- 2. Características de FACT
- 3. Estudios previos sobre FACT
- 4. Recomendaciones para la integración de ACT y FAP

## **11. Características de FACT**

- 1. Guía previa para la intervención con FACT
- 2. Procesos más importantes incorporados en FACT
  - 2.1.El dolor como condición inherente al ser humano
  - 2.2.Conectando el sufrimiento con un camino valioso en la primera sesión
  - 2.3.La validación de la experiencia del cliente
  - 2.4.Estableciendo el contexto y marco terapéutico
- 3. Procesos incorporados desde ACT
  - 3.1.Derivación de funciones: conectando el sufrimiento con una vida valiosa
  - 3.2.Los valores en el contexto terapéutico
  - 3.3.Clarificación de valores
  - 3.4.Control de los eventos privados como problema
  - 3.5.Toma de perspectiva y defusión
- 4. Procesos incorporados desde FAP
  - 4.1.Establecer una relación terapéutica intensa
  - 4.2.El moldeamiento como mecanismo de cambio
  - 4.3.La generalización funcional dentro y fuera de la consulta

5. Resistencia al cambio
6. Recaídas

## **12. Una terapia basada en los procesos de cambio**

1. La importancia del *rationale* como filosofía de ciencia
2. Terapia basada en los procesos de cambio
3. FACT: un ejemplo de terapia basada en procesos
4. El análisis funcional individual como proceso central
5. Problemas del eclecticismo y su solución

## **13. Una terapia basada en las relaciones íntimas**

1. La consulta como espacio sagrado
2. Antecedentes históricos de la relación terapéutica
3. La relación terapéutica desde las terapias contextuales

## **14. Una terapia basada en las relaciones humanas**

1. Somos seres sociales por naturaleza
2. La intimidad emocional como un proceso clave
3. Elementos que promueven la intimidad terapéutica
4. Más allá de los límites de la terapia

## **15. Casos clínicos con diálogos reales**

1. Caso Ismael: fisicalización en dolor crónico
2. Caso Sonia: historial de abuso y miedo al compromiso
3. Caso María: dependencia emocional y temor a la soledad
4. Caso Jesús y Jaime: estrés laboral y problemas de conducta
5. Caso Helena: trastorno de pánico con agorafobia, fobia específica, toc, ansiedad generalizada e hipocondría
6. Caso Amanda: pereza e inacción hacia valores
7. Caso Sofía: problemas de autoestima
8. Caso María: rol de enfermo
9. Recomendaciones prácticas para el trabajo del psicoterapeuta

## **16. El proceso terapéutico en primera persona**

1. ¿Cómo fue la relación con tu psicólogo y qué te ha marcado más?
2. ¿Qué fue para ti lo más útil durante tu proceso en terapia?
3. ¿Qué sigues teniendo hoy día presente de la terapia y qué crees que ha hecho posible el cambio?
4. ¿Cómo de diferente te ves después de la terapia?
5. Datos que indican que el psicólogo no es un superhéroe

## **17. Hacia el futuro de la psicoterapia**

1. Algunas contradicciones salvables de las terapias contextuales
2. Hacia otros mecanismos de cambio terapéutico

## **Epílogo**

## **Referencias bibliográficas**

## **Créditos**



## Preludio



*La escuela de Atenas*, pintura de Rafael Sanzio entre 1509 y 1512, en el Museo del Vaticano.

*La escuela de Atenas*, de Rafael Sanzio, como portada inaugura, como paisaje y trasfondo representativo, el concepto ilustrativo que guía este libro. Esta escenografía encarna lo que se considera el alfa a la hora de iniciar no solo la primera sesión, sino cualquier tipo de interacción humana. Hablamos de la relación terapéutica que se establece con el cliente, regida por los principios de aprendizaje, como mecanismo de cambio en las mejorías clínicas, así como en otros contextos de interacción social. Este encuentro pictórico de la portada surge como antecedente para exponer la temática del libro, donde se reproduce una escena por algunos de los pensadores cuyas rúbricas han dejado su impronta y huellas dactilares en el lienzo de nuestra

civilización a lo largo de la historia.

Presidiendo la composición, Platón y Aristóteles intercambian impresiones manteniendo un diálogo (quizá socrático), donde sus ideas esbozadas han sido las más influyentes de Occidente durante siglos. De manera metafórica, se toma prestada esta obra, sin ánimo pretencioso o megalómano, pero sí artístico, para ilustrar la conexión entre dos mundos: el idealismo platónico, que se enmarca en la teoría/fundamentación filosófica o el *rationale* de la intervención diseñada para este libro, junto con el pragmatismo aristotélico, más arraigado a las evidencias empíricas, la replicación, experimentación, de la práctica clínica. La reivindicación de plasmar en esta estructura didáctica la importancia de conciliar ambos mundos, la relevancia de la filosofía en el legado de la psicología, extendida por los grandes pensadores que aparecen en el acto. Su interacción escénica resalta la importancia del vínculo humano y de las relaciones sociales. Y para finalizar esta interpretación, la relación terapéutica que surge de manera espontánea procede de una simbiosis platónica, empírica y artística. Ilustrado con otras palabras, tenemos la suficiente evidencia desde hace décadas sobre ciertas habilidades que el terapeuta puede realizar para aumentar la probabilidad de producir un vínculo más sólido, no obstante, y debido a la inmensa variabilidad que posee el ser humano, su adaptación y ensamblaje, supone una obra artística ideográfica para capturar la idiosincrasia de cada ser vivo. El terapeuta con conocimiento de las leyes de aprendizaje, cautela, filosofía y «mucho arte», tendrá que ser un todo más allá de la suma de las partes, para involucrarse en primera persona con la narración del cliente, sin perder la brújula o la perspectiva que le permita la suficiente distancia como para ser contingente y terapéuticamente eficaz con su modelo de conducta dispensando refuerzo. El trabajo del terapeuta es un oficio de artesano, aunque la labor sea sistemática al comprender las leyes que gobiernan la conducta humana. Esto otorga control y deja poco al azar. La creatividad sirve a este oficio para capturar la variabilidad individual alejado de la mística; son conductas específicas que el terapeuta hace.

El número de aproximaciones terapéuticas para abordar el sufrimiento humano continúa creciendo desde hace algunos años y la sociedad se encuentra cada vez más medicalizada y anestesiada, aferrándose a soluciones

hedónicas que solo funcionan a corto plazo. Asimismo, el malestar psicológico sigue siendo prevalente y las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud permanecen siendo alarmantes desde hace décadas, aunque el dolor psicológico exista desde que lo hace la especie humana. Este libro ofrece una intervención integral para entender y abordar el sufrimiento humano desde un prisma humano a la vez que científico. Asimismo, establece un puente entre aproximaciones con principios comunes que rigen al ser humano para abordar el malestar psicológico en su contexto de manera absoluta. Del mismo modo, supone un punto de partida para la creación de modelos psicológicos que integren procesos comunes basados en la evidencia para mejorar la calidad de vida de las personas, que es el propósito principal de la ciencia.

El lector interesado en la psicoterapia podrá descubrir y aprender a lo largo de este libro las bases sobre las dos terapias más representativas de tercera generación basadas en el contextualismo funcional: la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Ambos modelos comparten los mecanismos que subyacen al cambio y convergen esfuerzos en un enfoque unificado denominado FACT (*Functional-Analytic Acceptance and Commitment Therapy*). A través de la experiencia clínica, diferentes investigaciones y revisiones, este híbrido se ha erigido como un sistema eficaz para mejorar la calidad de vida del ser humano, con una concepción particular en diferentes contextos y condiciones clínicas. Esta simbiosis se postula como una alternativa breve y eficaz para implantarse en la sociedad en diferentes contextos y circunstancias, siendo una modalidad útil basada en la evidencia empírica y los mecanismos y procesos de cambio que regulan el comportamiento.

Como eje central de las mejorías clínicas, se detallan las claves para ofrecer una relación terapéutica exitosa, con diálogos de casos reales, pasos a seguir en la terapia y un capítulo especial dedicado a las personas que cuentan en primera persona cómo fue su proceso terapéutico. De este modo, el libro aúna los fundamentos teóricos que sustenta la terapia, aplicaciones prácticas con diálogos reales entre el terapeuta y el cliente, y la experiencia de ambos a lo largo de las sesiones. Esta intimidad emocional que se establece con el cliente sirve como nexo entre teoría-práctica, concibiendo el espacio

terapéutico arraigado al origen existencial del sufrimiento humano (problemas, pérdidas, rupturas, miedos, ansiedades), despsicopatologizando los problemas de la vida cotidiana y ofreciendo un contexto de aceptación para lo que no se puede cambiar y un compromiso por lo que sí se puede. Con lo que el problema no es el problema, sino la solución que se intentar dar al problema, lo que lo convierte en problema. Finalmente, esta filosofía o modelo de intervención permite entender y abordar el dolor humano vinculado a una perspectiva completa, con una mirada ideográfica en comprender al ser humano a través del énfasis en el análisis funcional sesión a sesión, el trabajo por el compromiso con un horizonte cargado de sentido trascendental, el distanciamiento o toma de perspectiva con los eventos privados (pensamientos, emociones, sensaciones, sentimientos), el moldeamiento en directo en la sesión clínica y generalización funcional a otros contextos, entre otros procesos básicos. Desde esta aproximación contextual-funcional, como se plantea en el tramo final del libro, se entienden las técnicas como un vehículo para el cambio, adscritas al servicio de los procesos funcionales esenciales detallados en un marco teórico de referencia, permitiendo comprender y ayudar al ser humano de forma absoluta a través de cambios instaurados en la vida de las personas y que perduren en el tiempo.

## Prólogo. Innovando terapias ya innovadoras

Las llamadas terapias de tercera generación o terapias contextuales, como mejor se identifican, suponen probablemente la mayor innovación en el campo de las terapias psicológicas en los últimos treinta años. Como es sabido, esta nueva ola o nueva generación de terapias incluye una variedad de ellas como la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP por sus siglas en inglés), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT por sus siglas en inglés), la Terapia Conductual Dialéctica, la Terapia Integrativa de Pareja, la Terapia Cognitiva con Base en *Mindfulness* y la Activación Conductual, entre otras, que también se suelen acoger al mismo paraguas. Aunque todas ellas pertenecen a la misma tradición de la terapia de conducta, tienen diferentes compromisos con el análisis funcional y raíces más o menos profundas en la investigación del lenguaje o para el caso conducta verbal en la línea skinneriana. La mayor innovación de esta generación de terapias, su aspecto más genuino, viene dado por la investigación de la conducta verbal llevada a su uso clínico, así como por la introducción de los conceptos de aceptación, clarificación de valores, compromiso, conducta clínicamente relevante, evitación experiencial, inflexibilidad psicológica y yo-como-contexto, entre otros.

Pues bien, las dos terapias más genuinamente contextuales de las que derivan los conceptos citados son la FAP y la ACT. Ambas surgieron en la misma época, aunque en distintos sitios de Estados Unidos, sobre problemáticas diferentes, con sus particulares autores de referencia, pero bajo el mismo patronazgo de Skinner, sea con la bandera del conductismo radical (FAP) o la bandera del contextualismo funcional (ACT). Aun siendo primas hermanas, más hermanas entre sí que primas segundas, que serían en relación con las otras terapias y estas entre sí, la FAP y la ACT llevan vidas paralelas. Su posible integración ya fue planteada en 2004, acuñándose entonces las siglas FACT (FAP + ACT): *Terapia Funcional-Analítica de Aceptación y*

*Compromiso.*

Sin embargo, la integración más sistemática y elaborada de lo que sería una terapia FACT híbrida entre ambas es el presente libro de Juanjo Macías y Luis Valero, *Fundamentos y aplicaciones clínicas de FACT. Una intervención para abordar el sufrimiento humano*. Como anuncia el título, se trata de un libro fundamentado y aplicado, que parte de una filosofía del sufrimiento humano y del funcionamiento psicológico.

La filosofía que los autores hacen explícita en la primera parte del libro es destacable por dos razones. Para empezar, por hacer explícita la filosofía del libro, la racionalidad o *rationale* que preside su razón de ser. De no hacer explícita su filosofía, esta sería implícita y así —como suele ocurrir— estaría probablemente cargada de asunciones oscuras, pues es inevitable alguna filosofía. La omisión, ignorancia o rechazo de la filosofía en nombre, por ejemplo, de que uno se atiene a los hechos, a los datos o a la propia experiencia, no dejan de implicar una filosofía, a menudo confusa y nunca inocua. Con todo, lo importante no es tener una filosofía, sino qué filosofía tener.

Aquí entra la segunda razón, que no es otra que la filosofía concreta del libro: una filosofía del sufrimiento humano y del funcionamiento psicológico. Partir del sufrimiento como una condición inherente al ser humano, con el que uno se va a tropezar por bien que le vaya en la vida, no es poca declaración de entrada en tiempos positivos como se supone que son los nuestros. Y además sin prometer técnicas *haplológicas* para ser feliz o algo así. Pero la cuestión en la que incide el libro es que el sufrimiento y en particular el sufrimiento que está implicado en los trastornos psicológicos está ligado al lenguaje.

El lenguaje como muestran estas terapias conlleva la paradoja de poder enredarnos en bucles y situaciones de sufrimiento que ni siquiera percibimos cómo han surgido. Pero el lenguaje permite a su vez el desenredamiento patógeno, como de hecho tratan de hacer estas terapias con conocimiento de causa. Dentro de esta filosofía explícita que liga el sufrimiento con el funcionamiento psicológico a través del lenguaje importa destacar que este enfoque va más allá del modelo biomédico y los sistemas diagnósticos al uso. Los problemas no derivarían de averías internas en supuestos mecanismos mentales o neurocognitivos. Los problemas derivan del propio funcionamiento

psicológico dados ciertos contextos culturales y circunstancias personales. Se refiere entonces a un sufrimiento que trastorna nuestra vida, más allá de los sufrimientos inherentes a la vida con los que habría que contar.

La segunda parte del libro, dedicada a los fundamentos científicos de las terapias contextuales, expone precisamente el funcionamiento psicológico y cómo puede devenir en problemas para los individuos, pero también en soluciones de acuerdo con estas terapias. Como si dijéramos que donde está el mal está también el remedio. El libro tiene pues una filosofía y unos fundamentos claros y distintos: claros por la claridad expositiva y clarividencia de sus autores, no en vano reconocidos expertos en las terapias contextuales y distintos por la diferente concepción de los problemas psicológicos y su abordaje que estas terapias suponen.

Dentro de las novedades y aportaciones que ya suponen la FAP y la ACT por sí mismas, importa destacar su combinación como FACT. Así, cada una de las terapias sirve de contexto para la otra. Mientras que la FAP ofrece el contexto de la relación terapéutica, la ACT ofrece el contexto del funcionamiento psicológico que se pone en juego en la relación terapéutica, siendo que ambas trabajan en vivo y en directo. No son terapias de hablar de los problemas que uno tiene para luego enfrentarlos donde y cuando ocurran. Son terapias que toman la conducta misma dada en la relación terapéutica como conducta clínicamente relevante y llevan a cabo ejercicios experienciales a fin, por ejemplo, de comprender las trampas del lenguaje y de tomar autodistanciamiento de los propios sentimientos y pensamientos que están impidiendo a uno abrirse a la vida. Es aquí donde entran a funcionar la relación terapéutica, la aceptación de lo que no se puede cambiar y el compromiso de cambiar lo que se puede y conviene cambiar según una jerarquía de valores.

Nadie se confunda con la aceptación. Aceptación en estas terapias, no estará de más recordarlo, no implica resignación, resistencia, pasividad o algo así que sugiera no cambio. La aceptación es una forma de cambio; de hecho, un cambio radical, al cambiar el contexto en el que se tienen los problemas, pasando de luchar en vano contra las experiencias a la apertura de la experiencia. No es lo mismo tener experiencias que quizá uno preferiría no tener, que estar tenido por ellas tratando de quitarlas sin conseguirlo, con lo

que se tendría un problema añadido. Este problema añadido debido a la evitación experiencial y la inflexibilidad es lo que convierte un problema normal de la vida (ciertas experiencias disconfortantes) en un problema psicológico. La aceptación se complementa con el compromiso de ponerse en camino y dar sentido a la vida (dirección y significado) más allá de las propias experiencias si fuera el caso. Todo esto que destaco y más, se muestra y demuestra en la parte tres (aplicaciones) y en la parte cuatro (casos clínicos).

Se trata, pues, de un libro fundamentado y aplicado, con fundamentos claros y distintos, y aplicaciones en toda una variedad de problemas clínicos y en otros ámbitos como los autores ya han hecho por ejemplo en entornos laborales. La parte cinco (hacia el futuro de la psicoterapia) plantea asuntos pendientes de estas terapias, así como sus conexiones con otras terapias tomando como referencia el eje de toda terapia, que es la relación terapéutica, una particular relación humana, quizá como ninguna otra en la vida del consultante, al menos como la brinda la FACT. Por lo que respecta a quienes estén leyendo esto, se puede anticipar que encontrarán un libro documentado, donde está comprobado lo que dice y además se lee bien. El libro mismo es un buen híbrido de saber científico y saber hacer clínico, escrito con claridad y honestidad intelectual.

En definitiva, estamos en presencia de un libro que supone una innovación de terapias que ya eran innovadoras.

MARINO PÉREZ ÁLVAREZ  
Catedrático de Técnicas de Intervención  
y Tratamiento de la Universidad de Oviedo



# 1

## El malestar psicológico

«Es difícil encontrar la felicidad en uno mismo, pero es imposible encontrarla en otro lugar.»

SCHOPENHAUER (1859)

Este primer capítulo inaugural ofrece algunos datos actualizados sobre la prevalencia del malestar psicológico a nivel mundial y nacional. No solo resalta la importancia de ofrecer soluciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida, sino que destaca que el dolor es un producto del vivir y contextualiza las intervenciones psicológicas en un caldo de cultivo que en determinadas ocasiones hace difícil vivir. A pesar de las previsiones alarmantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), el sufrimiento psicológico ha existido desde que los seres vivos habitan el planeta, por lo que el diseño de esta cultura y sociedad vendría a ser un reflejo de los problemas psicológicos. El antídoto se encontraría en la misma raíz de ese dolor, que se irá ofreciendo y mostrando en los siguientes apartados al lector.

Las evidencias y hallazgos más recientes de la OMS indican que los problemas psicológicos afectan a casi la mitad de la población mundial. Esta prevalencia de malestar psicológico es una de las causas de incapacidad advertidas por esta organización (2011), en la que «la depresión» en 2030 será la primera causa de discapacidad, y además esa prevalencia está aumentando también por el aumento demográfico (Richter et al., 2019).

Las estimaciones de prevalencia de por vida de cualquier trastorno DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases*, versión V) evaluado mediante la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) es de 18,1 %-36,1 % (Hilton et al., 2008). Y la evidencia en todo el mundo sugiere que la angustia psicológica clínicamente relevante la experimenta entre el 19 % y el

30 % de la población general en los últimos doce meses. El riesgo de malestar psicológico aparece en todas las esferas de la vida, que suponen también una gran carga para la economía mundial, contribuyendo a pérdidas en la productividad.

Con respecto al panorama español, casi un 20 % de las personas residentes en España ha presentado algún trastorno mental según los criterios del DSM-IV, y un 8,4 % lo hizo en el último año (Cardila et al., 2015). El panorama no es tampoco muy optimista con respecto a los más jóvenes, donde se alcanzan índices del 83 % de estudiantes con malestar moderado o severo (Rosenthal y Wilson, 2008).

Estas cifras de prevalencia en problemas psicológicos suponen un coste a nivel europeo estimado en 118 billones de euros y un gasto anual de 5.005 millones en el caso de España. Las enfermedades relacionadas con el estrés forman parte de las consultas con mayor demanda en atención primaria y también se asocian con una disminución de la calidad de vida personal, aumento de la medicalización y el uso masivo de estrategias ineficaces para mejorar la salud, como el alcohol, las drogas y otro tipo de adicciones que consiguen anestesiar de manera momentánea el tedio de vivir.

La repercusión según estos datos sobre la prevalencia estadística en la salud mental es relevante para el conocimiento público y global, con el propósito de poder tomar medidas, favorecer una conciencia global sobre esta situación y poder revertir las consecuencias y repercusiones en los diferentes contextos en los que se produce. Es un problema público y los gastos económicos mundiales afectan directamente a la calidad de vida de la sociedad e indirectamente a cada familia, ciudad y país. Parece ser que los tratamientos habituales no están obteniendo resultados pragmáticos a largo plazo para estas cuestiones y demandas del día a día (Spleen et al., 2014), y los programas de prevención e intervención en entornos clave para prevenir futuras problemáticas como las escuelas no parecen tan efectivos (Feiss et al., 2019). El incremento y prevalencia cada año de estos problemas de salud apuntan en otra dirección a la hora de abordar y entender el sufrimiento humano. Del mismo modo, el reconocimiento de estos datos ha conducido a un creciente interés en utilizar diferentes entornos para promover y prevenir comportamientos saludables en la población.

Estos datos, sin ánimo de alarmar y entrando en el mismo sistema diagnóstico del que se pretende salir, suponen el contexto para los siguientes capítulos, que esbozarán una solución a una problemática existente. Pero desde la filosofía de intervención propuesta que planteamos aquí, el malestar psicológico vendría a ser parte de la vida, sin posibilidad de escapar del dolor, aunque sí del sufrimiento, aprendiendo estrategias efectivas que permitan vivir una vida digna aun con dolor. Por lo que la psicoterapia se entiende como una oportunidad para ofrecer posibilidades o alternativas, hasta el momento no contempladas, suponiendo un «rito de paso» de una fase de la vida a otra (Pérez-Álvarez, 2019), donde el conjunto de hábitos se queda obsoleto para continuar en un horizonte vital con sentido. Junto a esto, existen diferencias individuales en lo que respecta al manejo del dolor psicológico, en las que las personas que presencian el mismo estímulo (ruptura, pérdida, catástrofe ambiental), hacen que este se convierta para algunos en algo traumático, pero para otros no. Estas diferencias individuales se encuentran en la historia, personal e intransferible, donde cada ser vivo se relaciona con las experiencias vitales con el bagaje que posee, basándose en las interacciones que va viviendo.

Tratando de ofrecerle un espacio al malestar vinculado a la aceptación, sabemos también que los niveles moderados de tensión a veces pueden ser beneficiosos. Por ejemplo, sentirse ligeramente estresado puede ayudar a realizar un buen trabajo, aumentar la concentración y dejar a un lado las demás tareas que las personas tienen que afrontar. Además, si se normaliza el estrés que el cuerpo está sintiendo, como una respuesta evolutiva natural (*fight or fly*) que nos permite afrontar las demandas del medio, el estrés deja de ser nocivo, como demostraron diferentes investigaciones de Harvard (Jamieson et al., 2012). Por ejemplo: «Estoy notando el estrés de mi cuerpo, es normal estar nervioso, debido a que me importa este examen, voy a permitirlo y a seguir estudiando». Al mismo tiempo, los eventos vistos como un desafío también tienden a generar respuestas positivas (por ejemplo, estudiar más intensamente), mientras que aquellos considerados como una amenaza tienden a generar respuestas negativas, como la evitación o abandono de los estudios.

El objetivo de la filosofía insertada en este libro también ha sido generar un contexto donde las personas consideren las circunstancias adversas como

un entrenamiento y un desafío positivo. Al contrario, si el estrés es intenso y se intenta eliminar de forma inapropiada, se propaga y prolonga en el tiempo, con consecuencias nocivas para la salud, incluyendo cambios somáticos que perjudican al organismo (O'Connor et al., 2020) y produciendo alteraciones epigenéticas.

Finalmente, como implicación ética, es relevante subrayar que cualquier contexto donde se desarrolla el ser humano es influyente para el desarrollo, mantenimiento y modificación del malestar psicológico (familia, amigos, trabajo, comunidad, sociedad, cultura). Por tanto, se han de diseñar pautas efectivas en la dimensión individual, y también en la sesión clínica con el propósito de extenderlo a otras áreas y que se traduzca en cambios para la comunidad. El propósito es la creación de entornos que permitan el reforzamiento diferencial de comportamientos más funcionales o adaptativos que promuevan la salud física y psicológica. Esta labor formativa para promover y normalizar el malestar psicológico es crucial, debido a que todo el mundo necesita ayuda psicológica alguna vez en su vida. Sin embargo, pocas personas lo saben reconocer e identificar, por lo que sufren en silencio, agravando el impacto y cronicidad de esta condición. El trabajo de los profesionales de la salud puede ir encaminado a la concienciación social, en especial a aquellas poblaciones que son más sensibles de verse afectadas en un futuro, como por ejemplo la comunidad más joven. Determinados grupos han podido desarrollarse en unas contingencias que facilitan el desarrollo de condiciones problemáticas. En determinadas ocasiones no se pueden controlar los condicionantes o las historias individuales que conducen a repertorios disfuncionales con el paso de los años, como por ejemplo tener un accidente, proceder de un ambiente invalidante, unos padres sobreprotectores o negligentes, pérdida de un familiar, sufrir abuso sexual, acoso escolar o laboral, etc. Una gran parte de la población todavía no pide ayuda ante la presencia de malestar psicológico y cada uno de nosotros tiene el papel de normalizar el dolor psicológico. La sociedad se forma por individuos que toman decisiones, por lo que es nuestra tarea acercar la Psicología como ciencia a todos los profesionales y hacer un buen uso de la información de la que disponemos para que las aplicaciones conseguidas puedan contribuir a mejorar la calidad de vida a largo plazo de la población.

## 2

# El sufrimiento humano

«El dolor es físico, el sufrimiento es mental.  
Más allá de la mente no hay sufrimiento.  
El dolor es esencial para la supervivencia del cuerpo,  
pero nadie te obliga a sufrir.»

NISARGADATTA MAHARA, citado en Cavallé (2008)

Este capítulo trata de ofrecer respuestas engranadas en un modelo que entiende el malestar de forma unificada. En él se plasma una conceptualización del sufrimiento humano y los problemas psicológicos desde una aproximación contextual y funcional que ofrece las nociones esenciales para el trabajo clínico. El lenguaje forma parte de ese contexto, y la intervención terapéutica tanto directa, a través del manejo del lenguaje y las contingencias, como indirecta, a través de los cambios en el contexto a nivel micro y macro, contribuyen a mejorar la salud psicológica de las personas. Más adelante se explicarán también los fundamentos de la intervención psicológica desde las terapias contextuales, explicitando las trampas del lenguaje y el papel de la hiperreflexividad en la génesis, desarrollo y mantenimiento de la psicopatología humana. Esta forma de intervención actúa bajo el paraguas de la filosofía de ciencia del contextualismo funcional, como un paradigma de psicología científica, basada en la experimentación básica de laboratorio y replicada en múltiples estudios y condiciones clínicas. Esta forma de actuación trata de ofrecer un modelo para entender al ser humano y también su sufrimiento.

### 1. EL SUFRIMIENTO HUMANO Y EL DOLOR COMO PRODUCTO INEVITABLE DE VIVIR

El sufrimiento humano es inherente o un producto inevitable del vivir y, como se señalaba anteriormente sobre la prevalencia de los problemas psicológicos, cada vez es más frecuente ese sufrimiento psicológico como efecto de la vida que llevamos. Estas líneas no pretenden demonizar la sociedad actual, sino contextualizar el dolor actual, producto de la era en la que vivimos, reflejo del mundo externo o caldo de cultivo de estrategias ineficaces. El ser humano contemporáneo se encuentra en una espiral, escalera infinita o agujero negro insaciable que no termina tras cubrir las necesidades fisiológicas básicas, pues vive de forma insatisfecha. Una vez conseguido un objetivo, se sitúa en la interminable búsqueda de otros: autorrealización, ascenso laboral, búsqueda de la familia o pareja perfecta, comer sano, estar bronceado, productos ecológicos, hacer deporte, ir de vacaciones a lugares de ensueño para publicarlo en las redes, tener amistades profundas, intentar no estar solo, no aburrirse, etc. Esto conduce a psicopatologizar los acontecimientos de la vida cotidiana y convierte en imperativo moral llevar este estilo de vida descrito (Cederström y Spicer, 2015). Quizá no es necesaria la realización profesional para ser feliz o ni siquiera tener éxito a nivel profesional o personal. Quizá tampoco hay solo un camino y haya muchos para una misma persona. Quizá sería feliz en otro trabajo, con otra pareja o en otra ciudad. Quizá dedicar menos horas al trabajo, con el coste de no «progresar» en el plano laboral se traduzca en vivir una vida más acorde a la naturaleza humana, tener más tiempo libre y dedicarse a lo que realmente importa: ver crecer a nuestros hijos, sobrinos, compartir tiempo con nuestra familia, abuelos, estar en contacto con la naturaleza. Al final todo tiene un coste; la pregunta sería: ¿Qué coste estoy dispuesto a asumir?

Nuestros ancestros buscaban solo sobrevivir y que sus hijos no fallecieran de un resfriado, eso simplificaba las cosas y sin duda no existía la «nomofobia» o la ansiedad a salir de casa sin el *smartphone*. Había otras inquietudes y el malestar psicológico estaba situado en otros aspectos más cercanos e inmediatos. Pero actualmente tenemos alcance y satisfacción inmediata de cualquier pulsión, en esta era globalizada la insatisfacción permanente se encuentra instalada por defecto. Es esa búsqueda incesante una de las variables que convierte el dolor (consustancial a la naturaleza humana) en patológico y en algo que el ser humano tiene que eludir a toda costa y de

cualquier manera. Sucumbir a estos impulsos se equipara a tratar de saciar la sed bebiendo agua salada, donde el derecho a la felicidad se ha transformado así en obligación moral, que crea vergüenza o malestar entre quienes no lo consiguen. En esta época reina la «felicidad despótica» y las personas que se sienten desdichadas o tristes no se limitan solo a eso, sino que además se sienten frustradas o culpables por no sentirse bien y hay que obtener esa felicidad casi a cualquier «precio» (Enhrenreich, 2011), aunque sabemos que, desde el punto de vista evolutivo, todas las emociones son funcionales, válidas y han permitido a la especie sobrevivir en entornos cambiantes y complejos.

Actualmente en el mundo desarrollado la concepción más capitalista ha hecho triunfar todo tipo de comportamientos que eliminen el dolor, el ser humano quiere alejarse del dolor y acercarse al placer de manera ávida o hedonista. Al otro lado del mundo, en el sentido budista esta forma de relacionarse con los sentimientos se denomina *ignorancia*, pues en Oriente se entiende que el sufrimiento es inevitable y forma parte de la misma dimensión de la naturaleza humana. También para los aztecas vivir una vida digna de ser vivida y ser feliz no eran conceptos relacionados, pues entendían que el ser humano es propenso al error, al caos y que vivir conlleva momentos difíciles, donde los instantes de placer solo vienen mezclados con los de dolor. Al lector ávido de antídoto a esta cicuta social se le invita a autodescubrir la respuesta a lo largo de este libro, pero como adelanto se propone la alternativa de basar la vida en un horizonte valioso o en una dirección vital que actúe como amortiguador, aun en situaciones muy adversas. Placer y dolor, pues, irían inseparablemente unidos, considerándose como un par dialéctico o las dos caras de una misma moneda (Pérez-Álvarez et al., 2018), formando parte de un continuo indivisible.

Con respecto a esta concepción que se describe en este capítulo, es preciso mencionar otro concepto filosófico primordial: la *impermanencia*. Nada perdura y todo está en continuo cambio, como señalaba Heráclito. El dolor, el malestar psicológico y el placer también cambian, no son permanentes. Si estamos muy contentos con el trabajo que tenemos, habrá épocas en las que no, porque nada se mantiene estable en la naturaleza. El hecho de ser verbal y poseer la herramienta del lenguaje permite hablar de cosas que no están

presentes, y como tales derivar funciones aversivas al futuro o al pasado, lo que complica y añade sufrimiento al presente, como una chispa que aviva la llama. Remover en el pasado, que ya no está presente y se trae de nuevo al presente a través del lenguaje, sin tomar la suficiente perspectiva, es encender la llama del dolor. Por ejemplo, en el momento presente podemos pensar en que podamos suspender el examen final de este año, aunque todavía queden meses para hacerlo; o bien podemos pensar que nuestra pareja nos ha sido infiel, aunque no tengamos pruebas de ello, nos está haciendo sufrir en el momento presente, aunque sea algo que ha ocurrido en el pasado. Esta derivación de funciones, un lenguaje figurado o simbólico, que puede traer al presente el pasado y el futuro, es lo que puede producir malestar y sufrimiento, aun sin estar presentes las circunstancias reales para que dé lugar a ese malestar.

Además, el ser humano es cada vez menos «resiliente», por citar algún constructo de moda, al querer resultados inmediatos, a corto plazo, porque un dolor de cabeza tiene que suprimirse en cuanto aparezca, y si nos sentimos agotados hemos de tomar algo para estar activos de nuevo, y cuando llega la hora de dormir algo más que nos traiga el sueño rápido. Así, las compañías farmacéuticas se lucran medicalizando cualquier tipo de condición o dolor, los psicofármacos son las sustancias más vendidas, con un aumento progresivo cada año (Vicente et al., 2013). Esto crea una especie de círculo vicioso (mantenido, como sabemos, por reforzamiento negativo), que lleva al ser humano a un autoacorralamiento al no conectar con las contingencias naturales, con los demás y con la vida. De trasfondo se encuentra la idea de que: «para vivir bien, tengo que sentirme bien, o al menos no tener malestar». Para conseguir esto a cualquier precio, empieza el peregrinaje del ser humano hacia cualquier camino que elimine ese malestar.

El lenguaje ha sido el cambio evolutivo en el ser humano que ha permitido una colaboración de grupo y un avance social que no han tenido otras especies; incluso gracias al lenguaje escrito, los conocimientos se van acumulando de una generación a las siguientes. Este lenguaje ha permitido evolucionar a la especie y resolver los problemas del entorno, pero también es el elemento central que se sitúa en las raíces de la infelicidad humana. En la mayoría de los problemas psicológicos esa forma de intentar eliminar el



malestar es lo que se conoce como *evitación experiencial* (Hayes et al., 1996), que se desarrollaría como un patrón continuado de conducta en un intento por tratar de eliminar el dolor.

Como han señalado Hayes et al. (2012), el lenguaje sería el inicio o la causa del sufrimiento. El lenguaje sería el contexto en el que se concibe e interpreta ese dolor, y el que trae a la actualidad elementos y eventos pasados que han causado sufrimiento, por lo que a través del lenguaje el individuo sigue sufriendo esas situaciones como si estuviesen presentes, de manera metafórica o simbólica. Es entonces cuando el ser humano concibe la felicidad como «ausencia de dolor», da comienzo la lucha por sentirse bien a toda costa e intentar controlar el malestar, la ansiedad, la depresión o los pensamientos negativos con acciones encaminadas a su supresión. Esta concepción, además, es acorde con la cultura occidental, el modelo biomédico y las demás aproximaciones psicológicas que apuntan a que el sufrimiento es algo no deseable, algo anormal, incluso se elaboran categorías diagnósticas para su clasificación. Pero los intentos de evitación aún refuerzan más la conducta, que se mantiene de manera crónica en una interacción continua y progresiva, automantenida, que impide al ser humano conseguir lo que quiere: no sentir dolor.

## **2. LA HIPERREFLEXIVIDAD O RUMIA COMO CONDICIÓN PSICOPATOLÓGICA**

Si contemplamos al pensamiento como un producto de la realidad en la que viven los humanos, cobra sentido otorgar un papel clave al lenguaje como producto de esta realidad, y el modo en que el ser humano se relaciona con esa herramienta, que la ha dotado la evolución, también se postula como la clave del sufrimiento humano. Se considera la cognición desde la psicología como una estrategia para sobrevivir frente a las presiones ambientales que la especie *homo* ha llegado a enfrentar (Pinker, 2000).

Pero la excesiva reflexividad no sería la causa de los denominados «trastornos mentales» que derivarían de los problemas de la vida cotidiana (discusiones, conflictos, pérdidas, frustraciones, decepciones, incertidumbres, catástrofes) o algo que se enreda por las soluciones que se le ha intentado dar,

como apuntan los autores Pérez-Álvarez (2020) y Szasz (2007) o las circunstancias de Ortega y Gasset. La reflexividad es paradójica, haciendo al ser humano autoconsciente, pero por otro lado tiene la capacidad de complicarla, haciendo a la persona demasiado consciente de sí misma. Como advierte Nietzsche, la conciencia de sí mismo entraña un peligro y una posible enfermedad. También lo declara el hombre del subsuelo de Fiódor Dostoievski, considerado como prototipo del hombre psicológico moderno declarando como enfermedad el hecho de ser demasiado consciente de sí mismo. Otros ejemplos conocidos de personajes atormentados y ensimismados serían Kafka, Pollock, Van Gogh, Goya, Hemingway, Pessoa, entre otros artistas, filósofos y literatos, en los que puede suponerse que muchos acabaron suicidándose, quizá por ser demasiado hiperreflexivos. Estos autores anticiparon lo que los psicólogos y psiquiatras actuales describen en la literatura clínica como problemas psicológicos o de salud mental. Esta reflexividad excesiva o hiperreflexiva se reconoce en la psicopatología actual a través de diversos conceptos, el más común para el gremio de la psicología es la «rumiación». El término hiperreflexividad tiene mayores implicaciones culturales y filosóficas, que involucra el progreso de la civilización, los conocimientos y la transmisión entre generaciones de esos conocimientos, pero que también puede conllevar problemas psicológicos individuales.

El raciocinio por tanto es una facultad distintiva del ser humano y como tal es una herramienta que ofrece muchas recompensas (ser eficaz en el trabajo, planificar vacaciones, creación de tecnología, vacunas, ciencia, tecnologías, etc.), pero a su vez aprender a pilotar el cerebro y no quedar atrapados o terminar siendo esclavo de los pensamientos es tarea ardua y un proceso continuo de por vida. El término de moda «resiliencia» (Rojas-Marcos, 2010) vendría a significar la capacidad de hacer frente a las dificultades, que se ha documentado en cómo personas que experimentan las mismas situaciones estresantes de la vida (rupturas, despidos, pérdidas) no sufren por igual o quedan atrapadas en la rumia, varadas en la cama, sin poder dormir, con síntomas de ansiedad o signos de palpitaciones, etc. En cambio, otro grupo de personas aprende a vivir con ese evento desagradable vital. Por lo que la causa no estaría en el acontecimiento estresante en sí, ni por el mero hecho de

ser verbal, sino por la manera en la que la persona se relaciona con esos eventos. Esto depende de una amplitud de variables, presentes en la historia de cada individuo, siempre diferente para cada uno, con interacciones que suponen diferencias que se van acumulando, creando pautas de conducta repetitivas, que, si se ven mantenidas en esos intentos de evitación continuada, se convertirán en problemas crónicos sin posibilidad de resolución. Si en la trayectoria vital la persona adquiere herramientas para afrontar las vicisitudes y las circunstancias cambiantes de la vida, entonces, aunque experimente dificultades, dispondrá de los recursos necesarios para seguir adelante, tendrá en su repertorio habilidades para afrontar problemas y resolverlos. Si, por el contrario, la persona no ha adquirido esas herramientas, y ha desarrollado otras condiciones como la hiperreflexividad, rumia, sin llegar a resolver nada con ello, entonces cualquier dificultad en su vida se convertirá en un problema y con mayor probabilidad en condición psicopatológica.

No obstante, la hiperreflexividad y las personas con mayor tendencia a este patrón rumiativo convierten más fácilmente los problemas cotidianos en depresiones (Nolen-Hocksema, 2004). Pero, por otro lado, también estaría la historia personal, que ha configurado el repertorio para relacionarse con ese lenguaje o reflexividad excesiva. El remedio, entendido como una forma de intervención o psicoterapia, se concentraría entonces en el lenguaje, ya que la historia o el pasado no se pueden cambiar. Hacia atrás no se puede vivir, lo que ha pasado ya ha ocurrido y no tiene ninguna opción de cambio, pero sí es posible actuar en el presente, realizar acciones y otras formas de relacionarse con el lenguaje que permitan actuar y encontrar soluciones a esos problemas. Aprender a vivir con esos pensamientos y sensaciones, sin que impidan vivir una vida que merezca la pena ser vivida. Si una persona ha sufrido abusos en la infancia, es algo que ya no tiene remedio, desgraciadamente ha pasado por esa experiencia y no se puede borrar, es ahora en el presente cuando esa persona tendrá que aprender estrategias para gestionar el trauma de lo ocurrido, con el propósito de que no tenga influencia o impacto negativo en su vida cotidiana.

Para ejemplificar y poner de relieve el papel de la cultura y el rol que desempeña en los trastornos psicológicos se documentan varios acontecimientos, como el de Luria en los años veinte, que estudia una

comunidad soviética analfabeta, tratando de estudiar sus procesos cognitivos, concluyendo que aquel perfil de personas no podían desarrollar trastornos porque no tenían identidad del «yo» o estructuras psicológicas que pudieran alterarse, o una experiencia de sí mismo en contraposición a las personas de la sociedad moderna alfabetizada que desarrollan «trastornos». Otro ejemplo es el de los individuos de culturas orientales que tienden más a somatizar que rumiar, pero cuando nacen en Estados Unidos puntúan más alto en rumia que en problemas somáticos, que es más distintivo de este país, lo cual clarifica cómo la cultura juega un papel central en la influencia y desarrollo de problemas psicológicos (Chang et al., 2010). En general, la rumiación se sitúa como un factor que correlaciona altamente con problemas psicológicos (Sun et al., 2014).

En las terapias contextuales la identificación con el pensamiento sería un proceso central en la génesis de la inflexibilidad y los problemas psicológicos (Hayes et al., 2001; Wilson y Luciano, 2002) y cómo el ser humano se relaciona con esta herramienta. Descentrarse del pensamiento y centrarse en la vida, el distanciamiento del lenguaje, no rumiar, no darle vueltas, no preocuparse, desenredamiento autorreflexivo, defusión cognitiva, no engancharse, toma de perspectiva, no estar en coordinación con el contenido o más vulgarmente «no rayarse»; todos estos términos son sinónimos, funcionalmente se pueden interpretar en la misma dirección, salir de la mente y actuar en la vida.

El autor que más ha desarrollado en nuestro país la tesis de la hiperreflexividad como condición patológica es Marino Pérez-Álvarez (2012b), que enumera algunos ejemplos anecdóticos pero esclarecedores sobre las raíces de la psicopatología moderna. Este proceso consistiría en psicopatologizar estas circunstancias que forman parte del hecho de estar vivos y habitar en un contexto socioverbal o una cultura que promueve acciones que son adaptativas para eliminar el sufrimiento a corto plazo, pero desadaptativas a largo plazo. El trastorno vendría a ser algo que se torna problemático, que se enreda, se queda pegado, atrapado o enganchado. El antídoto vendría a ser el proceso contrario, tratar el problema como una circunstancia de la vida, de las interacciones diarias y de la historia del individuo, buscando promover habilidades para tomar contacto con la vida,

con las contingencias directas, ser sensible a ellas y no tanto al pensamiento hiperreflexivo.

# 3

## Más allá del síntoma y del DSM

«El buen doctor trata la enfermedad; el gran doctor trata al cliente que tiene la enfermedad.»

WILLIAM OSLER (1849-1919)

Las siguientes líneas son una captura historiográfica del concepto de salud mental, donde se revisa la trayectoria de la concepción hipocrática y galénica de los cuatro humores, que dejaron la impronta todavía vigente en el modelo biomédico que se ha trasladado para abordar el malestar psicológico. Se defiende y argumenta con evidencias empíricas la única ventaja que puede tener la etiqueta diagnóstica y especialmente se desarticulan los mitos y falsas creencias que todavía circulan en torno a las categorías sindrómicas. El propósito es la apertura hacia nuevos modelos sustentados en categorías funcionales que se basen en la captura ideográfica de cada ser humano en su contexto, en lugar de la agrupación por síntomas o topografías de comportamiento, basadas en la apariencia.

### 1. LA CLASIFICACIÓN SINDRÓMICA Y EL CONCEPTO DE «NORMALIDAD»

Para el estudio del sufrimiento humano se han elaborado categorías clasificatorias intentando enmarcar los distintos tipos de sufrimientos, sus características y posibles causas. Así pues, el campo de la psicopatología ha visto innumerables sistemas de clasificación. La clasificación sindrómica se remonta a Hipócrates y Galeno, por tanto es más antigua que la psicología científica. La teoría de los cuatro humores, iniciada por Hipócrates y desarrollada por Galeno, se estableció como teoría predominante hasta el siglo xviii sobre el funcionamiento del organismo, donde existían una serie de

humores descompensados y había que restablecer su equilibrio. Se consideraba que existía algo maligno dentro del cuerpo que debía ser expulsado para alcanzar la homeostasis. Este desequilibrio era la causa de los «trastornos». Esta tradición se perpetúa hasta la actualidad en el modelo biomédico imperante, aunque previamente tiene su impronta en la teoría de Emil Kraepelin, que dio los primeros pasos hacia una clasificación moderna y sistemática (Kihlstrom, 2002). Sin embargo, él mismo reconoció los límites de una nosología basada en los síntomas en el siglo xix, donde los criterios diagnósticos ignoraban el contexto. También, desde tiempos de Charcot y Freud, se documentaron casos como la histeria, donde sin causas orgánicas podían emerger síntomas psicológicos, configurando el punto de partida para escindir la psiquiatría de la psicología.

La clasificación sindrómica comienza con signos y síntomas para identificar estas entidades estructurales, que se presupone que da lugar a esta «enfermedad». El objetivo final de la clasificación diagnóstica es el desarrollo de clases, dimensiones o categorías que puedan relacionarse empíricamente con las estrategias de intervención.

La distinción entre normal y anormal permanece todavía hoy día como fundamentalmente arbitraria. Para diversas enfermedades médicas como: cáncer, neumonía o artritis, se da la condición o no. Sin embargo, en los problemas psicológicos hay una zona confusa y vagamente delimitada que separa la condición normal de anormal. La mayoría de los trastornos no ofrecen claras demarcaciones, y tales diagnósticos deberían basarse en dimensiones en lugar de categorías, ya que las dimensiones no serían diagnósticos. El espectro de la comorbilidad entre los diferentes trastornos es bastante amplio y forma una dimensión casi uniforme entre el maremágnum de posibilidades clínicas (Burmeister et al., 2008).

## **2. DESARTICULANDO AL DSM**

El predominio económico y político en los últimos años del *Manual estadístico diagnóstico de los trastornos mentales*, de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (por ejemplo, DSM-5; APA, 2013) ha desembocado en una adopción mundial de la clasificación sindrómica como

estrategia analítica en psicopatología. El objetivo inmediato de la clasificación sindrómica es identificar el conjunto de signos y síntomas del individuo, con el propósito de que los síndromes puedan conducir a la identificación de trastornos con etiología conocida. El DSM fue creado para permitir que los profesionales de la salud mental se comunicaran utilizando un lenguaje de diagnóstico común. Su precursor se publicó en 1917, principalmente para recopilar estadísticas en hospitales psiquiátricos. La primera versión tenía muchos conceptos y sugerencias que serían impactantes para el profesional de la salud mental de hoy. Infamemente, la homosexualidad figuraba como un «trastorno de personalidad sociópata» y permaneció así hasta 1973. Los trastornos del espectro autista también se consideraban un tipo de esquizofrenia infantil. Debido a que nuestra comprensión de la salud mental está evolucionando, el DSM se actualiza periódicamente. En cada revisión las condiciones de salud mental que ya no se consideran válidas se eliminan, mientras que se agregan las condiciones recientemente definidas. Como punto de inflexión para el cambio de paradigma se han vinculado conflictos de intereses entre la industria farmacéutica y el grupo de trabajo del DSM-5. En concreto, 18 de los 27 miembros del grupo de trabajo que lo elaboró tenía vínculos directos con la industria farmacéutica (Cosgrove y Krinsky, 2012). Asimismo, esta doctrina psicopatológica no cuenta con evidencia científica, solo es una clasificación por consenso, y es una adaptación directa del modelo de diagnóstico médico para enfermedades físicas, por lo que cuenta con el apoyo del sistema imperante (biomédico) y constituye una ideología hegemónica, donde con cada nueva versión del manual se han ido incorporando mayor cantidad de trastornos, añadiendo otros nuevos, reagrupando los ya conocidos y diluyendo los criterios de edad o gravedad para incluir cada vez más personas dentro de las distintas categorías psicopatológicas. En la primera versión del DSM-1 en 1952 aparecían 106 trastornos, que fueron pasando a 193, 228, 253, 383, hasta 541 en la última versión del DSM-5 (Blashfield et al., 2014) De esta forma, los problemas cotidianos de la vida de las personas (por ejemplo, los cambios de humor antes o durante la menstruación, o un episodio de agresividad o impulsividad en un momento dado) pasan a convertirse en problemas psicopatológicos, dignos de tratamiento farmacológico, psiquiátrico y psicológico.



### 3. FALSAS CREENCIAS DEL MODELO BIOMÉDICO

Deacon (2013) enumera una serie de falsas creencias del modelo biomédico, con sus consiguientes hechos que desarticulan dichas creencias:

1. Los trastornos mentales son enfermedades del cerebro causadas por el desequilibrio de neurotransmisores, defectos estructurales en el cerebro o anormalidades genéticas. *No se han encontrado causas ni marcadores biológicos para los «trastornos mentales».*
2. Los psicofármacos reajustan el equilibrio de los neurotransmisores que están implicados en la enfermedad mental. *No existe evidencia de que los «trastornos» estén causados por un desequilibrio químico y tampoco existe evidencia que avale que los nuevos fármacos sean más eficaces que los descubiertos hace 50 años. Tampoco las nuevas tecnologías han encontrado marcadores biológicos.*

Otro de los mayores defensores clásicos acerca de que la enfermedad mental es un mito fue Szasz (1974), que adoptó una postura muy crítica con el modelo médico para comprender las dificultades y el sufrimiento humano. Consideró que los usos de los sistemas de clasificación diagnóstica (como el DSM) implicaban erróneamente la presencia de una enfermedad real. Además, consideraba erróneo medicalizar los dilemas y luchas de la vida humana. La conceptualización de los problemas psicológicos desde esta aproximación se concibe desde una filosofía contrapuesta a las enfermedades mentales, descritas como meros «problemas de la vida cotidiana».

Por tanto, consideramos que ha sido un error histórico el proceso de adoptar y adaptar el modelo médico al psicológico. Un modelo que funciona en las enfermedades y problemas físicos, pues hay una causa detectable independientemente de los síntomas, pero que no resulta útil e incluso presenta más problemas al tratar de aplicarlo a los problemas psicológicos, puesto que estos no tienen una causa física independiente de los propios problemas. Un virus, una bacteria, un traumatismo o un accidente cerebrovascular son demostrables independientemente de los síntomas que producen (fiebre, inflamación, dolor específico, disartria, parálisis, etc.). En cambio, en el caso de los problemas psicológicos, como «depresión», «ansiedad», «autismo»,

«esquizofrenia», «TOC», «TDAH», etc., no son demostrables independientemente de los «síntomas» (comportamientos) con los que se definen. Evidentemente, cualquiera de esos problemas tiene sus correlaciones neurofisiológicas, puesto que supone el soporte vital para cualquier comportamiento, pero no hay en el cerebro una causa suficiente y necesaria para ninguno de esos problemas. Las causas están en la interacción de un organismo vivo con su entorno natural y social. De esta forma, intentar una clasificación diagnóstica basándose en causas comunes y, en su mayoría, exclusivamente neurológicas está condenada al fracaso. La demostración más actual es la proliferación de asunciones transdiagnósticas de diverso tipo que están surgiendo (Dalglish et al., 2020; Sandin et al., 2012), y la utilización de los sistemas DSM con una función estadística o epidemiológica exclusivamente.

Además, esta adaptación del sistema categorial médico al psicológico comete un error de razonamiento básico como es la tautología lógica (*A* explica *B*, y *B* explica *A*). Es decir, los síntomas y signos se utilizan para encontrar (nombrar) un síndrome o trastorno mental, y a su vez ese síndrome explica los síntomas que presenta el individuo. A cualquier cliente que entre en consulta y afirme que no tiene ganas de hacer nada, que le cuesta mucho levantarse por las mañanas, que está todo el día en la cama o en el sofá, que apenas se relaciona con otras personas, no sale de casa, o que está enfadado todo el día, seguro que el psicólogo o la psicóloga le diagnosticará «depresión», y puede que a continuación le explique que tiene depresión porque presenta bajo estado de ánimo, disminución del interés o motivación, sentimientos de tristeza, hipersomnia, agitación, etc. Por tanto, no ha explicado nada sobre las causas de lo que le pasa a esa persona, solo le ha puesto otro nombre. Pero ese nombre no tiene otro referente empírico detrás, demostrable por sí mismo en ningún cuestionario, medición fisiológica o escáner funcional (Pérez-Álvarez, 2018).

Quizá el complejo de inferioridad de la psicología con las demás ciencias y en concreto con la medicina ha implicado adoptar el paradigma orgánico de síntomas y enfermedades. El DSM y diversos modelos psicológicos arrastran esta tradición, donde existe un mal funcionamiento en el cerebro o un mal preexistente que tiene que eliminarse mediante fármacos o mediante terapia.

Asume, pues, los pensamientos o emociones como causas de la conducta y el objetivo terapéutico consistiría en alterar esa cognición o cambiar esas emociones. Se emula el modelo y paradigma médico, donde los síntomas son la causa del sufrimiento. No obstante, las causas del sufrimiento psicológico y las variables que han configurado el «malestar» no se encuentran en el presente, sino en la historia del individuo. Si analizamos de manera molecular a las personas que presentan los «supuestos trastornos», no encontramos correlatos de ningún tipo, por lo que es un error atribuir que el cerebro se encuentra «enfermo». Por tanto, la crítica no sería al modelo médico, sino a la aplicación del modelo biomédico para entender y abordar el sufrimiento humano. El conocimiento sobre la mente humana se ve eclipsado por la comprensión del resto del cuerpo. Tenemos herramientas que pueden confirmar el diagnóstico de un esguince de rodilla o un riñón dañado con precisión. Actualmente no existen tales herramientas para diagnosticar con precisión una mente «dañada». Los modelos actuales de psicología humana podrían ser tan defectuosos como lo era el modelo de la medicina medieval, del cual arrastra como legado la invención de «enfermedades supuestas» y «causas inventadas» (López y Costa, 2014; Pérez-Álvarez y González-Pardo, 2007).

## 4

# Una vacuna para el sufrimiento

«Locura es hacer lo mismo una y otra vez y esperar resultados diferentes.»

ALBERT EINSTEIN (1879-1955)

El descubrimiento de la evitación, cuyo concepto ha sido abordado por diferentes orientaciones psicoterapéuticas desde una perspectiva particular al modelo, ha dotado de sentido y ha orientado a cualquier intervención psicológica, desde el psicoanálisis, donde se hace consciente lo inconsciente o el contenido reprimido, hasta la exposición más conductual, o el confrontamiento desde postulados más humanistas o existenciales. Todos ellos resaltan la importancia de conducir al ser humano hacia aquellos estímulos que evita, como solución al problema. Lo que en lenguaje castizo se conoce como «coger al toro por los cuernos». Digamos que la vacuna contiene el principio activo del virus que produce la enfermedad, en términos médicos y en un ajuste y adaptación al mundo psicológico, para que el ser humano se haga inmune necesita estar en contacto con ese veneno. Lo que hace algo venenoso es la dosis, por lo que aprender a convivir con los pensamientos y sensaciones desagradables estaría recogido dentro de la vacuna. A nivel experiencial y personal, comprender que todos los intentos por evitar lo inevitable conduce a más sufrimiento resulta una experiencia novedosa y un cambio revelador.

## 1. UNA DIMENSIÓN FUNCIONAL DE LA PSICOPATOLOGÍA COMO ALTERNATIVA

Al apartarse de los sistemas clasificatorios descriptivos más habituales, el análisis funcional, como herramienta transdiagnóstica desde siempre, ha

intentado también un sistema de clasificación funcional (véase el capítulo de análisis funcional), pero las dificultades como sistema de clasificación funcional surgen por la incapacidad de replicar este sistema clasificatorio general. Se basa en funciones individuales de cada historia e idiosincrasia en particular, por lo que este sistema ideográfico no se puede generalizar. Existen algunos sistemas que se han elaborado para evaluar de manera ideográfica los cambios, por ejemplo con el sistema FIAT (Callaghan, 2006).

Desde un enfoque funcional, las características topográficas (formales) del comportamiento no serían la base para una clasificación, sino que serían por el contrario aquel conjunto de comportamientos organizados por los procesos funcionales que se cree que los produjeron y mantuvieron. Bajo esta dimensión funcional y contextual a la hora de entender e intervenir la psicopatología, las variables que han configurado el problema se encontrarían en la historia del individuo, es decir, en el pasado. Es en el presente donde converge la historia en lo que denominamos «yo», el conjunto de repertorios que el individuo ha adquirido por sus vivencias personales. Desde la perspectiva contextual funcional, se trataría de encontrar las variables del contexto implicadas en mantener el problema. Desde el análisis experimental del comportamiento se consideraría también cómo la persona se relaciona con sus eventos privados (pensamientos, emociones, sensaciones, sentimientos). En lugar de ahondar en las causas de su pasado de forma mentalista o psicoanalítica, o alterar los síntomas actuales, el foco se pone en enseñar a la persona a que se relacione de una manera no limitante con su lenguaje/eventos privados, y trate de orientar sus pasos hacia un horizonte que está repleto de posibilidades.

## **2. LA EVITACIÓN EXPERIENCIAL COMO ALTERNATIVA FUNCIONAL**

En esos intentos de definir alguna clasificación que pueda ser común a múltiples problemas psicológicos y humanos, se han creado algunas categorías funcionales, que podrían servir también como dimensiones diagnósticas al uso. Una de esas dimensiones con mayor resonancia es la denominada *evitación experiencial* (Hayes et al., 1996; Monestès et al., 2016). Desde un análisis funcional sobre el origen y mantenimiento de muchos problemas psicológicos,

la evitación experiencial explicaría algunos problemas donde el individuo no parece dispuesto a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (por ejemplo, sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos), y que de una manera deliberada trata de suprimir, evitar, alterar, cambiar su forma y ocurrencia, y que también trata de evitar o escapar del contexto que los ocasiona. La evitación experiencial puede predecir una amplia gama de comportamientos problemáticos y puede entenderse fácilmente en términos de cómo las clases funcionales de estímulos verbales pueden evolucionar y ser moldeados por las condiciones ambientales (Hayes, 2019).

La evitación experiencial ha sido reconocida, implícita o explícitamente, en la mayoría de los sistemas de terapia. El fenómeno general de la evitación emocional es una ocurrencia común; los eventos desagradables se ignoran, se distorsionan o se olvidan. Desde el psicoanálisis se reconoció la importancia de evitar las experiencias privadas; de hecho, se definió el propósito mismo de la terapia en destapar las represiones y hacer consciente lo inconsciente, que se ha ocultado por ser doloroso (Freud, 1966-1988). En la terapia centrada en el cliente, la «apertura a la experiencia» es un objetivo terapéutico central (Raskin y Rogers, 1989). Rogers argumentó que, como resultado de su terapia, el individuo se vuelve más abiertamente consciente de sus propios sentimientos y actitudes. De manera similar, según los terapeutas de la Gestalt, el corazón de muchos problemas psicológicos sería evitar los sentimientos dolorosos o el miedo a las emociones no deseadas (Perls et al., 1951/2002). Los psicólogos existenciales están de acuerdo con la centralidad de la evitación experiencial, aunque su foco se concentra particularmente en evitar el miedo a la muerte. Para hacer frente a estos temores, según el existencialismo, el ser humano construye defensas y negaciones contra la conciencia de la muerte que pueden dar lugar a síndromes clínicos. En otras palabras, la psicopatología sería el resultado de modos ineficaces de trascendencia de la muerte (Yalom, 1980/2011).

De forma algo diferente a las concepciones psicológicas anteriores, la terapia cognitiva-conductual y conductual generalmente se han centrado en cambiar las experiencias privadas o en eliminar los problemas y quejas de los clientes; en disminuir la ansiedad, la tristeza o cambiar los pensamientos aversivos por otros más agradables. La terapia conductual tradicional

combatió la ansiedad con la relajación, mientras que la terapia cognitivo-conductual desafió las creencias irracionales con otras más racionales y positivas. Esencialmente, las terapias han sido una forma de incrementar y cronificar la evitación experiencial; de hecho, constituyen formas más sofisticadas de esa evitación, y los terapeutas han extendido este repertorio como la forma de disminuir o eliminar los problemas psicológicos. Es esencial que el terapeuta modifique esta forma de actuación, que refuerza aún más la evitación, y metafóricamente la tarea del terapeuta sea «apagar fuegos», más que agitar la conciencia, abordar lo que se evita y trascender hacia un camino con más significado. Sin embargo, incluso dentro de estos dominios, la evitación experiencial y otras formas de evitación han sido reconocidas como problema, y tal reconocimiento parece estar aumentando dentro de las distintas concepciones cognitivas y conductuales. También se ha evidenciado que el control o el cambio de pensamientos, sentimientos y sensaciones, de hecho, puede aumentar la frecuencia e intensidad de estos (Gutiérrez et al., 2004).

La evitación experiencial, como una dimensión diagnóstica funcional, tiene el potencial de integrar los esfuerzos y hallazgos de los investigadores de una amplia variedad de paradigmas teóricos, intereses de investigación y dominios clínicos, por ello ha conducido a nuevos enfoques comprobables para el análisis y tratamiento de los problemas del comportamiento. Las dimensiones diagnósticas funcionales no son trastornos tradicionales definidos por su forma o características, ni son teorías etiológicas sobre el origen de esos problemas; son procesos dimensionales comunes a varios problemas psicológicos. En lugar de categorías de todo o nada, sugieren procesos psicológicos relevantes comunes, como variables de mantenimiento, y que por tanto pueden vincularse a su vez con formas de intervención también comunes. De esta forma, aunque distintos individuos tengan problemas con distintas formas psicológicas (apariencias, topografías o descripciones), pueden tener funciones similares, como es, en este caso, la evitación experiencial. Por tanto, puede abordarse ese repertorio de evitación como el problema fundamental que mantiene las distintas «apariencias psicopatológicas». Así, puede asumirse que quizá un problema de alcoholismo, de adicción sin sustancias, un trastorno obsesivo-compulsivo, un ataque de pánico, un problema de estrés mantenido, un estrés postraumático, un problema de personalidad, o un problema depresivo, se

clasifiquen en categorías diagnósticas diferentes por la forma de esas conductas, pero que puedan tener una causa común en su función evitativa de adaptación a un medio doloroso.

La evitación experiencial (Hayes et al., 1996, 2012) se ha colocado actualmente como dimensión diagnóstica funcional. Inicialmente también se le denominada como *augmenting ineficaz*, pero actualmente el término *inflexibilidad* sería más acorde y más inclusivo (Luciano, 2016). De manera clásica se ha definido como un patrón inflexible de no querer establecer contacto con experiencias privadas (pensamientos, emociones, sensaciones, recuerdos, sentimientos) y ejecutar acciones para alterar la forma o frecuencia de estos eventos. Este patrón inflexible desde una visión funcional estaría vinculado a múltiples ejemplos en los que el individuo actúa de manera ciega o en coordinación con los eventos privados, lo que impide discriminar la diferencia entre «yo» y mis pensamientos/emociones, que derivan de la historia personal. Este patrón limita a la persona para estar abierta a las demás funciones o situaciones de la vida que tengan un significado valioso para las personas.

La evitación experiencial también es descrita por la Teoría del Marco Relacional (*Relational Frame Theory*, o *RFT* por sus siglas en inglés) (Hayes et al., 2001), que entiende el lenguaje como la derivación de las relaciones entre eventos bajo control, al menos en parte, de claves arbitrarias de estímulos verbales y no-verbales. Los estudios experimentales en este campo han encontrado que las funciones de estímulo pueden transformar las funciones de otros estímulos en un marco relacional basado en relaciones derivadas entre ellas (Sidman, 2009). Como tal, los humanos a menudo intentan evitar pensar en estímulos desagradables del mismo modo que lo evitarían si lo tuvieran delante; por ejemplo, no solo evitan encontrarse con una araña, sino también evitan pensar en una araña, lo que extiende la red relacional y agrava el problema (véase el capítulo sobre RFT).

### **3. LA EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y EL SUFRIMIENTO HUMANO**

Siguiendo por la misma senda argumental, la preocupación por la evitación experiencial como condición patológica es ubicua en todos los sistemas



psicoterapéuticos, aunque se aborde de forma diferente en cada uno de ellos. Desde la perspectiva del contextualismo funcional (Biglan y Hayes, 2016), existen varios factores que contribuyen a su emergencia:

- a) La naturaleza bidireccional del lenguaje humano.
- b) La generalización inadecuada de las reglas de control.
- c) El apoyo cultural a las emociones y las cogniciones como causas del comportamiento.
- d) Las variables contextuales y sociales que promueven estilos desadaptativos y de evitación experiencial (sobremedicalización, patologización de la vida cotidiana, modelado, etc.).

Con respecto al contexto cultural que promueve esta evitación, sigue en auge la «búsqueda de la felicidad», libros de autoayuda, tutoriales de YouTube, blogs, *influencers* que ofrecen ayudas para eliminar el dolor, un optimismo subjetivista, de «psicología positiva» que incluso marcas multinacionales (Mr. Wonderful) promueven a través de una propaganda vírica que impregna el día a día con ese halo de positivismo. Aunque topográficamente parezca sensato, o sea coherente con el sistema de creencias del ser humano: «hay que pensar positivo»; sin embargo, funcionalmente puede estar encubriendo otra evitación experiencial, una forma de escapar de la realidad, del sufrimiento y las situaciones estresantes que implican vivir. Más que afrontar estas situaciones, se promueve la evitación, escapar del sufrimiento, sea con intervenciones psicológicas, con yoga, *mindfulness* o con tratamientos farmacológicos. Sería un camino hacia una sociedad vacía y superficial, que no acepta la realidad de la vida, que incluye el sufrimiento también. Esto no quiere decir que haya que pensar en negativo o que haya que eliminar todo tipo de insignia que ofrezca mensajes optimistas, sino solo desentrañar la trampa de un mensaje que perpetúa el sufrimiento al promover su evitación. El trasfondo es que trataría de cubrir con maquillaje los estragos de la vida. No habría pensamientos buenos, ni malos, no hay que juzgarlos, sino solo tenerlos, son solo pensamientos, palabras, ideas. Son connaturales a las cosas que nos ocurren, y tratar de escapar de ellos es un imposible, siempre nos acompañan allá donde vayamos, por lo que las formas que se

adopten para no tenerlos son las que se convierten en «patológicas».

En definitiva, el ser humano ha aprendido a suprimir los eventos negativos y a evitarlos. Esta forma de actuación está incorporada en el sistema de creencias o coherencia verbal de los seres vivos. Procede de un patrón de actuación sobre conductas externas (o motoras) que evolutivamente nos ha salvado la vida en múltiples ocasiones. Lo mejor es huir de un peligro, de un posible depredador, de la lluvia y el frío, de un posible enemigo que ataca, o de una fruta que puede ser venenosa. El problema ocurre cuando este patrón evolutivo lo aplicamos a conductas que son privadas, no están fuera en el contexto público, sino producto de nuestro lenguaje y experiencia, y no es posible escapar de ellas. Es posible evitar comer un alimento podrido, pero no es posible evitar «pensar que el alimento podría envenenarnos». Es posible evitar la bronca del jefe haciendo horas extras para terminar un trabajo, pero no es posible evitar «pensar que el jefe me va a despedir». Por otro lado, desde los principios de aprendizaje más elementales se conoce que el reforzamiento negativo mantiene muchos comportamientos de escape y evitación. La eliminación del evento aversivo consigue aumentar la probabilidad, frecuencia o intensidad de una conducta. Así pues, cuanto más se evita un evento (en este caso privado, como pensamiento o recuerdo), más probable es que se repita. Así, la propia evitación se convierte en el mecanismo de mantenimiento «patológico» del problema. Al igual que se puede huir de un estímulo externo *a priori* desagradable, también se huye del contenido y las emociones privadas desagradables. A corto plazo, estas estrategias han permitido evolucionar, escapar y evitar situaciones peligrosas; pero a largo plazo y con la emergencia de comportamientos mucho más complejos como el lenguaje, se hace imposible huir ahora del pensamiento y del lenguaje privado, que acompaña a los seres vivos a todas partes. La evitación experiencial se convierte en destructiva a largo plazo, al mantenerse por reforzamiento negativo, e incrementarse de manera crónica. De esta forma, al no estar en contacto con los pensamientos y emociones, que resultan desagradables, la persona deja de realizar acciones valiosas en el día a día, y puede entrar en un patrón repetitivo hiperreflexivo que domina su vida.

Sin embargo, siempre hay que tener en cuenta el contexto de las contingencias, y también la flexibilidad psicológica implica que en diversas

ocasiones quizá el escape o la evitación son las estrategias más convenientes. Es mejor el reforzamiento negativo que afrontar un peligro real, un accidente, una indigestión o una bronca del jefe, pero se convierte en un repertorio inflexible y perjudicial cuando evitar es la única estrategia que utiliza la persona. Su vida diaria se convierte en una evitación continuada. Los eventos privados no se pueden eliminar, acompañan en todo momento y situación, se convierten en un contexto que determina el resto del comportamiento evitativo. Entra así en un comportamiento repetitivo de hiperreflexividad, obsesivo, rumiativo, como hemos mencionado anteriormente, y no está en contacto con las contingencias del momento presente, que además le impiden crear repertorios nuevos. La persona a la larga se encontraría más lejos de la vida que quiere y pierde el sentido de su vida, pues se encuentra constantemente evitando algo inevitable: sentir malestar. El hecho de estar vivos implica dolor, y al tiempo evitar conlleva estar lejos de la vida que queremos. Lo que se quiere duele, tanto si lo tenemos por miedo a perderlo como si no lo tenemos por querer tenerlo. Este es el punto clave cuando el individuo contacta con que el dolor está en cualquier dirección. Por ejemplo, si continúo con mi pareja sufro porque tengo celos, pero si la dejo sufro porque la quiero. «¿Cuál es el camino para no sufrir?». Otorgarle un sentido a ese dolor. «¿Quieres a tu pareja?», «¿tiene sentido para ti seguir con ella incluso sintiendo celos?».

#### **4. LA INFLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA Y LA EVITACIÓN EXPERIENCIAL**

Desde el modelo de la Terapia de Aceptación y Compromiso y desde la Teoría del Marco Relacional (Hayes et al., 2013) se ha presentado también una alternativa descriptiva de muchos problemas psicológicos, que tendrían como base no solo esa evitación experiencial, sino también un conjunto de patrones que se denominan «inflexibilidad psicológica», y que otros autores han considerado como un proceso psicológico común en las culturas europeas (Monestès et al., 2016). Aunque tanto el ACT como la RFT surgieron de preocupaciones analíticas del comportamiento clínico, en la era actual ambos están entrando rápidamente en una corriente *mainstream* y se están alejando de

los propósitos iniciales, basados en el análisis del comportamiento aplicado (Dixon et al., 2020). Aquí se describen para que los lectores lo tomen con cautela y siempre con la brújula de los principios del aprendizaje.

Los conceptos que agrupan este modelo incluyen varios tipos de eventos privados persistentes del individuo, que le impiden actuar en el mundo real donde tienen los problemas y que le mantienen en una constante situación de evitación de eventos privados que le inhabilita para otras acciones valiosas. De esta forma, los autores proponen un modelo de seis factores interdependientes que caracterizarían al individuo, en mayor o menor medida en cada uno de ellos, y que puede materializarse gráficamente en un esquema denominado *hexaflex*, que viene determinado a su vez por las puntuaciones en cada uno de esos conceptos en los diversos cuestionarios creados al efecto para su medición:

1. *Evitación experiencial*. Comportamientos continuados de evitación y escape de eventos privados, tales como sentimientos, recuerdos, sensaciones, etc., que sin embargo se ven reforzados negativamente y continúan de manera crónica perturbando al individuo. En muchas ocasiones, esa evitación experiencial aparecerá como comportamientos clínicos en forma de obsesiones, rituales, compulsiones, ataques de ansiedad, insomnio, abuso de sustancias, etc. Todas esas conductas tendrían la misma funcionalidad evitativa.
2. *Inacción y persistencia en la evitación*. Suponen comportamientos de pasividad, de bloqueo ante una situación aversiva que se está evitando continuamente. El individuo se ve incapaz de tomar decisiones, realizar acciones claras o plantearse objetivos para conseguir en su vida. De esta forma, el individuo está inmerso en una hiperreflexividad continuada, pendiente siempre de sus problemas, sin pasar a la acción, y entorpeciendo las actividades de su vida diaria, familiar o laboral.
3. *Fusión cognitiva*. Proceso de control de los eventos privados con la misma funcionalidad que los eventos públicos. De esta forma, el individuo responde al lenguaje (palabras, pensamientos, recuerdos) con las mismas emociones que si de los eventos reales se tratase. Se afirma que el individuo está fusionado con sus recuerdos, sus historias pasadas,

su lenguaje, etc., de forma que responde a este como si de los mismos hechos actuales se tratase, y de esta forma se emociona, se deprime o se angustia ante el solo hecho de pensar o recordar esos acontecimientos.

4. *Pérdida de claridad en los valores.* Son siempre formas de evitación. Ante una situación de inflexibilidad, el individuo no tiene unos valores claros (reglas verbales para dirigir su propia conducta) sobre su vida. Lo único evidente es que quiere evitar, quitarse de encima esos recuerdos o emociones. No tiene un plan de acción para su vida, ni es él mismo quien dirige su vida, que está gobernada fundamentalmente por esa función evitativa en la mayoría de sus actos.
5. *Dominancia del pasado y miedo al futuro.* Supone un patrón donde predominan los recuerdos y la historia del individuo. Ese patrón hiperreflexivo produce un tipo de conversación e interacciones con otras personas, en las que predominan los temas del pasado, lo que ya ha ocurrido, lo que le ha hecho desgraciado; y al mismo tiempo, un miedo al futuro, anticipando posibles ataques de pánico o peligros en las situaciones a las que ha de enfrentarse. La cuestión fundamental es que el contexto verbal en el que vive el individuo le impiden estar presente en el aquí-ahora, la situación real que está viviendo. No está centrado en su vida, sino en lo que ya pasó, o en lo que piensa que pueda pasar en el futuro.
6. *Apego a un yo conceptualizado.* En esta teoría, la concepción del «yo» se fundamenta de manera verbal, se forma a partir de la historia de lenguaje y de vivencias del individuo, como un lugar de referencia desde el que se centra su vida, construido a través de relaciones sociales y verbales deícticas «yo-otros». En ese aprendizaje social del «yo» permanece un concepto individualista, centrado en uno mismo, en sus propios problemas y pensamientos, sin estar abierto a otras interacciones sociales más directas, lo que le impide aprender de la experiencia y avanzar en su desarrollo como persona.

Con esta base, la evitación y más concretamente, según lo expuesto, la evitación experiencial estaría en la base como denominador común de diversas condiciones clínicas. La Terapia de Aceptación y Compromiso

(ACT) tratará de dismantelar el efecto pernicioso de los eventos privados conectándolo con un horizonte valioso. Tratará de contraponer durante el proceso terapéutico otros seis conceptos o patrones de conducta contrarios a ese «hexaflex» inicial. De esta forma, como se explicará después, el proceso terapéutico incidirá en «flexibilizar su repertorio». También la flexibilidad incluye aprender a aceptar que a veces hay que evitar. Aceptar que no puede aceptar algo, o bien a darse cuenta de que no está aceptando algo, que serían procesos naturales para dar pasos hacia la aceptación. La terapia trata de crear patrones que busquen la aceptación en vez de la evitación, buscar la defusión entre pensamientos y emociones sobre los mismos estímulos, para crear valores claros que impulsen al individuo hacia acciones dirigidas a ellos.

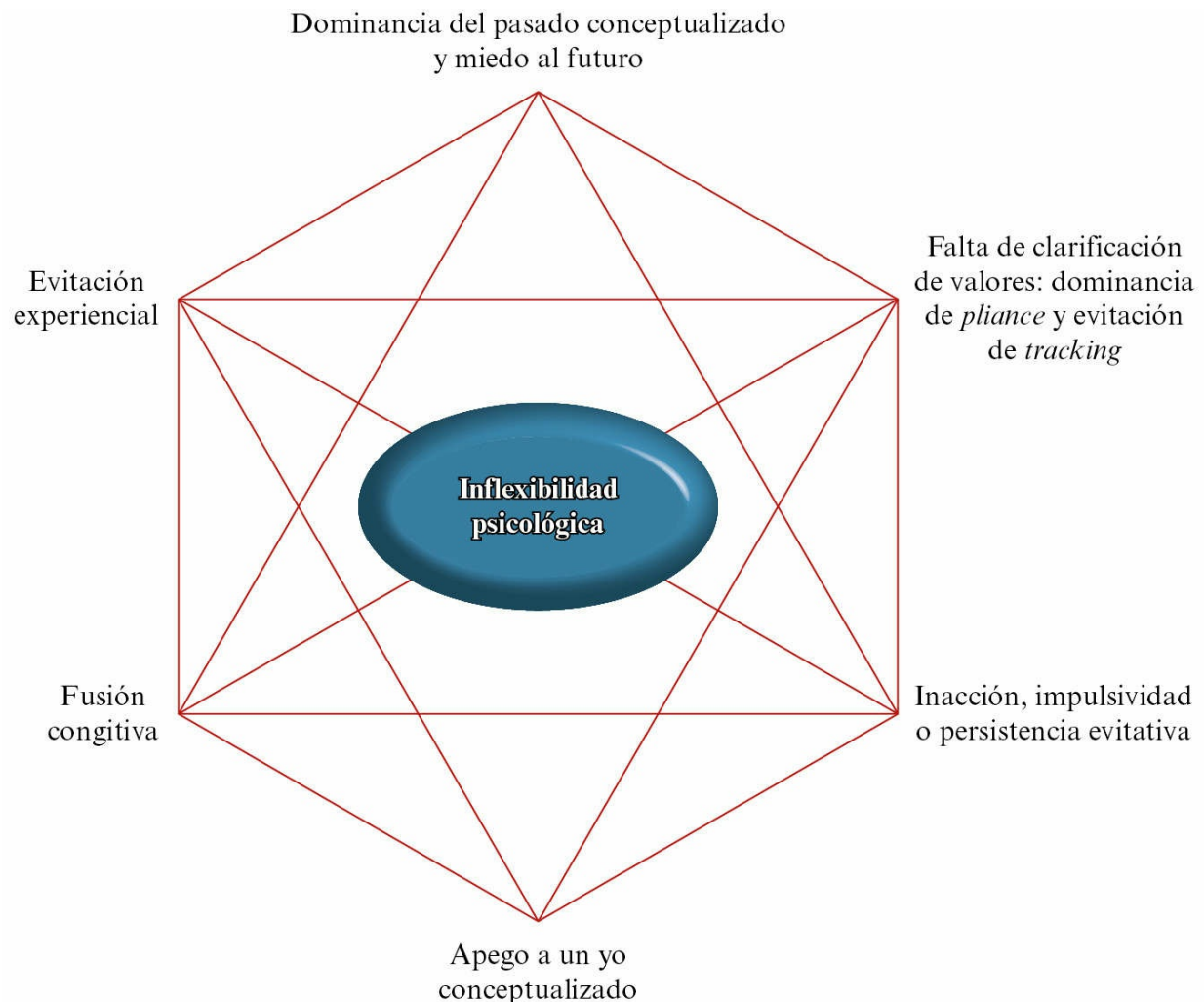


Figura 4.1.—Modelo psicopatológico desde el *hexaflex* de la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Teoría de los Marcos Relacionales (Hayes et al., 2013)

## 5

# El contextualismo funcional

«Recuerda que de la conducta de cada uno depende el destino de todos.»

ALEJANDRO MAGNO (356-323 a. C.)

Este capítulo presenta los pilares básicos que otorgan soporte y nutren de sustento filosófico-teórico a las llamadas terapias contextuales, más concretamente a las aquí planteadas: la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Psicoterapia Analítica Funcional. En un intento por ofrecer un marco coherente que avale los procedimientos y técnicas que se construyen para lograr el cambio terapéutico, es fundamental conocer a qué paradigma de ciencia se encuentra adherido el modelo híbrido psicoterapéutico que se va a plantear. En lugar del eclecticismo, se aboga por el integracionismo, basado en unos principios comunes que entiendan, aborden y expliquen el origen del sufrimiento humano desde un marco congruente. Así pues, las técnicas serán el vehículo para el cambio humano y estarán al servicio de unos procesos comunes enraizados en el modelo que se presenta a continuación.

## 1. ANTECEDENTES DEL CONTEXTUALISMO FUNCIONAL

El contextualismo funcional es una variante de la tradición filosófica del pragmatismo o contextualismo (Hayes et al., 1993). El desarrollo de la filosofía del pragmatismo es generalmente atribuido a Charles Peirce, William James, Oliver Wendell Holmes y John Dewey. En psicología, el contextualismo funcional se ha desarrollado explícitamente como una filosofía de la ciencia.

Los contextualistas funcionales buscan predecir e influir en los eventos empleando conceptos y reglas con base empírica. Este enfoque se encuentra



adherido al principio de verdad, extremadamente práctico, donde se usan esas reglas y principios para predecir e influir en los eventos. La estrategia más efectiva para identificar las variables que predicen e influyen en el comportamiento es la experimentación controlada. Los eventos en el contexto del comportamiento se manipulan de manera sistemática y se observan los efectos resultantes en la aparición del comportamiento. Esta orientación permite a los investigadores aislar qué características del contexto están relacionadas funcionalmente con los cambios de los eventos psicológicos. El contextualismo funcional aboga por las técnicas experimentales y fomenta el uso de un conjunto diverso de metodologías, siempre que el valor se mida en función de objetivos pragmáticos. Los principios que no contribuyen a la mejoría de los objetivos prácticos son rechazados. Además de estos parámetros, que el procedimiento funcione y sea útil, se va a buscar el porqué funciona, es decir, qué ha sido exactamente lo que el terapeuta ha realizado que ha producido el cambio. Esto es lo que se conoce como los mecanismos de cambio, adheridos a los principios del aprendizaje, que son los que producen los cambios clínicos.

El predecesor del pragmatismo y la influencia más importante del contextualismo funcional fue el trabajo de B. F. Skinner (Zettle et al., 2016). Ejemplos del pensamiento pragmático de Skinner los podemos encontrar en sus afirmaciones sobre la ciencia como un conjunto de reglas para la acción efectiva (Skinner, 1957, 1981; p. 235). Con respecto al conocimiento científico, Skinner dijo que «Hay un sentido especial en el que podría ser cierto si produce la acción más efectiva posible» (Skinner, 1974, 1977; p. 235). La pragmática naturaleza de Skinner se ilustra en la manera en la que desarrolla el concepto de operante. Una operante es definida en términos de una clase de respuestas que podrían mostrarse relacionadas de manera consistente con una clase de estímulos y una clase de consecuencias. Por ejemplo, un trabajador que acude a su puesto cada día como función del dinero que recibe y/o de un sentido de responsabilidad, podría considerarse como una operante. Esto supone un conjunto de respuestas con formas muy diferentes, pero bajo control de los mismos estímulos contextuales antecedentes y consecuentes. También una conducta denominada como «anoréxica», con topografías muy diferentes como negarse a comer, esconder

la comida, vomitarla, beber agua o envolverse en plástico, son todas ellas conductas operantes consideradas como una clase operante única, bajo control de las mismas variables antecedentes y consecuentes. El terapeuta habilidoso, que conoce las clases de respuesta asociadas a las variables del contexto que mantienen el comportamiento, tendrá la capacidad de poder modificar ese comportamiento a largo plazo y prevenir las recaídas, haciendo partícipe al individuo sobre las variables: antecedentes, respuesta y consecuentes que gobiernan su conducta problemática (véase capítulo sobre el análisis funcional).

La psicología contextual se deriva de forma más amplia de la Ciencia Conductual Contextual (*Contextual Behavioral Science*, CBS) (White et al., 2017; Zettle et al., 2016). Por tanto, la filosofía de base del enfoque contextual es el contextualismo funcional, cuyo paradigma de ciencia considera la conducta en un contexto y no de manera aislada o fragmentada, por lo que se centra en la función de los eventos en un contexto y las propiedades que llegan a adquirir. De manera similar, para un contextualista un acto fuera de su contexto no es un acto, hablando categóricamente: «No es un acto concebido como solo o aislado, lo que representa; es un acto en y con su entorno» (Pepper, 1942). Bajo este paradigma, el organismo se encuentra en constante interacción con el medio ambiente y se buscan las raíces y determinantes de la conducta, para que el comportamiento pueda ser modificado de forma absoluta y eficaz en el tiempo, por lo que el contextualismo funcional estaría implicado en la comprensión, predicción e influencia del comportamiento humano con precisión, alcance y profundidad. El objetivo del contextualismo se encuentra anexo al criterio de verdad, es decir, si ha ayudado a alcanzar la meta (predecir e influir con precisión) entonces el trabajo ha tenido éxito.

El objetivo de esta ciencia contextual es que las personas puedan dirigir su vida hacia un horizonte de posibilidades y que puedan estar satisfechos con la vida que han elegido, en cualquier contexto. El impacto pragmático en la sociedad, desde un marco contextual funcional centrado en la predicción y la influencia del comportamiento parece ser particularmente útil, pues concibe la sociedad como un sistema con partes interdependientes (familia, economía, cultura) que trabajan juntas para producir una estabilidad. Esto se denomina funcionalismo, donde cada una de estas partes tiene unas consecuencias o

funciones para la sociedad en general.

## 2. ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO (AC)

Luciano (2016) utiliza la metáfora del árbol para describir en qué consiste esa Ciencia Conductual Contextual (*Contextual Behavioral Science*, CBS por sus siglas en inglés) (White et al., 2017; Zettle et al., 2016). Las raíces de un árbol serían la filosofía subyacente para poder crecer, que es el *contextualismo funcional*. Este considera la conducta de las personas en su contexto y la función que cumple en este contexto. El objetivo es poder predecir e influir en el comportamiento humano de manera efectiva. El ser humano es concebido como una unidad que está en constante interacción con el contexto y además tiene un repertorio único basado en una historia personal e intransferible de cada organismo. En contraposición estaría el *mecanicismo*, que trata la mente como si fuera una máquina con piezas separadas (cognitivo-conductual), donde la cognición o los pensamientos son el problema y hay que cambiar esos pensamientos, asumiendo el modelo biomédico de eliminación de síntomas.

El tronco del árbol sería el conocimiento sobre la conducta humana, que se fortalece con los hallazgos que se obtienen de la investigación, que permiten conocer de forma más precisa las leyes que gobiernan y rigen la conducta humana. Ese tronco sería el Análisis del Comportamiento (AC). Se conoce de dónde viene la conducta humana (pensamientos, emociones, reacciones) y cómo varía en función de la historia y el contexto. En parte, este conocimiento proviene de la experimentación sobre relaciones estimulares y la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT). Las investigaciones que se realizan con ensayos clínicos aleatorizados son útiles para evaluar la generalización de las relaciones entre las variables contextuales y el comportamiento. Las metodologías cualitativas también tienen su uso en el contextualismo funcional, pero no son tan efectivas como los procedimientos experimentales para probar la influencia de las variables ambientales en el comportamiento o para verificar la utilidad general de los principios. Serían estos principios y teorías concretas los que puedan ser probados empíricamente, no la filosofía subyacente (que serían sus raíces).

Las ramas serían las aplicaciones, que son muy diversas, y se han transmitido de manera flexible y eficaz, como por ejemplo en el ámbito de la clínica y de la salud. La filosofía contextual se centra en la predicción e influencia de los eventos (contextualismo funcional), una ciencia que aplica esa filosofía a los fenómenos psicológicos (análisis del comportamiento) y algunas teorías basadas en esta filosofía y ciencia (Teoría de los Marcos Relacionales, terapias contextuales), que se pueden aplicar en el ámbito clínico, organizacional, educativo, deportivo, etc. Los pájaros serían las personas que se detienen en los árboles con diferentes objetivos y luego pueden seguir volando o ir hacia otros árboles. La psicología contextual ofrece diferentes aplicaciones a profesionales de cualquier disciplina, dada la flexibilidad y diversidad de sus aplicaciones.

Desde el punto de vista del contextualismo funcional, ningún pensamiento, sentimiento o recuerdo es inherentemente problemático, disfuncional o patológico, todo depende del contexto. Por ejemplo, un contexto que potencie la inflexibilidad, como ocurre cuando el individuo no quiere establecer contacto con sus eventos privados, o bien cuando no se generan repertorios nuevos basados en las contingencias, y la persona se basa más en reglas verbales aprendidas y derivadas en su historia que en su experiencia directa. En este caso, estos eventos podrían funcionar de manera disfuncional limitando la vida de la persona en cuestión. Cambiando el contexto y permitiendo establecer contacto con dichos eventos (mediante la aceptación de los pensamientos, sentimientos y recuerdos), tendrían mucho menos impacto e influencia sobre el ser humano, por lo que se establecerían repertorios más funcionales o flexibles y no tan limitantes (Harris, 2009). De este modo, se pueden transformar las funciones aversivas en apetitivas (creando nuevas relaciones con estímulos más reforzantes), o bien socavando la literalidad o la fusión con el contenido (creando un control estimular específico para las palabras y otro para los eventos o hechos). Asimismo, para cambiar o influenciar el comportamiento de una persona se deben buscar variables tanto micro (a nivel individual) como macro (a nivel contextual) que se puedan manipular en el entorno, ya que la persona funciona en su día a día estando inmersa en ese contexto tanto de interacciones inmediatas e individuales, como de interacciones sociales más globales y macrocontingencias sobre su entorno

familiar, laboral, social, etc.

### **3. ANÁLISIS EXPERIMENTAL DEL COMPORTAMIENTO (AEC)**

La base experimental del paradigma del contextualismo funcional es el Análisis Experimental del Comportamiento (AEC). En su mayor parte, los analistas del comportamiento se han centrado en los análisis experimentales de las variables que influyen en la probabilidad del comportamiento de los individuos. Al estudiar el contexto actual e histórico en el que evoluciona el comportamiento, los analistas del comportamiento se esfuerzan por desarrollar conceptos y reglas analíticas que sean útiles para predecir y cambiar los eventos psicológicos en una variedad de entornos (Skinner, 1974).

El Análisis Experimental del Comportamiento trata de establecer leyes generales como ciencia básica, al igual que el resto de las ciencias naturales, ofreciendo un enfoque parsimonioso de la conducta, cimentado en una serie de principios relacionados entre sí y obtenidos a partir de experimentación básica de laboratorio con animales y humanos. El análisis del comportamiento implica el estudio de cualquier variable que afecte a la probabilidad de comportamiento. En la práctica, sin embargo, los analistas del comportamiento se han concentrado en examinar los efectos de las contingencias de refuerzo y procesos similares. Esta teoría ha demostrado su estabilidad y uniformidad de los principios de conducta (condicionamiento clásico, operante, aprendizaje por reglas) entre diferentes culturas, periodos de la historia, edades y especies.

El objetivo del Análisis Experimental del Comportamiento, como de cualquier ciencia, es predecir, controlar y explicar el comportamiento de los organismos, utilizando para ello como variable dependiente el comportamiento, y como variable independiente las posibles variables ambientales o contextuales, por lo que se basa en un modelo causal, funcional e histórico sobre las explicaciones de la actividad de los organismos. Las raíces filosóficas subyacentes al análisis del comportamiento las encontramos en el conductismo radical (que intenta investigar la raíz del comportamiento). Quizá este nombre ha perjudicado la difusión y el rechazo de esta teoría para algunos lectores, como la famosa crítica sobre la «caja negra». Skinner, sin

embargo, ya contemplaba también los procesos mentales o pensamientos en su teoría, y englobaba todo lo que emite el organismo como «conducta», incluyendo también los eventos privados. Los pensamientos, recuerdos, emociones o cogniciones eran eventos psicológicos o conductas privadas que estaban sujetas a las mismas leyes que las demás conductas observables y sujetas, pues, a modificación mediante los mismos procedimientos (Skinner, 1953/1978). Estos mismos principios son los que se aplican a la hora de transformar las funciones aversivas del lenguaje.

Las premisas del Análisis Experimental del Comportamiento son las mismas que las del resto de ciencias naturales: materialistas, no dualistas, monistas y deterministas. Su objetivo es relacionar clases de conducta con clases de eventos ambientales. La conducta es la interacción entre la historia de un organismo biológico que interactúa en un contexto socioverbal (psicológica, biológica, social). Los eventos privados incluyen partes que son observables y otras que son observables solo por el propio individuo y son producto de una historia relacional, actualizándose en un contexto dado ante determinadas circunstancias. Las diferencias entre diversos tipos de conductas, y el hecho de que se les denomine motoras, fisiológicas o cognitivas, solo estriba en el grado de accesibilidad a ellas, pero todas son conductas, todas sometidas a los mismos principios y contingencias que las crean y mantienen. Desde el conductismo radical, no habría diferencia cualitativa o sustancial entre conductas externas o privadas, por tanto sujetas a las mismas leyes y principios de aprendizaje (Anderson et al., 2000). Por ello, son objeto también de atención y modificación en las intervenciones terapéuticas desde el modelo contextual. La distinción al abordarlas clínicamente es dónde se sitúa el foco de atención causal, que siempre es en el contexto y las contingencias externas que mantienen cualquier conducta. Aunque en la terapia se aborden los sentimientos y los recuerdos de una persona, las causas no están dentro, en su psique o en su mente, sino en las circunstancias que ha vivido en su historia, además del contexto y las contingencias físicas, sociales y verbales que lo siguen manteniendo en el momento presente.

Este enfoque del comportamiento para el estudio de los eventos psicológicos puede describirse como selectivo, ya que los analistas del

comportamiento entienden la configuración en la que el comportamiento funciona del mismo modo que la evolución de las especies. En la evolución biológica las contingencias de supervivencia de un entorno determinado seleccionan los rasgos genéticos que persistirán de una especie; en la evolución del comportamiento son las contingencias de refuerzo en un contexto dado las que seleccionan qué clase de respuestas persistirán. De igual modo, tanto la evolución del comportamiento como de las especies pueden describirse como una selección por las consecuencias (Skinner, 1982). Los analistas del comportamiento consideran que el comportamiento humano es el producto de las contingencias de supervivencia responsables de la selección natural de la especie, las contingencias de los repertorios adquiridos y las contingencias especiales mantenidas por la cultura.

En suma, los analistas del comportamiento intentan identificar aspectos del entorno manipulable que influyen en la ocurrencia, incidencia, prevalencia o probabilidad de eventos psicológicos tanto privados como abiertos. De esta forma, el concepto de funcionalidad para la conducta individual (ontogenético) es similar al concepto de adaptación para la conducta de las especies (filogenético), de ahí que también en las aplicaciones terapéuticas sea fundamental el análisis funcional de la conducta del individuo en su medio, en su contexto. La conducta del individuo es evolutiva, sea problemática o no, y tiene una función en su contexto diario, y esa función depende de las contingencias que reciba para que aumente su probabilidad. Si sobrevive y persiste en su repertorio es porque tiene contingencias directas que hacen que se mantenga en el tiempo, incluso que se incremente y domine gran parte del repertorio del individuo, aunque eso suponga que le inhabilite cuando se presente en otros contextos y situaciones sociales diferentes. Así, por ejemplo, una conducta obsesivo-compulsiva y ciertos rituales motores no aparecen de la nada, no son inmediatos y súbitos en la vida del individuo, sino que van incrementándose en su frecuencia, intensidad y variedad a lo largo del tiempo, porque reciben contingencias que mantienen esos rituales (sean privados o públicos). Estas conductas tienen un sentido evolutivo y funcional, pero en un momento dado el contexto determina que son «problemáticas» porque entorpecen otras conductas del individuo, porque molestan a los que están cerca o porque son excesivas según los patrones sociales de ese momento

histórico y cultural. Es cuando acude a consulta, cuando deja de ser adaptativo para la nueva situación que se ha producido en su vida cotidiana.

#### **4. EL ANÁLISIS FUNCIONAL DEL COMPORTAMIENTO (AFC)**

La metodología que emplea el análisis del comportamiento para hacer hipótesis e intervenir en los problemas psicológicos es el Análisis Funcional de la Conducta (AFC), que relaciona variables del ambiente con las del comportamiento. El estudio del comportamiento propone un análisis de las relaciones de los organismos mediante su interacción con el ambiente, tanto público como privado, aprendido o innato. El comportamiento humano es el producto de las contingencias que han desembocado en la selección natural como mecanismo de supervivencia de la especie, de las contingencias de reforzamiento de los repertorios que se han adquirido y de las contingencias mantenidas que han evolucionado en un contexto social (Skinner, 1957/1981). Por tanto, la conducta es producto de una estrategia de adaptación de la selección natural, que además ha seleccionado ciertas conductas, pero también su modificación a través de las consecuencias.

Averiguar cuáles son las variables externas que causan y mantienen la conducta concreta de un individuo que pida ayuda o acuda a consulta es lo que facilita el análisis funcional, a través de contingencias de condicionamiento operante y clásico, en ambientes naturales donde inciden variables disposicionales. Con el propósito de poder predecir y controlar la conducta de esa persona se definen las relaciones entre una variable dependiente (la conducta problemática) y una variable independiente (el contexto y las contingencias históricas y presentes). De esta forma, la explicación de la conducta, o de las posibles causas de una conducta, vendría dada por las relaciones entre esas variables dependientes e independientes. Así, las terapias contextuales no necesitan acudir a explicaciones mentalistas o cognitivas sobre las causas de la conducta alterada del individuo, es suficiente con averiguar las variables históricas que le han llevado a ella y, sobre todo, las variables actuales (contextuales, contingencias, lenguaje, orgánicas, motivacionales) que la mantienen en la actualidad y en el día a día de esa persona. Por ello, es necesario incluir, para un correcto análisis funcional, los



estímulos antecedentes (condicionados/discriminativos), los consecuentes (refuerzo, castigo), las operaciones de establecimiento (haciendo más probable la emergencia) y la regulación verbal (*pliance/tracking*), o conjunto de reglas que impiden tomar contacto con las contingencias naturales.

Estas relaciones entre ambas (causa-efecto) del análisis funcional se constituyen a partir de las leyes científicas del Análisis Experimental del Comportamiento. A la hora de registrar un análisis funcional, podemos limitarnos a hechos observables, y en este caso las técnicas de observación o de registro directo serían las más idóneas para obtener datos fiables de un caso clínico. Pero son los entornos de laboratorio, con un elevado control de la situación y variables extrañas, los que permitirían realizar estudios más experimentales y controlados. Sin embargo, en el campo aplicado, como en el entorno clínico, se hace más complejo tener un control de las variables extrañas que pueden incidir en las mejorías. Por otro lado, puesto que gran parte del contexto de los problemas es el lenguaje, la conducta verbal del individuo es un factor fundamental, de ahí que la utilización de cuestionarios con información autorreferenciada y de tipo verbal sea también una instrumentación importante para poder obtener conclusiones sobre esos posibles análisis funcionales y también de sus conductas verbales como tales, que da por escrito o valora subjetivamente en unas puntuaciones. De esta forma, es posible analizar la conducta clínicamente relevante durante la sesión.

Las terapias contextuales enfatizan el control contextual y verbal en la interacción de los eventos internos: pensamientos, sentimientos, sensaciones, emociones y establecen relaciones sobre lo que la persona hace con esos eventos. Es decir, el peso estaría en lo que la persona hace con ese contenido, en lugar del contenido *per se*. El análisis funcional asume una perspectiva que entiende la historia personal de cada individuo como imprescindible para explicar la conducta presente; por tanto, hay que revisar la función que tiene el contenido de esos eventos psicológicos, a través de su comportamiento en el presente. No interesa tanto la forma de ese contenido, lo que dice o piensa el individuo, sino la función que tiene precisamente eso que dice o piensa, y por qué lo piensa o lo dice en ese momento concreto.

El análisis funcional tiene una dilatada base experimental en la explicación

y modificación de conductas de todo tipo desde los años cincuenta. Pero, sobre todo en lo que respecta a las terapias contextuales, ha sido el análisis funcional específico del lenguaje y la cognición (relaciones de equivalencia, seguimiento de reglas, Teoría de los Marcos Relacionales) el que ha dejado su impronta hace ahora unas dos décadas. Esta teoría del lenguaje y la cognición humana establece un análisis funcional genérico sobre las operantes relacionales, la derivación de funciones y la emergencia de nuevos comportamientos.

Las dificultades con respecto al análisis funcional clásico, como se mencionó con anterioridad, residen en la dificultad de utilizarlo como un sistema genérico de clasificación, puesto que siempre es ideográfico. No obstante, se pueden agrupar a través de categorías funcionales basadas en la similitud individual en el desarrollo y mantenimiento de repertorios problemáticos. El análisis funcional siempre ha de ser específico de cada individuo y su problema. Aunque haya leyes generales sobre comportamiento (AEC), su aplicación a una persona concreta que está en un proceso terapéutico es siempre individualizada (AFC). De esta forma, ese proceso clínico de realizar un análisis funcional se define por unas pautas o reglas de actuación del clínico, pero no por un sistema de categorías o variables fijas, ya estipuladas *a priori* para todos los casos posibles.

El análisis funcional clásico en el que se especifican distintas variables independientes en torno a la variable dependiente, que es la conducta, es el ejemplo predominante en un proceso de evaluación conductual y funcional. Por su utilidad, se presentan a continuación los seis pasos fijados por Hayes y Follette (1992):

1. Identificar las características potencialmente relevantes de cada cliente, su comportamiento y el contexto en el que se produce, a través de una evaluación funcional sesión a sesión.
2. Organizar la información recopilada y traducirla a principios del comportamiento (condicionamiento clásico, reforzamiento, control estimular, extinción, programa de reforzamiento, variables motivacionales, control contextual, seguimiento de reglas, equivalencia estimular, etc.) para identificar las relaciones causales importantes que

pueden cambiarse.

3. Recopilar información adicional basada en el anterior paso y finalizar el análisis conceptual.
4. Diseñar una intervención basada en la información disponible.
5. Implementar el tratamiento y evaluar el cambio de forma continua.
6. Finalmente, si los resultados no son los esperados, hay que volver de nuevo al inicio del análisis funcional para ejecutarlo de nuevo en los pasos 2 y 3.

En primer lugar, se identifican las características más relevantes del individuo. Su comportamiento en el contexto en el que se produce y las variables más relevantes a analizar. Hay que tener en cuenta una previa evaluación del entorno para conocer cuáles serían las variables que pueden asociarse a las respuestas de las personas a un nivel micro y macro, por lo que se recopilan datos previamente sobre la organización (sistema familiar, pareja, trabajo, padres, en este caso), y luego sobre el individuo en cuestión, en la primera entrevista. Hay que tener en cuenta que es muy importante mostrarse neutro y objetivo en la medida de lo posible para no contaminar las observaciones con juicios o asunciones. En la segunda parte se establecen hipótesis sobre las posibles relaciones causales entre los eventos privados. Se recaba información también sobre los antecedentes, situaciones y lo que hace el cliente tras la aparición de esos eventos. Se organizan los más importantes y las clases funcionales que tienen elementos comunes, aunque difieran en su forma. Más allá de anotar la topografía de los eventos, lo relevante es discernir qué funciones tienen para el cliente según su historia y qué variables configuraron ese comportamiento.

Se pueden enviar registros para casa con el objetivo de anotar su actividad durante la semana, o utilizar instrumentos tecnológicos (como el móvil o *weareables*) para recoger información. Esto dará mayor información sobre situaciones de su vida cotidiana. Finalmente, cuando se tenga un detallado análisis de la relación entre las acciones del cliente y su contexto, se pueden complementar con datos de medición de los componentes principales de ese análisis y procedimientos de evaluación establecidos para una evaluación continua del caso.

Una vez se han establecido la relación de esos eventos, se puede tener la capacidad de predecir e influir en dichos eventos de comportamiento de manera particular y en función de cada historia. A continuación se comienza la intervención y el análisis funcional no solo se realiza al inicio, sino que se lleva a cabo en cada sesión y en cada momento. No es un proceso cerrado, al contrario, conforme se conozca en profundidad al cliente se pueden sumar más eventos al análisis. Este análisis también sirve como marco de referencia para comparar las diferencias antes y después de la intervención, y observar si existen diferencias entre las conductas que mantenían el problema o si los eventos que anteriormente eran limitantes ahora se ha generado una nueva forma de relacionarse con esos eventos. Si la intervención no está teniendo éxito, hay que volver al inicio y realizar un nuevo análisis funcional.

# 6

## La Teoría de los Marcos Relacionales

«El sentido del mundo tiene que residir fuera de él y, por ende, fuera del lenguaje significativo.»

LUDWIG WITTGENSTEIN (1949/1988)

A lo largo de este capítulo se desgranarán algunos de los componentes esenciales de la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT) y sus aplicaciones clínicas para el trabajo con personas con problemas psicológicos. En este capítulo se expone la utilidad de determinados componentes básicos que están basados en esta teoría para entender, abordar la psicopatología humana y producir cambios radicales en periodos breves de tiempo. Esta teoría del lenguaje supone una transformación del análisis de conducta más allá del análisis basado en las contingencias. Se analizarán algunos de los conceptos más relevantes para la práctica clínica, como el uso de metáforas, la derivación de funciones, transferencia y transformación. El propósito de la intervención será dismantlar el efecto pernicioso del lenguaje y sus funciones aversivas, desactivándolo mediante la conexión con elementos valiosos en la vida de las personas. Posteriormente se detallarán las características de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), con sus aplicaciones clínicas más importantes, así como la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), con sus particularidades y aspectos destacados para realizar la terapia con adultos. Los siguientes apartados dentro de esta segunda parte constituyen los engranajes principales del programa combinado con FACT, que unifica los mecanismos más determinantes de ambas aproximaciones.

### 1. LA TEORÍA DE LOS MARCOS RELACIONALES EN EL CONTEXTO CLÍNICO

La Teoría de los Marcos Relacionales (por sus iniciales en inglés RFT, *Relational Frame Theory*) (Hayes et al., 2001) trata de explicar el lenguaje y la cognición humana de manera contextual-funcional, monista, no mentalista, ideográfica y no reduccionista. Asimismo, todos los tipos de intervenciones psicológicas pueden potencialmente ser analizadas desde la perspectiva de la RFT. Las influencias históricas que han desarrollado esta teoría se enmarcan en el darwinismo, en el sentido en que busca explicar el desarrollo de un sistema complejo (el lenguaje humano y la cognición) al poner su foco de atención en la selección por las consecuencias. Esta teoría también es acorde con la línea argumental de Wittgenstein (1988), en la que el lenguaje humano es un tipo de juego social y donde los límites de nuestro mundo estarían en los límites del lenguaje. También la RFT es skinneriana, al basarse en el concepto de operante como unidad de análisis y contemplar el efecto de las contingencias verbales descritas como aprendizaje relacional. De acuerdo con la metodología del análisis funcional de Skinner, se aplican las leyes del condicionamiento clásico y operante al lenguaje. El propio lenguaje es tomado como conducta también, regido por los mismos principios que cualquier otro comportamiento observable. Por último, esta teoría también es acorde con el paradigma de Sidman (2009), al basarse en la idea de que las relaciones de equivalencia derivadas proporcionan un análisis funcional del lenguaje. El trabajo de Sidman sobre equivalencia de estímulos proporcionó un marco conceptual del comportamiento simbólico en torno al cual el análisis clínico del comportamiento podría cohesionarse y desarrollarse. Su trabajo conceptual y experimental sobre relaciones de equivalencia influyó notablemente en el desarrollo posterior del análisis clínico del comportamiento (Dougher, 2020).

Esta teoría de la cognición humana se basa en la idea de que un comportamiento operante aprendido representa la unidad funcional básica de la que surgen fenómenos como: el significado, el comportamiento gobernado por reglas y la equivalencia de estímulos. El ser humano tiene la capacidad única para derivar y combinar relaciones entre eventos (estímulos) incluso cuando no han sido entrenadas directamente y ponerlas bajo control contextual. El lenguaje supone una actividad simbólica, implica que comportarse verbalmente es hacerlo también de forma relacional, donde las funciones

dadas a unos estímulos pueden derivarse a otros, por lo que esta teoría se centra en el aprendizaje relacional, y la respuesta relacional se refiere a la habilidad de responder a un estímulo en términos de otro, sin haber tenido experiencia directa con dicho estímulo, porque sus funciones vienen dadas por el hecho de participar en un marco de relación común entre ellos. Además, las funciones de unos estímulos se pueden transferir a otros. Esta habilidad nos permite responder a relaciones entre estímulos, en lugar de solo responder a cada estímulo por separado. Los humanos aprendemos a relacionar estímulos, aunque no compartan propiedades físicas y se pueden derivar relaciones que no han sido entrenadas directamente. La derivación de relaciones de estímulos es conducta aprendida, lo que nos remite al concepto de operantes generalizadas. Este tipo de operante sería un tipo de respuesta que una vez adquirida tras múltiples ejemplos, surge espontáneamente como generalización en ausencia de cualquier estimulación con la que pueda ser correlacionada. Se produce una contingencia que opera de manera diferencial a través del reforzamiento de múltiples ejemplos, formando así una clase de respuesta, una clase generalizada. Esta respuesta es muy variable, dependiendo del tipo de aprendizaje e historia que tenga cada individuo. Por ejemplo, si ante determinadas sensaciones o pensamientos, la persona actúa evitando el malestar, esta forma de evitación se convertirá en una operante generalizada. Cuando se entrena este tipo de respuesta, la persona no responde al contenido sino al marco relacional en el que se incluye, a través de las claves contextuales que se han establecido a lo largo de esa historia de aprendizaje, por lo que el individuo respondería también con esa misma evitación ante estímulos nuevos, solo por su relación verbal. Asimismo, existe evidencia de que una vez que se forman las redes relacionales, son muy difíciles de dismantelar y que los intentos verbales de alterarlas simplemente expanden la red relacional.

Las características del contexto y la historia regulan cómo el ser humano se relaciona con los distintos tipos de eventos (pensamientos, emociones, sensaciones, sentimientos). En un nivel básico, los procesos primarios que subyacen al aprendizaje relacional incluyen: vinculación mutua, vinculación combinatoria y transformación de las funciones de estímulo. Los teóricos de la RFT han proporcionado un conjunto cada vez mayor de datos que muestran

que este proceso se aprende y se extiende a todos los tipos de relación verbal: oposición, diferencia, jerarquía, temporal, deíctica y relaciones comparativas y de evaluación, entre muchos otros.

## **2. LA DERIVACIÓN DE FUNCIONES Y LA GENERALIZACIÓN A ESTÍMULOS ARBITRARIOS (EJEMPLO DEL CASO DEL PEQUEÑO ALBERT)**

El experimento que ha pasado a la historia del condicionamiento en humanos, y supuso el inicio de las técnicas de modificación de conducta, fue la reacción de miedo condicionado del pequeño Albert, que con tan solo 11 meses de edad fue objeto de la primera aplicación del condicionamiento en niños. El propósito de Watson y Rayner (1920) era demostrar que los principios del condicionamiento clásico, descubierto en esos años por Pávlov, podrían aplicarse a la reacción de miedo de un niño, en este caso con una rata blanca para establecer respuestas emocionales condicionadas. Albert fue escogido por su estabilidad emocional y Watson pretendía demostrar que podía condicionar una respuesta de miedo a una rata blanca, que inicialmente no provocaba en el niño ningún tipo de reacción aversiva, posteriormente probó también su generalización a otros estímulos similares y finalmente cómo eliminar también esta conducta de miedo con los mismos procedimientos, aunque las circunstancias les impidieron finalizarlo.

Albert estuvo en contacto por primera vez con una rata blanca, un conejo, un perro, un mono, máscaras con y sin pelo, algodón, periódicos en llamas, etc. Su primera reacción fue de manipulación en todas las ocasiones y no mostró miedo en ningún momento. Esto confirmó las primeras descripciones sobre Albert, donde prácticamente nunca lo vieron llorar. Más tarde, en la condición experimental, se provocó un sonido fuerte metálico a sus espaldas, lo que asustaba a Albert, provocando una respuesta emocional de miedo y llanto. Se le presentó a Albert una rata y al principio quería jugar con ella. No obstante, tras emparejar a la rata este ruido desagradable y fuerte que lo asustaba a lo largo de varias presentaciones, el bebé terminó sintiendo miedo por la rata blanca. Se introdujeron poco después otros animales como conejos, perros e incluso un abrigo. Albert acabó sintiendo miedo incluso a estos



últimos estímulos, y transfirió su miedo a las máscaras de Santa Claus, abrigos de piel de pelo blanco, perro, conejo, con la rata. El miedo acabó generalizándose y transfiriéndose a otros estímulos que compartían propiedades físicas estimulares. El estudio concluyó que las respuestas emocionales directamente condicionadas así como los estímulos condicionados por transferencia persisten, aunque pierdan intensidad en la reacción inicial.

Albert desarrolla la fobia por condicionamiento clásico y se hubiera llegado a mantener por condicionamiento operante en caso de que Albert no hubiera fallecido a los pocos años de vida, según la leyenda oficial. La explicación es que la evitación o refuerzo negativo al no estar en contacto con estímulos que le recordasen a la rata blanca mantendría la fobia en el tiempo. Más adelante y con la emergencia del lenguaje, Albert transferiría esa fobia a otros estímulos, creando una red relacional más amplia que le recordaran a esa situación. Probablemente solo con que uno de los elementos adquiriese una función aversiva, se podría transferir a los demás estímulos que tuviesen alguna relación con ellos, aunque no compartan características directas o cualidades estimulares, debido a las propiedades simbólicas, arbitrarias y relacionales del lenguaje. La palabra «rata» quizá funcionaría como estímulo discriminativo, evitando todo aquello que tuviera relación con esa palabra. La sensación de miedo tendría funciones aversivas y también discriminativas con esa historia personal que añadiría elementos lingüísticos o pensamientos («no quiero ver las ratas», «tengo miedo de verlas», «si veo una me muero», etc.). Quizá Albert también habría desarrollado fobias a sus prendas de ropa al abrir el armario, otros tejidos con pelo blanco, más animales, quizá incluso a la navidad por la barba de Santa Claus o a otros estímulos que formaran parte de su red relacional creada en su historia de aprendizaje.

En la generalización y el condicionamiento clásico, los nuevos estímulos que generan la misma respuesta emocional tienen que compartir alguna cualidad estimular con los estímulos que generaron la fobia. Pero, según la RFT, se podrían generar respuestas de miedo ante estímulos que no necesariamente compartan una cualidad estimular (por ejemplo, la palabra «rata», hablar de roedores, los dibujos animados de animales, los tejidos de terciopelo o tocar la lana de tejer) y el condicionamiento clásico no podría

explicar por qué se generalizan esos otros estímulos, aunque no compartan dichas propiedades físicas comunes. Las relaciones se producen arbitrariamente y no se puede hablar de generalización sino de transferencia de función, al existir un contexto relacional que ha puesto en coordinación la respuesta de ansiedad ante esos estímulos y otros novedosos, que serían equivalentes a ellos.

La RFT ha proporcionado evidencia de que una vez que se forman las redes relacionales, son muy difíciles de desactivar y que los intentos verbales de alterarlas simplemente expanden la red relacional. De esta forma, es muy difícil que un problema de ansiedad específica o fobia remita de forma absoluta, ya que generalmente la persona se va a encontrar en su vida cotidiana con elementos que compartan alguna relación. Es raro encontrarse con estímulos que no compartan alguna relación, pero sí pueden existir casos excepcionales. Debido a las propiedades relacionales y arbitrarias del lenguaje, se podría derivar la fobia y establecer relaciones con elementos que no compartan ninguna cualidad física o propiedad estimular. Por ejemplo, en un caso real de fobia a la leche, la persona derivó fobia a Asturias porque las vacas pastan en prados verdes, como los de Asturias. Si la red relacional es muy amplia debido a la historia personal, se hará muy complejo que el problema de ansiedad desaparezca. Además, ello produciría un reforzamiento intermitente, lo que mantendría aún más de manera crónica ese problema de fobia. Aunque exista una remisión espontánea, quiere decir que en la vida diaria la persona que presenta la fobia no se ha encontrado con estímulos que compartan alguna cualidad, y la persona no ha transferido verbalmente esos estímulos a otros elementos de su fobia. Por ejemplo, cuando el problema de ansiedad es muy específico, con elementos muy concretos, es más difícil transferirlo (cucaracha, hormigas o caracoles) y podría parecer que el problema ha desaparecido, pero cualquier nueva relación verbal que se establezca puede hacer aparecer de nuevo las mismas reacciones emocionales ante estímulos nuevos. Desde la intervención mediante esta filosofía, se entrena a convivir con el contenido aversivo para que adquiera otras funciones, a modo de alterar el marco relacional y que deje de ser limitante; aunque siga existiendo el dolor, ahora no será incapacitante para ir a pasar un día en el campo con sus familiares o amigos, aun existiendo la posibilidad de

encontrar hormigas o los insectos temidos.

### **3. CONCEPTOS BÁSICOS DE LA RFT Y SUS APLICACIONES CLÍNICAS**

Las estrategias que se van a describir a continuación se basan en investigaciones en el contexto aplicado sobre el campo de la RFT y se relacionan específicamente con las complejas capacidades humanas de seguir instrucciones o reglas, y de la interacción con el propio comportamiento. Acorde con la literatura de esta teoría sobre el lenguaje y la cognición humana, estas dos áreas proporcionan información muy relevante a la hora de realizar una terapia efectiva y además ofrecen una explicación sobre las variables que conducen a las personas a terapia. Se toman a continuación algunas nociones sobre las aplicaciones de la RFT en la práctica clínica a partir del texto de Törneke et al. (2015).

#### **3.1. Seguimiento de instrucciones e insensibilidad a las contingencias**

En el lenguaje analítico, el repertorio conductual de seguimiento de instrucciones se denomina *comportamiento gobernado por reglas* (O’Hora y Barnes-Holmes, 2004; Skinner, 1966). Básicamente consiste en todas aquellas conductas que se adquieren bajo control de una estimulación verbal, y generalmente mantenidas por reforzamiento social de quien presenta esa regla o instrucción, pero también por contingencias directas que hagan mantener ese comportamiento de seguir reglas de una manera más permanente. Una palabra o combinación de palabras que especifican un comportamiento particular y sus consecuencias se ha denominado tradicionalmente regla o instrucción. Por ejemplo, «tienes que dedicarle tiempo a estudiar para que no suspendas», «has de lavarte los dientes antes de acostarte», «has de portarte bien con los demás», y un largo etcétera de todo tipo de instrucciones que aprendemos desde pequeños y que se mantienen también de adultos como reglas propias.

Bajo el prisma de la RFT, este fenómeno se describe como una regulación

relacional compleja. Cuando el ser humano aprende a relacionar estímulos bajo la influencia de claves contextuales pueden tener funciones de estímulos para todo tipo de acciones, dependiendo de la historia de aprendizaje de cada individuo. Las reglas verbales pueden derivar funciones con consecuencias con las que el individuo aún no ha tenido experiencia, por lo que pueden constituir reglas adaptativas para el comportamiento futuro. Esto favorece actuar en el presente por posibles consecuencias en un futuro, que son solo verbalmente contactadas. Por ejemplo, «si estudio más, sacaré mejores notas», «si dejo de fumar, me sentiré mejor», «si trabajo duro, mejoraré en la empresa», etc. Una vez que el repertorio de seguimiento de reglas está disponible y se dan las claves contextuales apropiadas, los humanos pueden actuar con un propósito, haciendo cosas que nunca han hecho antes y por consecuencias que nunca se han contactado. En este sentido, las reglas pueden crear nuevas conductas con un solo ensayo y siguiendo solo la regla que se ha elaborado.

Se pueden distinguir tres tipos de reglas según su función y contingencias que las mantengan:

- a) Reglas de cumplimiento (*pliance*), que se adquieren a partir de otras personas y se mantienen por el reforzamiento social de estas, siendo el equivalente al mero hecho de «seguir instrucciones» porque alguien lo dice.
- b) Reglas de seguimiento (*tracking*), que se adquieren a partir de otros y también por propia experiencia, pero que además del reforzamiento social se mantienen por el reforzamiento directo obtenido en las experiencias al llevarlas a cabo, y serían equivalentes a «seguir sugerencias» porque se obtienen beneficios.
- c) Reglas motivacionales (*augmenting*), que tienen una función meramente estimular, asociadas previamente a otras funciones reforzantes, y pueden aumentar la probabilidad de ocurrencia de la conducta que siga esas reglas; serían equivalentes a la palabra «por favor, déjame el bolígrafo». La palabra «por favor» aumentaría la probabilidad de conseguir el bolígrafo.

Asimismo, debido a la capacidad relacional del lenguaje, podemos responder a diferentes estímulos en términos de otro sin haber tenido experiencia directa con ese estímulo. Esta habilidad para enmarcar eventos de forma relacional bajo control contextual permite al ser humano generar conocimiento rápido, comportándose respecto a unos estímulos como si estuviesen presentes, cuando solo son figurados o simbólicos.

Pero las reglas también pueden llegar a producir insensibilidad a las contingencias, promoviendo un tipo de regulación verbal ineficaz que podría conducir a la génesis de problemas psicológicos. El hecho de seguir rígidamente las reglas aprendidas (dadas por otros o elaboradas por propia experiencia), especialmente las reglas de seguimiento, puede hacer que el individuo continúe de forma permanente con la misma conducta, sin cambios, al no tener contacto con las contingencias reales que podrían hacerla cambiar y crear repertorios nuevos basados en lo que está ocurriendo en ese momento. Así, por ejemplo, el individuo podría tener un comportamiento rígido sobre la sexualidad porque sigue una regla de que el sexo es malo o es pecado, que le llevaría a problemas psicológicos al no tener una relación de pareja o de intimidad que le permitiera contradecir esa regla. Pero también, en sentido opuesto, si durante la terapia se consigue instaurar reglas de seguimiento que permitan al individuo tener contacto con las contingencias directas de su ambiente social, entonces se mantendrán más a largo plazo y podrían dirigir las conductas del individuo en el futuro. Esto es lo que se conoce también como «valores», que el individuo ha de encontrar a lo largo del proceso terapéutico, para que le acompañen en su trayectoria vital.

### **3.2. Inflexibilidad psicológica o regulación verbal ineficaz**

El ser humano aprende a seguir reglas verbales y a interactuar en un contexto socioverbal donde se desarrolla su propia conducta. La combinación de las reglas y la propia conducta produce un patrón de funcionamiento eficaz o ineficaz, según el contexto del momento que vive el individuo. Con el surgimiento de nuevas reglas, se presenta la oportunidad para clases de respuesta flexibles e inflexibles, según produzcan mayor o menor adaptación al medio social en el que se producen. Estas últimas clases de respuesta

«inflexibles» parecen estar asociadas con «trampas psicológicas» como la ya mencionada evitación experiencial.

Por otro lado, se ha demostrado que el cumplimiento de reglas tiene otra característica en su mantenimiento a largo plazo, es decir, puede continuar incluso cuando las consecuencias especificadas por la regla han dejado de ocurrir o, de hecho, nunca han ocurrido, aunque es difícil determinar su efecto beneficioso o perjudicial en el desarrollo de problemas clínicos (Kissi et al., 2020). En otras palabras, una vez adquirida una regla, puede ser más difícil de extinguir que una conducta aprendida por contingencias directas, pues al cambiar estas también cambian las conductas; pero en el caso de las reglas impiden tener contacto con la experiencia directa, y aunque la regla no sea reforzada, se mantendrá a lo largo del tiempo en una extinción muy lenta.

En el caso de comportamientos privados, de pensamientos e ideas repetitivas, el seguimiento excesivo de reglas, incluso cuando las consecuencias son aversivas a largo plazo, produciría un efecto de evitación experiencial. El efecto de quedarse atrapado por los eventos privados se describe también como «inflexibilidad psicológica», que es la incapacidad de persistir o cambiar el comportamiento al servicio de los valores elegidos (reglas personales y vivenciales). Tras esto, la persona queda atrapada por las funciones aversivas y sin contactar con su experiencia directa, en una situación de evitación continuada bajo control verbal de una regla que la justifique, por ejemplo «no debo sufrir», «he de quitarme estas ideas y pensamientos de la cabeza», «he de olvidarlo todo», etc. Este patrón repetitivo a la larga resultará limitante o con tendencia al aumento de problemas psicológicos, tras la acumulación de múltiples ejemplos en los que, además, la persona enmarca sus eventos privados en coordinación o equivalencia con uno mismo (Gilbert et al., 2019). En ese aprendizaje relacional el individuo asocia esas ideas con la evitación continuada, desde donde él mismo y sus ideas son una misma clase estimular. Esto impide discriminar la diferencia entre «yo» y esos pensamientos o emociones indeseables, que se disparan como un producto de la historia personal e individual, provocando con ello problemas psicológicos.

### **3.3. Reglas motivacionales**

Los factores motivacionales son muy relevantes, debido a que no existe nada más difícil que desprenderse de los antiguos hábitos. Técnicamente, en el análisis del comportamiento, las variables motivacionales a menudo se han descrito utilizando conceptos como «operaciones motivacionales» y «operaciones de establecimiento» (Dougher y Hackbert, 2000). Las reglas motivacionales tienen la función de incrementar o disminuir el impacto de ciertos estímulos. En otras palabras, clarificar lo que es importante para el cliente y vincularlo a un comportamiento alternativo. Con el propósito de motivarlo para el cambio ha demostrado ser eficaz cuando las lleva a cabo. Esto se consigue derivando funciones apetitivas a los intentos de aproximación a valores o reglas que resulten apropiados para su futuro y derivando funciones aversivas a las de evitación continuada que presenta como problema psicológico. Por ejemplo, en un problema de alcoholismo «dejar de beber en este momento» se asociaría con funciones apetitivas, porque la salud es algo muy importante, pues controla su vida, al poder ser el padre que quiere con su familia, porque puede conservar su trabajo, etc. Al tiempo las conductas de evitación que el individuo tiene a través del abuso del alcohol se asocian a relaciones estimulares aversivas, como pérdida de control, temor en la familia, pérdida de un trabajo, problemas de salud física, etc. Aunque ese tipo de consecuencias no se produzcan en el presente, el uso de reglas con esas funciones derivadas durante la terapia puede ayudar a mejorar el problema del individuo.

### **4. MARCO JERÁRQUICO CON EL DEÍCTICO «YO»**

A través de las interacciones con la comunidad verbal a lo largo de los años de desarrollo se establecen las redes relacionales en las que aparece el concepto de «yo». Se aprenden relaciones de coordinación con el propio comportamiento, relaciones de oposición entre la propia conducta y la de otros. Además, aprendemos a colocar nuestro propio comportamiento en una relación jerárquica con el marco deíctico «yo-otros». En otras palabras, todo lo que hago, veo, pienso y siento es experimentado como parte de mí o quien

soy, frente a otros del exterior. La participación en este marco jerárquico respondiendo a nuestro propio comportamiento con el deíctico «yo-otros» tiene un papel central para la forma en la que seguimos nuestras propias reglas.

Para el trabajo terapéutico, el seguimiento de reglas debe producir una relación jerárquica con el propio comportamiento, es decir, el «yo» está por encima de la jerarquía y en otro plano de la relación, donde los pensamientos y emociones son experimentados. Cuando se ha establecido esta diferenciación, entonces el seguimiento de reglas puede ser efectivo y beneficioso para la salud. Por tanto, ser capaz de «mantener los pensamientos a una distancia de observación», en lugar de actuar automáticamente sobre ellos, es una habilidad psicológica de gran importancia. Esta capacidad parece corresponder con lo que a menudo se llama «flexibilidad psicológica o conductual». También se ha definido la flexibilidad como una clase funcional de respuestas que enmarca la propia conducta en jerarquía con la perspectiva deíctica «yo-otros». De esta forma, se podrían reducir las funciones aversivas de los eventos privados y aumentar las funciones apetitivas o motivacionales de esos eventos (Törneke et al., 2015).

## **5. FORMAS DE UTILIZAR LAS REGLAS VERBALES EN LA RFT**

Desde la RFT estos mismos principios sobre el aprendizaje relacional son los que utilizaría el terapeuta para crear nuevas reglas y nuevas relaciones que ayuden a mejorar y enfocar de otra manera sus problemas. De esta forma, algunas de esas ayudas serían las siguientes:

1. *Ayudar al cliente a discriminar la relación entre las clases funcionales de respuesta y las consecuencias problemáticas producidas por esas respuestas.* El objetivo sería alterar las clases funcionales problemáticas respondiendo de acuerdo a ciertas reglas o instrucciones propias. Por ejemplo, en un caso hipotético de problemas depresivos, el pensamiento del tipo «yo soy un inútil», «no valgo para nada», se encontraría en el orden superior de la jerarquía del marco relacional. Alterando las funciones de ese orden superior, podrían alterarse también



las de orden inferior, por ejemplo del tipo «yo no puedo» o «no sé hacerlo».

2. *Ayudar al cliente a discriminar sus propias respuestas*, tanto externas como privadas, enmarcándolas en la participación de un marco jerárquico con el deíctico «yo», es decir, enseñarle a diferenciar afirmaciones sobre uno mismo, sobre lo que piensa, lo que siente y lo que hace, diferenciando a su vez la persona que piensa, siente o hace de las propias acciones o productos de pensar, sentir o hacer. Además, para que se generalice, el terapeuta ha de entrenar este repertorio en diferentes contextos (con múltiples ejemplos) como una clase funcional que suponga relaciones alternativas a las que presenta como problemáticas.
3. *Ayudar al cliente a desarrollar un repertorio alternativo* o eficaz basándose en una dirección valiosa, que elija a lo largo del proceso terapéutico. Diferenciarse o distanciarse de sus eventos privados (lo que piensa o siente), generando flexibilidad psicológica, diferenciando entre el «yo» y el contenido. Se trata de conseguir que el contenido de esos pensamientos y sentimientos no impida centrar su vida en una dirección personal valiosa. Una pregunta que ilustra los procesos dialécticos durante la terapia podría ser una pregunta del tipo «¿esto que hago, me acerca o me aleja de la vida que quiero?». Si la persona actúa en coordinación con los pensamientos «soy un inútil», aumentará la probabilidad de fracaso. Esa regla tendrá una función de control sobre el resto de los comportamientos y será la que promueva la evitación continuada, quizá bebiendo demasiado o renunciando a los estudios. En el proceso terapéutico se trataría de que el individuo aprendiese nuevas reglas y nuevas relaciones, donde no evite y donde dirija sus acciones hacia lo que considera como una vida digna, que merece la pena ser vivida.

## **6. EL LENGUAJE Y LA DERIVACIÓN DE FUNCIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA**

Según la RFT, los conocimientos sobre aprendizaje y comportamiento, y la

propia teoría evolutiva por las consecuencias, nos movemos en dos direcciones fundamentales: control apetitivo y control aversivo. El ser humano se acerca al placer y huye del dolor. Nuestra conducta estaría bajo control apetitivo o control aversivo, aproximándonos hacia el control apetitivo y escapando de lo aversivo. De manera más conceptual es la descripción de los procesos de aprendizaje básicos de condicionamiento operante que gobiernan la conducta humana y animal: reforzamiento y castigo. En este caso, desde la RFT se interpretan de una manera más global. La evitación a corto plazo resultaría útil, pues elimina el malestar (desaparece algún evento), pero a largo plazo el problema no se resuelve y se hace más intenso (aumenta por reforzamiento negativo). Desde la RFT, el individuo deja de realizar acciones valiosas por temor a sentir eventos privados aversivos.

El inconveniente es que solo se puede evitar aquello que es peligroso. ¿Qué pasa si el lenguaje se hace peligroso o aversivo? ¿Qué ocurre cuando reaccionamos ante eventos privados como si fueran hechos o sucesos reales? ¿Acaso nos podemos desprender del lenguaje o pensamiento? Al ser el lenguaje el contexto en el que se crean los problemas psicológicos, la terapia consistiría en alterar estos contextos verbales que cada uno ha ido configurando a lo largo de su historia personal. No podemos huir del lenguaje, ni podemos eliminar las funciones aversivas formadas a través de la historia, por lo que el objetivo en la terapia es dismantelar dichas funciones aversivas del lenguaje, para que las personas puedan vivir la vida que quieren vivir y no la que los contenidos de sus pensamientos controlan. En definitiva, ayudar a que el cliente aprenda a usar su lenguaje de manera efectiva, de forma simbólica, y no reaccione a él como si fuesen los eventos reales o externos.

Según Polk y Schoendorff (2014), desde la RFT se podrían derivar funciones a través del proceso terapéutico de forma dialéctica, generando preguntas que ayuden a ilustrar o mostrar las funciones del comportamiento del individuo:

1. El primer paso en sesión es realizar un análisis funcional individual para determinar qué funciones vienen dadas en la historia del cliente y qué variables están manteniendo el problema.
2. Una vez detectadas las funciones del cliente, se pueden derivar

funciones aversivas a las respuestas de evitación mostradas. A su vez, para derivar esas funciones aversivas se le podría plantear: «¿cómo ha funcionado lo que has hecho para resolver tu problema?», «¿lo que has hecho para resolver el problema te ha funcionado para estar más cerca de lo que te importa?», «¿te ha acercado hacia lo que es valioso para ti?», «¿qué has perdido al estar evitando?», «¿has dejado de tener malestar cuando estás evitando?», «¿estás orgulloso de ti mismo?».

La respuesta habitual a estas preguntas, por ejemplo, es que generalmente consigue arreglar algo o poner un parche a corto plazo, pero a la larga el malestar se hace más intenso, evidente y tiene el coste de alejar a esa persona de la vida que quiere. Los movimientos de evitación lo han alejado de las acciones valiosas de su vida. En suma, el reforzamiento negativo aumenta la evitación y esta impide realizar otras conductas que puedan ser valiosas para el individuo. Lo que se intenta conseguir en el proceso terapéutico es transformar las funciones, para que los movimientos de evitación no sean tan fuertes y por el contrario ahora la propia conducta de evitación del malestar se vuelva aversiva, o al menos que pueda ser bloqueada y ocurra cada vez menos.

Algunas preguntas para derivar funciones apetitivas a los valores personales podrían ser también las siguientes: «¿qué haría la persona que quieres ser?», «¿y si el malestar está en ambas direcciones?», «¿qué malestar tiene más sentido para ti?», «¿y si tu malestar fuese una parte necesaria del camino que te lleva a lo que es importante?», «¿estarías dispuesto a pasarlo mal?», «¿y si lo que te produce miedo está vinculado a las cosas importantes en tu vida, estarías dispuesto a sentirlas?», «¿prefieres vivir una vida sin malestar y sin estar donde quieres?», «¿tener malestar y la vida que quieres?».

Al cambiar el contexto verbal y hacerle ver a través de su propia experiencia que sus intentos por mejorar la situación precisamente constituyen el problema (por ejemplo, «si das los mismos pasos, vas a llegar al mismo sitio»), ahora el cliente está preparado o se siente con confianza para probar algo nuevo. El cliente toma contacto con la paradoja de que el malestar no se puede evitar, ya que está en ambas direcciones: los intentos por eliminar el malestar producen mayor malestar a largo plazo, al alejarlo de la vida que

quiere. Por ejemplo: evito mi miedo al avión, no siento miedo, pero tampoco vivo la vida que quiero (estudiar en el extranjero para ser mejor profesional). Aquí está la paradoja de la evitación, para que el malestar desaparezca tendría que dejar de importarle su profesión. Cuando el cliente es consciente de tal paradoja, estaría dispuesto a hacer algo nuevo con su malestar. En términos de la RFT, el propósito es conducir a la persona hacia movimientos de aproximación a sus valores y crear un marco verbal de jerarquía para derivar funciones apetitivas y hacer más probable su conducta o conectar el malestar con la vida que quiere. Se derivan funciones apetitivas al hecho de sentir malestar y se conectan con la dirección vital del cliente, favoreciendo así la aceptación de ese malestar para que no entorpezca la consecución de sus propósitos vitales. También se pone en un marco relacional de oposición la evitación y los valores. Si se sigue un tipo de regla, no se puede seguir la otra.

Por consiguiente, el cliente empezaría a tomar contacto con reforzadores verbales y con sus valores (con lo que quiere ser), por lo que se debilitaría el contexto verbal de su historia personal y se transformarían funciones que antes eran aversivas en otras reforzantes a lo largo de la terapia. La conducta de aproximación, al no evitar, permitiría nuevos aprendizajes relacionales y poner en práctica nuevas conductas que podrían obtener contingencias naturales en su vida diaria.

## **7. EL USO DE METÁFORAS EN LA RFT**

Las metáforas son recursos verbales que se utilizan durante la terapia para conseguir nuevos aprendizajes relacionales, serían ejemplos e historias que crean un contexto verbal diferente, pero que en algún momento tienen relación con la historia del individuo y los problemas que presenta. De esta forma, por equivalencia se establece también una relación entre la historia de la metáfora y la historia personal, conduciendo a nuevas reglas y equivalencias funcionales entre ambos aprendizajes en su historia y en la consulta. Son fáciles de recordar y contienen mucha información, además se pueden coordinar con otras clases de respuestas, lo que permite la generalización funcional. Es una opción más saludable que el seguimiento de instrucciones directas que se realiza en otras corrientes psicoterapéuticas.

Como se ha explicado anteriormente, el seguimiento de reglas podría conducir a la insensibilidad de las contingencias y a la rigidez o inflexibilidad, de la que hablábamos antes, lo que puede desembocar en problemas psicológicos. El propósito de las metáforas consiste en concentrar una gran cantidad de información de manera sencilla, en un ejemplo que atrape las funciones que queremos trabajar, para que se produzcan la transferencia y transformación de funciones de las reglas que sigue el individuo. Las funciones que un estímulo tiene para una persona pueden transformarse sobre la base de cómo se relaciona con otros estímulos. Si un estímulo tiene una determinada función psicológica (por ejemplo, ansiedad ante las exigencias laborales) y en un contexto dado se selecciona esa función como apropiada (por ejemplo, trabajar bajo presión mejora el rendimiento), estas funciones de estímulos que forman parte de esta relación pueden verse transformadas acorde a esta relación.

Las analogías y las metáforas abstraen relaciones entre eventos y permiten establecer relaciones de coordinación. «El lenguaje metafórico transfiere funciones desde un campo experiencial a otro, vinculando una red de conexiones con otra red, la cual abre rápidamente nuevas posibilidades (relacionarse de otra manera con los eventos privados) y actuar de manera diferente» (Foody et al., 2014). La transformación de funciones se considera el pilar central del comportamiento de autocontrol, alterando el valor de los estímulos presentes y haciendo posible una acción alternativa de cara al futuro. Por ejemplo, la precaución de no tener relaciones sexuales de riesgo tendría unas consecuencias aversivas que no se manifestarían en el mismo momento, sino a medio-largo plazo (posibles infecciones y problemas de salud). De esta forma, se renunciaría al placer a corto plazo que proporcionaría tener relaciones sexuales sin protección, pero el valor de la salud (como nueva regla o valor personal) actuaría transformando las funciones del placer inmediato. En cualquier caso, las funciones reforzantes de seguir la regla a largo plazo han de ser mayores que las de corto plazo. El uso de metáforas, además de permitir condensar gran cantidad de información de forma sencilla, permite la transferencia de funciones para estímulos equivalentes. Esto puede ayudar a recordar y tener siempre presente esa regla, de una manera permanente como «creencia» o «valor», en este caso, que guíe

sus relaciones sexuales.

En la construcción de las metáforas, el propósito del terapeuta es adaptar de manera flexible las metáforas a la historia personal de cada cliente, teniendo en cuenta el análisis funcional de las conductas problemáticas de ese cliente y los puntos en común con la metáfora o ejemplo que se quiera utilizar. Por tanto, con el uso de metáforas el cliente podrá ver ciertos aspectos de su propia conducta problema, sin que el terapeuta emplee una regla o instrucción directa para conseguir ese efecto de cambio de función.

Siguiendo el ejemplo de Foody et al. (2014), como aparece en la figura 6.1, existirían varios elementos en la construcción de una metáfora para utilizar en clínica (por ejemplo, en la metáfora de las arenas movedizas):

1. Deben ocurrir dos relaciones de coordinación separadas (por ejemplo, luchar contra el pánico de la ansiedad y luchar para salir de las arenas movedizas).
2. Debe derivarse una relación de coordinación entre estas relaciones (por ejemplo, luchar con la ansiedad es como luchar en las arenas movedizas).
3. El individuo debe ver una discriminación de una relación de coordinación-coordinación entre ellas (en este caso, el elemento de la lucha).
4. Finalmente, ocurriría una transformación de funciones basada en esta relación formal (por ejemplo, la lucha produce malos resultados, luego también luchar contra la ansiedad produce malos resultados).

En este ejemplo de metáfora, pues, la lucha en las arenas movedizas (donde es físicamente aplicable) se transfiere a la lucha contra la ansiedad, ya que comparten propiedades relacionales. Este fenómeno se define en términos de la RFT como transferencia de funciones de estímulo, desde el ejemplo de arenas movedizas a la conducta problemática de ansiedad. La lucha en las arenas movedizas se coordina con la lucha contra la ansiedad. A través de esta metáfora el cliente puede derivar la regla de que luchar le conduce a hundirse más, y que dejar de luchar o permanecer inmóvil conducirá a la solución. De esta forma, concluirá que la aceptación de la ansiedad reducirá los ataques de

pánico (figura 6.1). La respuesta que el cliente daba a la relación inicialmente, ahora cambia su función debido a la nueva relación que el terapeuta ha establecido a través de una metáfora.

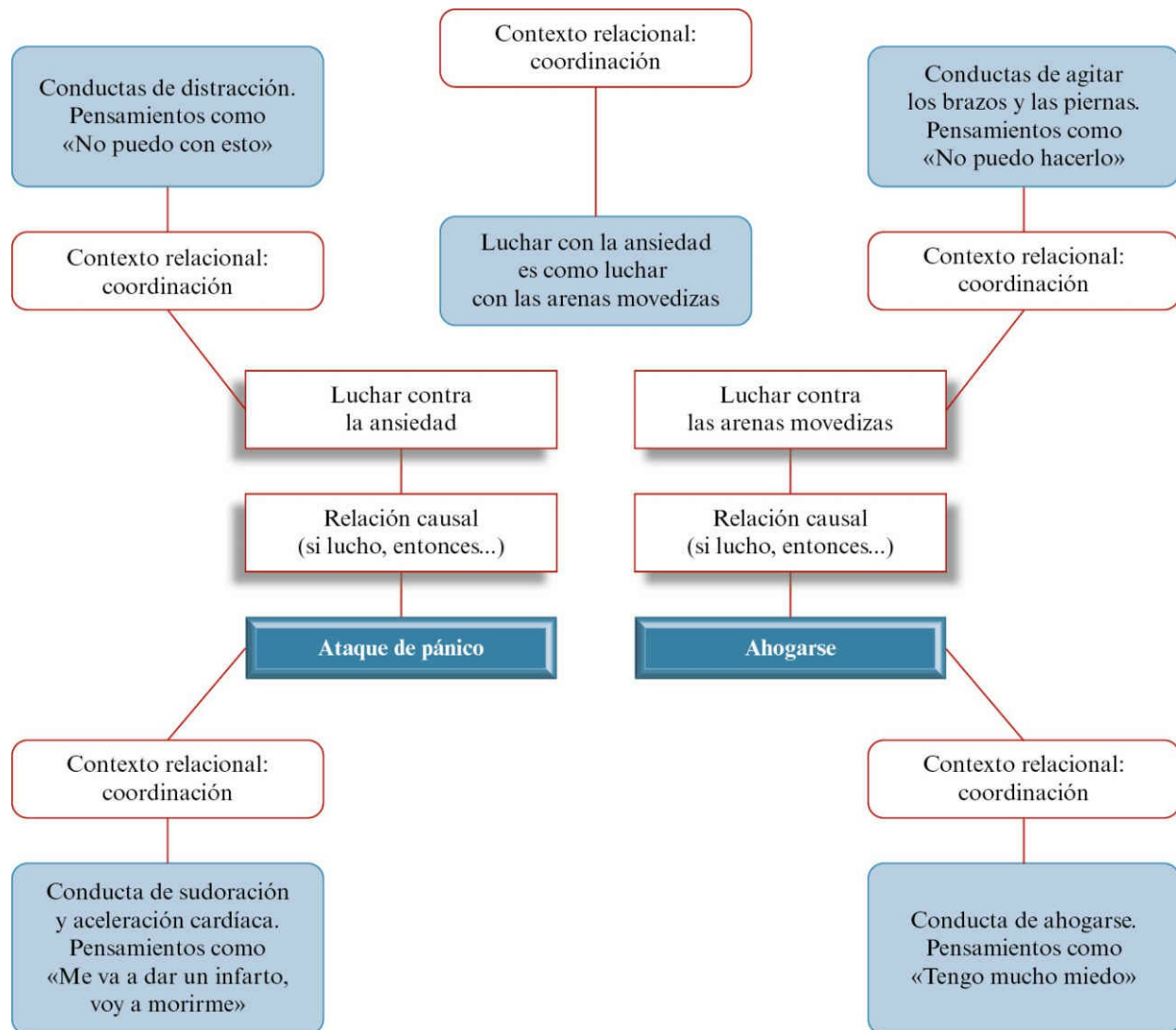


Figura 6.1.—Ejemplo de la equivalencia entre una metáfora basada en la RFT y el problema del cliente (Foody et al., 2014).

Lo importante para el clínico es conocer los principios de RFT y cómo funcionan las metáforas, de forma que pueda adaptarse a los repertorios y vivencias del cliente. Como un ejemplo flexible adaptado a la historia individual tras el análisis funcional puede servir el de un cliente con ansiedad que trabajaba en el campo y se dedicaba a la extracción de la miel en el

trabajo con abejas, se le adaptó la siguiente metáfora de manera breve, siguiendo los parámetros anteriores: «La ansiedad es como luchar con las abejas. Imagina que empiezan a rodearte muchas abejas. Cuanto más luchas e intentas desprenderte de las abejas, ¿qué ocurre? Aparecen más y pueden picarte con mayor probabilidad. La ansiedad funciona de manera similar, a mayor lucha se produce un empeoramiento. Por lo que, si recuerdas lo que haces cuando estás con las abejas (quedarte quieto), que es sinónimo de que no te pican tantas y puedes sobrevivir, la ansiedad sería igual: cuanto más luchas, más empeoras».

Las metáforas también permiten discriminar el propio comportamiento como algo externo o «allí», de manera distinta de «aquí». Esta relación diádica «aquí-allí» favorece enmarcar el propio comportamiento de manera jerárquica, por lo que el terapeuta ayudaría a enmarcar al cliente sus propias respuestas en jerarquía con el deíctico «yo-otros» y también el de «aquí-allí». De esta forma, con estos entrenamientos se enseña al individuo un repertorio alternativo como clase funcional para aumentar la probabilidad de emitir respuestas alternativas, discriminando de esta forma en su propia experiencia y las contingencias de esas relaciones. Esto transformaría las funciones de control contextual y generaría un repertorio más flexible y adaptativo.

En concreto, el procedimiento denominado *fisicalización* englobaría los aspectos más importantes de discriminar y enmarcar de manera jerárquica los eventos privados respecto al deíctico «yo», donde el individuo puede observarse a sí mismo como diferente de los eventos privados, y se pueden observar esos eventos sin necesidad de escapar de ellos. En resumen, las intervenciones clínicas que vayan destinadas a alterar las funciones discriminativas en la parte superior de la jerarquía podrían alterar las funciones desencadenantes de los niveles inferiores de la jerarquía. Por ejemplo, el terapeuta podría proponerle que observase lo que siente en un momento dado, y después diferenciar entre eso que siente y el «yo», como la persona que a su vez observa esa sensación, siendo ambos diferentes, haciéndole ver quién está en una relación superior, el «yo» por encima de las sensaciones que tenga él mismo.



## 8. FLEXIBILIDAD A LA HORA DE APLICAR LA RFT

La fluidez y la flexibilidad de los estímulos derivados en la RFT correlacionan consistentemente con el desempeño en otras tareas lingüísticas (O'Toole y Barnes-Holmes, 2009). Asimismo, el entrenamiento en estímulos derivados tiene aplicaciones para mejorar la inteligencia verbal. No obstante, el incremento en la capacidad lingüística y de relacionar estímulos derivados también puede desencadenar un aumento del sufrimiento psicológico, al responder a más estímulos en términos de otros. Es recomendable entonces utilizar solo los procedimientos anteriormente mencionados (marcos jerárquicos y deícticos del «yo») para evitar que las personas queden atrapadas por las funciones aversivas del contenido de los eventos privados.

Teniendo en cuenta que el lenguaje puede ser la causa del sufrimiento, y que el ser humano tiene la capacidad de derivar funciones aversivas sin tener experiencia directa con las consecuencias, es preciso entrenar al cliente para que responda de manera eficaz a esos eventos, en su mayoría privados, en lugar de generar un incremento al relacionar estímulos derivados con una función de evitación. El lenguaje nos permite avanzar en el conocimiento y la comunicación con otros, pero también tiene una contrapartida, y es que nos puede hacer sufrir más. Solo con imaginarnos un acontecimiento, puede elicitar miedo, tristeza, ansiedad, estrés, etc. No es necesario que los estímulos estresantes o ansiógenos estén presentes en ese momento, sino que el individuo asocie eventos privados a estos y responda a estos últimos como si fuesen los primeros. El lenguaje conduce a responder de manera simbólica, sin haber tenido experiencia directa con los estímulos. Por tanto, proveer de herramientas verbales y experienciales al cliente, para no caer en las trampas del lenguaje, es lo más importante en las aplicaciones clínicas.

En definitiva, la RFT es una teoría de base empírica que tiene como objetivo proporcionar una descripción analítica funcional del lenguaje humano y la cognición basándose en el análisis experimental del comportamiento. De ello se derivan procesos implicados en los problemas clínicos, como son la flexibilidad/inflexibilidad de seguir reglas, responder de manera simbólica o evitar los eventos privados constantemente. Todos estos principios y estrategias estarían involucrados en el mantenimiento de los problemas

psicológicos. No obstante, esta teoría está viva y en constante evolución, por lo que sigue encaminándose a desentrañar los procesos que producen las mejorías clínicas a través del análisis experimental de la conducta clínica y las interacciones entre terapeuta y cliente. No obstante, aunque tenga algunas limitaciones que no hemos recogido aquí, supone una teoría útil, con aplicaciones clínicas y raíces en los principios de aprendizaje.

# 7

## La Terapia de Aceptación y Compromiso

«Cuando ya no podemos cambiar una situación,  
debemos cambiar nosotros mismos.»

VIKTOR FRANKL (1961)

A lo largo de este capítulo se establecen los antecedentes y fundamentos filosóficos del enfoque psicoterapéutico que más evidencia empírica ha recabado a lo largo de los últimos 20 años en las terapias contextuales. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) recoge en sus principios esenciales un modelo transdiagnóstico, que concibe e interpreta el sufrimiento humano desde un punto de vista existencial y contextual, alejado de las categorías diagnósticas del DSM. Su formato dinámico, motor conceptual y diseño terapéutico hacen de esta aproximación un vehículo no invasivo para el cambio, obteniendo beneficios notables en diferentes condiciones clínicas.

La filosofía integral ofrecida en este libro pretende unificar los procesos más relevantes para producir mejoras en el ámbito clínico desde un punto de vista integracionista, teniendo en cuenta un *rationale* o filosofía de trasfondo común en su integración con otros mecanismos de cambio. Lo más relevante a la hora de intervenir en el contexto clínico es partir de unas bases comunes en lo que se refiere a filosofía de trasfondo que explica los procedimientos usados en la consulta, como por ejemplo el contextualismo funcional y la aceptación de los eventos privados, por lo que la simbiosis con la Psicoterapia Analítica Funcional en los próximos apartados es obligatoria, dadas las similitudes en la comprensión de los fenómenos psicológicos y contextuales bajo el mismo prisma.

### 1. LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

Durante los años noventa del siglo XX de manera precursora y novedosa apareció la primera versión de lo que hoy conocemos con el acrónimo de ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*). Esta primera versión fue conocida como «distanciamiento comprensivo», un nombre menos preciso que la versión final que hoy día conocemos. Fue bautizada al poco tiempo como Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 1999), con el primer libro completo que salió a la luz. Esta aproximación es la más representativa de las denominadas «terapias de tercera generación» y está enraizada en la filosofía pragmática del contextualismo funcional. Representa una dimensión contextual y funcional para entender y tratar la psicopatología humana, asumiendo que los problemas estarían centrados en la historia personal y en cómo las personas han aprendido a relacionarse con sus experiencias privadas. La evitación experiencial sería una dimensión diagnóstica funcional que se explica a través de la RFT (anteriormente descrita). Aquí se entiende el corazón del lenguaje como la derivación de las relaciones entre eventos bajo control, al menos en parte, de claves arbitrarias. Asimismo, ACT recoge y rescata la filosofía y conocimientos del análisis experimental y aplicado del comportamiento que sustenta tanto la metodología empleada como las interacciones clínicas que se desarrollan durante esta psicoterapia. El aumento de la flexibilidad psicológica será el objetivo fundamental propuesto dentro este modelo.

## **2. ACT COMO PROPUESTA PARA ABORDAR EL SUFRIMIENTO HUMANO**

Esta terapia no es solo una propuesta terapéutica, incluye una filosofía y una aproximación sobre cómo entender y abordar el sufrimiento humano. Desde esta concepción, el sufrimiento psicológico estaría inseparablemente unido a la existencia humana, pero paradójicamente el ser humano habita en un contexto cultural donde existen creencias extendidas en las que el sufrimiento se considera negativo y hay que erradicarlo. Del mismo modo que el lenguaje relacional permite adquirir una gran cantidad de información en poco tiempo (enamorarse, disfrutar, tener experiencias agradables y placenteras), también permite recordar experiencias desagradables del pasado o imaginarse posibles desgracias en el futuro.

Esta aproximación concibe los eventos privados molestos como parte de la existencia humana al habitar en un contexto social-verbal, además de las condiciones de un organismo con una serie de leyes sobre su aprendizaje. El centro de la terapia se encontraría en el lenguaje, que se analiza en términos de *Conducta Verbal* de Skinner (1957/1981), y que sería el contexto en el que se constituyen los problemas psicológicos, además de las variables y contingencias que han configurado la identidad de la persona. En otras palabras, la historia del individuo le ha conducido a problemas psicológicos, y es ahora cuando además de las contingencias y el contexto físico-social, se incluye un contexto verbal que mantiene esos problemas. Pero la explicación no es cognitiva, no son esos pensamientos o eventos privados la causa de los problemas, sino que la causa estaría en la manera que tienen las personas de relacionarse con esos problemas. Lo que interesa al clínico es conocer cómo se han formado y qué función tienen esos eventos privados en las conductas del individuo. Al contrario, no se centra en la forma o contenido que tengan, sino para qué ocurren, qué contingencias (sobre todo de evitación) los mantienen y perpetúan como problema en el repertorio del cliente.

La clasificación funcional denominada *trastorno de evitación experiencial* (TEE) (Hayes et al., 1996; Monestès et al., 2016), por entrar en el mismo juego terminológico de la clasificación taxonómica diagnóstica tradicional, sería la explicación de muchos de los problemas psicológicos humanos. El individuo se encuentra en una lucha constante con sus pensamientos y emociones, quiere eliminarlos, no quiere estar en contacto con ellos. De esta forma, el TEE se aduce como posible mecanismo de mantenimiento de esos problemas psicológicos. Se conoce también como *Evitación Experiencial Destructiva* (EED), puesto que a largo plazo consiguen mantener al individuo en conductas evitativas con formas diferentes según la clasificación psicopatológica al uso, pero todas con una función similar: eliminar o evitar experiencias privadas. Así, las personas pueden presentar problemas psicológicos con formas muy diferentes, bien conductas de pasividad depresivas, ansiosas y ataques de pánico, obsesivo-compulsivas de cualquier tipo, abuso de sustancias legales o ilegales, etc., pero tras un análisis funcional todas ellas podrían tener una función común en la evitación. El individuo con problemas depresivos podría estar evitando sus recuerdos y los problemas a

los que no quiere enfrentarse, o bien una persona con un problema de adicción al alcohol podría estar evitando toda la presión de sus emociones y pensamientos que le estresan de manera continua. De esta forma, pues, en ACT al igual que en otras psicoterapias contextuales se busca la función de los problemas psicológicos que presenta el individuo. La explicación psicopatológica no estará en la clasificación de categorías de conductas por la forma que tengan, sino en la función que cumplen esas conductas, y en esa función la «evitación experiencial» es una de las fundamentales según ACT.

Cuando se da esa evitación de forma continuada, podría desarrollarse un patrón de conducta que desde ACT se denomina *inflexibilidad psicológica*, que es una clase funcional/operante relacional, que correlaciona con numerosos problemas psicológicos. Son personas que muestran inflexibilidad en su repertorio de conductas, se mantienen siempre en unas rutinas de manera estereotipada, no cambian su forma de hacer y, aunque no les funcionen y estén adaptados al medio, prolongan el sufrimiento a largo plazo, y se torna en una vida carente de sentido. Asimismo, las personas que utilizan la evitación experiencial son más propensas a desarrollar una variedad de diferentes condiciones psicopatológicas.

La inflexibilidad se establece a través de múltiples ejemplos, donde la persona actúa en coordinación con sus eventos privados y sin discriminar como diferente a su «yo» y sus eventos privados. Este patrón de inflexibilidad se ha considerado como denominador común de la psicopatología en trastornos diversos, acordes a los criterios del DSM o CIE, dada la amplitud y comorbilidad. Esta dimensión funcional permite contemplar desde ACT todo el espectro psicopatológico de manera unificada a través del patrón rígido e inflexible de conducta. Los diferentes apellidos o etiquetas de los «trastornos» serían meras topografías o formas que adoptan las personas para modificar o «arreglar» los problemas de la vida cotidiana (estados de nerviosismo, tristeza, ganas de hacer algo, frustraciones, penas, etc.). Ante este malestar, y según su historia, cada persona reacciona de un modo diverso intentando eludir momentáneamente lo inevitable de las experiencias privadas, quedando atrapada en un *feedback* continuo de reforzamiento negativo que se retroalimenta con esas acciones destinadas a «mejorar el problema», cuando realmente lo empeoran a largo plazo. Este patrón inflexible se conoce por la

negativa de establecer contacto con las experiencias privadas molestas, tales como pensamientos, emociones, sentimientos, sensaciones, recuerdos. Los estudios experimentales han mostrado que los intentos de controlar los eventos privados mediante el escape o la evitación son contraproducentes y aún pueden aumentarlos más.

Por otro lado, este tipo de inflexibilidad encuentra también contingencias de reforzamiento positivo por el contexto cultural occidental, siendo coherente a nivel verbal luchar para eliminar el malestar. La persona que evita sus pensamientos y emociones tomando fármacos u otras acciones destinadas a ello, está dentro del caldo de cultivo social, siendo congruente con el sistema de creencias de occidente «para vivir bien tengo que eliminar el malestar». Pero el coste de la supresión de experiencias privadas conduce a la expansión paradójica de dicho dolor, y las consecuencias traducidas a la vida diaria consisten en acabar llevando una vida no deseada, un alto grado de insatisfacción, sensación de vida malgastada, de mero espectador de la propia vida, sin significado, vacía y miserable. A largo plazo, estas contingencias de reforzamiento negativo que mantienen la evitación aumentan el malestar y mantienen de manera crónica los problemas psicológicos, tanto individuales como sociales. De esta forma, los libros de autoayuda que prometen la felicidad, las terapias pseudopsicológicas que buscan conseguir el nirvana o que prometen hacer desaparecer la ansiedad, no serían sino formas «profesionales» de aumentar más ese efecto de cronificación de los problemas psicológicos y una extensión cultural de la evitación experiencial, además de adherirse a los principios del paradigma biomédico de erradicación de síntomas.

### **3. MÁS ALLÁ DE LA ETIQUETA DIAGNÓSTICA**

Una de las situaciones clínicas que podemos encontrarnos en las primeras sesiones al entrevistar a un cliente es que muestre informes clínicos, justificaciones detrás de una etiqueta diagnóstica, o la pérdida de esperanza ante la solución de su «problema», considerando raro o patológico lo que le ocurre y que además puede argumentarlo con diferentes terapias que ha probado. Esto no tiene que asustarnos; al contrario, tiene que alentarnos a

buscar estrategias diferentes a las que haya podido probar con anterioridad, profundizar más en la historia y en los resultados clínicos, tomando cada oportunidad que se presenta de este tipo como una posibilidad de crecimiento profesional. En casos resistentes o con dilatada trayectoria puede ser más fácil contactar con su experiencia y socavar los intentos por resolver el problema. Por ejemplo: «¿qué te dice tu experiencia cuando intentas librarte de la forma en la que lo haces de tu problema?». Estas situaciones proponen el terreno adecuado para que el individuo esté dispuesto a ir más allá de donde ha ido con otros tratamientos, creando una atmósfera que permite evocar y poner en la mesa la conducta problemática, para que asuma un rol activo en lugar de confiar exclusivamente en una técnica. No hay técnicas milagrosas, solo existe el esfuerzo y el trabajo duro, esto ha de argumentarse coherentemente, para motivar al individuo para que se involucre al 100 % y que nosotros haremos lo mismo, aunque también le diremos que sin su colaboración, honestidad e implicación, por muchos títulos que uno posea, poco se podrá hacer.

Esta es la transcripción literal de un caso que acude a consulta con varios informes:

- *Terapeuta:* Buenos días, me escribiste en el *email* que tenías experiencia con los psicólogos, ¿puedes contarme esto con mayor detalle?
- *Cliente:* Sí, llevo toda la vida en terapia. Fui diagnosticada por primera vez de ansiedad y depresión cuando tenía 16 años y a partir de ahí... Aquí tengo los informes. ¿Los vas a leer? Todos los psicólogos me los piden y lo leen.
- *Terapeuta:* Los leeré con gusto si quieres que lo haga, aunque ahora prefiero leerte a ti y que me cuentes tu experiencia en primera persona, que es lo que realmente me importa, cómo estás tú y cómo estás viviendo esta etapa de tu vida, para poder meterme debajo de tu piel y saber cómo puedo ayudarte mejor... A menos que pienses que un fragmento de papel me resuma toda tu vida o me vaya a dar más información que tú...
- *Cliente:* La verdad que no entiendo nada de lo que pone en el informe y no considero que me reflejen; al contrario, me definen con etiquetas



raras y me hace sentir peor...

— *Terapeuta*: He estado a punto de tirarlos, pero por respeto a ti no lo he hecho... (risas).

— *Cliente* (risas): Puedes hacerlo.

— *Terapeuta*: ¡Ahora mismo!

Esta interacción no pone en tela de juicio el trabajo con otros profesionales, fue la manera que se estableció para generar una alianza terapéutica sólida que iba más allá de la etiqueta. Esta puede ser una manera de ganarse la confianza y ponerse en coordinación, o que estamos en el mismo lado que el cliente. El terapeuta, al ver la aversión que le producen los informes, intenta restarle importancia al papel y centrarse en la historia como protagonista, en validar al cliente y en conectar con él.

#### **4. PRINCIPIOS ESENCIALES DE ACT**

Como ya hemos descrito anteriormente, ACT asume que los eventos privados no son causas, sino que son productos inevitables de la historia personal. El objetivo durante la terapia, por tanto, no estaría en alterar la forma o contenido de estos eventos privados, sino en alterar la función de evitación que suelen tener y hacerlo a través del cambio de contingencias que se manejen en el contexto social-verbal que se da durante la psicoterapia, de este modo se busca que el repertorio de la persona se convierta en más flexible para poder construir un horizonte de posibilidades y se traduzca en vivir una vida que merezca la pena ser vivida.

La intervención estaría dirigida a transformar las funciones vía relacional-verbal de sus propios comportamientos públicos y privados, para generar un estado de flexibilidad psicológica definida como una clase funcional/operante de responder a la propia conducta desde un marco de jerarquía con la perspectiva deíctica del «yo», para así dismantelar las funciones aversivas o perniciosas del lenguaje sobre la vida de las personas. En otras palabras, se intentaría conseguir que el individuo no actuase «cegado» por los pensamientos o emociones que le impiden vivir acorde a como quiere.

Esto conlleva necesariamente el hecho de que esta terapia tenga como

brújula y también como raíces los valores personales. Los valores no se entienden como adscritos a un catálogo que se puedan elegir, sino que se pueden considerar como reforzadores que se establecen verbalmente desde las primeras interacciones de la historia personal y serían aquellos que más han sido premiados a lo largo de esa historia. Los valores, aunque son reglas verbales que el individuo se autoaplica, en ACT se consideran desde un punto de vista más existencial y arraigados a la autotrascendencia. Por tanto, los valores se entienden como direcciones, no como objetivos finales alcanzables, por lo que un valor sería un camino, un proceso, una dirección (en la que se está o no se está), pero nunca se alcanza. Este valor es lo que otorga importancia a la vida y da sentido al malestar. Esto explicaría el hecho de actuar en determinada dirección aun existiendo dolor, por ejemplo soportar durante años el malestar haciendo una carrera por el significado que comprende terminarla, pero el valor mismo no está en terminarla, sino en llegar a ser un gran profesional, desarrollar el camino durante ese proceso, en aprender y disfrutar a la vez que se hace.

Otra fundamentación de ACT, que tiene su principal diferencia con otros modelos, es que su filosofía se basa en la *aceptación* en lugar del cambio o control como paradigma traducido a las estrategias terapéuticas empleadas como vehículo para la transformación del individuo. Hablaríamos de aceptar lo que no se puede cambiar y el compromiso con vivir una vida valiosa, asumiendo que el dolor está inherentemente ligado a la condición humana. Por tanto, el objetivo de ACT es generar un repertorio más flexible en el cliente, sin que sus eventos privados (pensamientos, emociones, recuerdos, sensaciones) le impidan alcanzar sus propósitos vitales. Además, ACT propone la aceptación de los eventos privados temidos, puesto que el intento de controlarlos es contraproducente a largo plazo, para que a través de esta aceptación se permita al individuo involucrarse en acciones valiosas.

Como paso inicial en la terapia y tras el análisis funcional (que no descriptivo) y para ir logrando que el cliente abandone el patrón habitual evitativo, se utiliza el procedimiento denominado «desesperanza creativa». Esto consiste en validar la experiencia real del cliente, sus emociones, la situación que está viviendo, y hacer explícito que lo único que no ha funcionado es la estrategia que emplea hasta ahora para solucionar sus

problemas. El control o reducción de sus síntomas no ha funcionado, tan solo lo hace a corto plazo, pero aumenta y mantiene a largo plazo el dolor y el sufrimiento. En términos de la RFT, el terapeuta trata de derivar funciones aversivas a esos intentos de control de su experiencia privada y a su estrategia de evitación. Por otro lado, el terapeuta deriva funciones reforzantes a los intentos de aproximación a valores en presencia del malestar. En suma, progresivamente el terapeuta empleará múltiples estrategias y ejemplos (equivalentes a la historia de cada cliente) donde sea evidente que hacer lo mismo no funciona, que evitar aumenta aún más el problema y que luchar contra sus eventos privados es contraproducente. El propósito es que su experiencia sea el árbitro absoluto hacia donde le han llevado sus intentos de solucionar su problema, para abandonar una estrategia que no ha funcionado, y que esté dispuesto a probar algo diferente para conseguir algo nuevo. El terapeuta va a extinguir, y a bloquear, los nuevos intentos de evitación que se produzcan durante la terapia, para impedir que el individuo continúe en su repertorio de evitación.

Con la *desesperanza creativa* al principio cabe la posibilidad de que los clientes se sientan perdidos, aturdidos, engañados por el proceso terapéutico, puesto que es contrario a lo que la cultura promueve, la evitación y las herramientas poco funcionales que la sociedad ofrece. Los clientes también pueden sentirse confundidos, porque el camino que han seguido ya no les parece viable y además sienten que han malgastado mucho tiempo y esfuerzos en ejecutar planes de acción que no han funcionado. Algunas de las preguntas que se pueden utilizar en la desesperanza serían: «¿cómo te ha funcionado la estrategia que has usado?», «¿qué te dice tu experiencia cuando haces eso?», «¿estás más cerca o más lejos de la vida que quieres?». En ningún momento se tiene que convencer al cliente de que la evitación no funciona o que debe abandonar el control y la lucha. Es la propia persona quien ha de obtener esas conclusiones a lo largo del diálogo socrático y las metáforas que conectan con su historia personal a través del prisma de los principios de conducta, que guían la intervención. Su experiencia tiene que ser el termómetro o indicador para conocer cuándo es el momento de hacer más probable el cambio, aunque el terapeuta puede aumentar esa probabilidad conectando el sufrimiento con los valores. En palabras de Nietzsche: «Si tengo un porqué puedo soportar

cualquier cómo».

El trabajo terapéutico desde ACT se centra por tanto en flexibilizar el repertorio del cliente para que aprenda a estar en contacto con sus eventos privados y que estos no le impidan alcanzar un horizonte valioso y trascendental en su vida. A través de los ejercicios experienciales, las metáforas y las paradojas que se utilizan durante las sesiones de manera continuada se persigue alterar la forma en la que el cliente se relaciona con sus eventos internos y cómo vive el día a día.

El propósito es alterar las funciones aversivas del lenguaje, creando nuevos aprendizajes relacionales, y extender estas nuevas relaciones a otras áreas de la vida cotidiana para que se produzca la generalización funcional de los objetivos terapéuticos. Esa generalización supone la transformación de funciones ya descrita anteriormente, es decir, al cambiar una nueva relación contextual-verbal se cambia también la función a la que estaba asociada. Estos cambios permitirán además que la persona contacte con las contingencias directas en su ambiente, no esté pendiente exclusivamente de evitar su malestar y promueva un nuevo repertorio más flexible y saludable para su vida cotidiana.

## **5. PROCESOS CENTRALES DE ACT A TRAVÉS DEL *HEXAFLEX***

Desde la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Teoría de los Marcos Relacionales se ha elaborado un esquema formal y gráfico de los distintos procesos relacionados con la inflexibilidad/flexibilidad psicológica. Serían procesos mediacionales, que, aunque se definan y midan de manera operacional, constituyen términos intermedios que describen los problemas psicológicos del individuo y los cambios propuestos para su solución. Este esquema gráfico, denominado *hexaflex*, serviría como un modelo ilustrativo donde agrupar los distintos procesos al evaluar al individuo, para tratar en mayor o menor medida cada uno de ellos a lo largo del proceso terapéutico (Wilson, 2007). De esta forma, desde una primera evaluación de los procesos de «inflexibilidad», a lo largo de la terapia debería conseguirse transformarlos en procesos de «flexibilidad», a través del entrenamiento en cada uno de ellos, que además interactúan entre ellos de forma sinérgica. No

obstante, esto es interdependiente del análisis funcional previo.

Esos procesos clave serían: aceptación, vivir el momento presente, el yo como contexto, la defusión, los valores personales, el compromiso y la acción. Levin et al. (2012) realizaron un metaanálisis de 66 estudios de componentes basados en laboratorio, que evaluaban los elementos y procesos de tratamiento del modelo de flexibilidad psicológica que subyacen en ACT. Encontraron efectos positivos para la aceptación, la defusión, el momento presente, los valores, en comparación con las condiciones sin esos procesos. Se podría afirmar que algunos de esos procesos están involucrados o que median el cambio en las demás variables dependientes, aunque es la evitación experiencial la que está significativamente involucrada en una amplia gama de trastornos psicológicos, asumiendo pues su papel mediador del cambio.

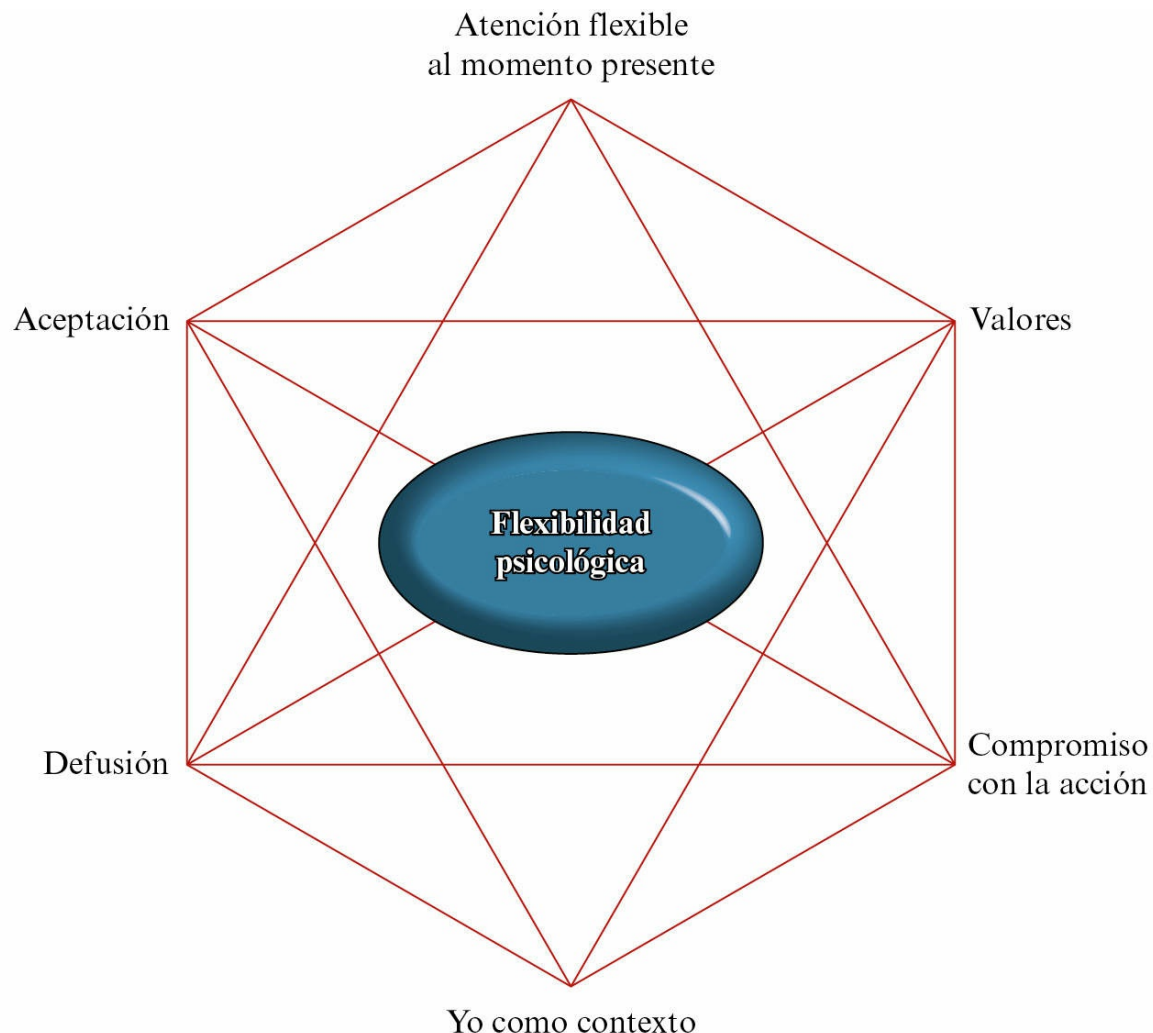


Figura 7.1.—Esquema del modelo de salud y factores de flexibilidad psicológica según el esquema del *hexaflex* desde ACT (Hayes et al., 2017).

No obstante, y tal como se argumenta durante todo este libro, el *hexaflex* es un modelo teórico general, que no tiene una fundamentación empírica en todos sus procesos bajo el modelo de la RFT, y no necesariamente tiene que conducir a la flexibilidad psicológica o a la mejoría clínica. Es un modelo teórico interesante en algunos aspectos relevantes, como la aceptación y los valores, pero se debe entender más como una guía introductoria, conceptual, docente, a la hora de entender el proceso psicoterapéutico de ACT, con algunos de los componentes importantes a desarrollar en el cambio terapéutico. Sin embargo, no deberían usarse esos procesos como explicaciones conceptuales o como guía psicopatológica, ni ejecutar estos procesos de forma topográfica o dogmática, sin haber efectuado previamente un análisis funcional individual sesión a sesión y esclarecer qué variables contextuales están manteniendo el problema. Individualmente se ha de valorar, tras esa primera recogida de información y análisis, qué componentes del *hexaflex* puede ser pertinente utilizar para los objetivos propuestos en la intervención clínica.

Los seis componentes de flexibilidad psicológica en el esquema del *hexaflex* serían los siguientes:

1. *Aceptación*. Es un proceso momento a momento que consiste en abrazar activamente los eventos privados evocados en el presente, sin intentos innecesarios de cambiar su frecuencia o forma, especialmente cuando hacerlo paradójicamente aumenta el malestar psicológico. Por ejemplo, a un cliente con ansiedad se le invita a que permita sentir lo que está sintiendo y lo observe, dándose cuenta de lo que hace su cuerpo, qué pensamientos aparecen y a dónde le conducen esos pensamientos y emociones. El propósito es abandonar la lucha por evitar algo que es inevitable: las emociones y pensamientos. La aceptación no es tolerancia pasiva o resignación, es un comportamiento intencional, activo, que altera las funciones de las experiencias internas y los intentos de supresión y se enfoca en esa experiencia, interesándose en ella, permitiéndose sentir lo que ya es, con interés, curiosidad, y como

proceso clave para empezar a vivir una vida valiosa en la que la persona tenga el control de su vida y no la tengan sus eventos privados. Es entonces cuando la persona elige qué hacer y no sus eventos privados, que eran los que controlaban eso. La aceptación en última instancia es un cambio funcional y permite además transformar o cambiar la forma de los eventos emocionales.

2. *Valores*. En ACT los valores se definen como consecuencias elegidas, construidas verbalmente, como reglas de seguimiento, con patrones dinámicos y evolutivos de actividad para los cuales el reforzador predominante se vuelve intrínseco al patrón de comportamiento en sí mismo. Los valores son direcciones valiosas que nunca se alcanzan, al contrario que los objetivos. Se está o no se está en la dirección, pero nunca se llegan a alcanzar, por lo que se considera una dirección y no un destino. Por ejemplo, ser un buen profesional no es un resultado que se pueda obtener de manera fija a partir de un título académico; es un proceso continuo que requiere acciones para seguir siendo buen profesional (formación, seguir trabajando, etc.). El día a día en el trabajo puede ser duro, pero reforzante a la vez, si ello tiene un significado trascendental en la vida de la persona (realización personal, mantener a la familia, pagar facturas). Por tanto, los valores no se eligen en un catálogo y tampoco son universales, aunque compartamos muchos de ellos con los demás seres humanos y como miembros de una cultura común; sin embargo, son personales e intransferibles y dependen de la historia personal de cada individuo. Los ejercicios de ACT utilizan los procesos de aceptación, defusión, momento presente, etc., para despejar el camino y que los clientes se encuentren más cerca de la vida que quieren (en su familia, relaciones personales y sociales, trabajo, etc.). Al elegir las direcciones de vida que son significativas, las personas pueden desconectar de los procesos verbales que conducen a conductas basadas en reglas de cumplimiento, en la evitación o en la fusión con los eventos privados. Se trata de cambiar hacia acciones más adaptativas de regulación conductual, para crear repertorios más flexibles que permitan vivir una vida con significado.
3. *Yo como contexto*. ACT busca dismantelar el apego al «yo-contenido»

(las historias fusionadas y evaluativas sobre quién soy) y promover el contacto con un sentido de relaciones deícticas basadas en el «yo/aquí/ahora»-«tú/allí/entonces/aquí» de la experiencia cotidiana. Así, según la experiencia directa y consciente, aparece el «yo» como contexto, que siempre ha estado presente, trascendiendo roles, pensamientos, emociones e incluso la experiencia del propio cuerpo. Dicho de otra manera, este sentido del «yo» es experiencialmente trascendente y sin forma (dicho en términos más orientales, no es «nada/todo»). La RFT proporciona una explicación conductual sobre cómo surge ese «yo» como contexto de carácter verbal y social (McHugh et al., 2004). Un sentido del «yo-trascendente» alienta a los clientes a experimentar sus propios pensamientos y sentimientos, y a no identificarse con el «yo-contenido» (por ejemplo, pensamientos del tipo «soy un fracasado», «estoy triste»). El «yo» como contexto se fomenta en ACT mediante ejercicios de atención plena, metáforas y procesos experienciales, donde se invita al cliente a que observe quién está observando esta experiencia, diferenciando quién observa y qué observa, también a través de la contemplación de la transitoriedad de los eventos.

4. *Defusión*. Este proceso implica la creación de contextos no literales y no evaluativos que disminuyan las funciones aversivas de los eventos cognitivos, para aumentar el contacto con el proceso continuo de relacionarse con los pensamientos como actividad, en vez de relacionarse con su contenido. Dicho de otra manera, el enfoque está en notar conscientemente el pensamiento a medida que se produce.

Se asume desde esta filosofía contextual que una gran parte de los problemas psicológicos está en el control común ejercido por palabras y emociones sobre otras conductas, de forma que el individuo confunde y reacciona de la misma manera ante las palabras que ante los eventos en sí mismos. Se trataría en la defusión de separar el control funcional ejercido por ambos, que se vean como separados, y el individuo no reaccione a las palabras (o pensamientos) con las emociones subsiguientes. Por ejemplo, cuando un cliente con una experiencia traumática habla o piensa en esa experiencia, inmediatamente se



emociona y reacciona a esa estimulación verbal (sea privada o pública) como si fuese la estimulación del suceso mismo cuando ocurrió. Con los ejercicios y metáforas del proceso de defusión, el terapeuta intentará que el cliente pueda describir esa experiencia, pero no reaccione a las palabras, y no esté apegado a la literalidad de sus palabras y emociones. Algunos ejemplos de técnicas de defusión incluyen «dar las gracias a los eventos privados» cuando aparezca un pensamiento indeseable, «ver cómo pasan los pensamientos como si estuvieran escritos en hojas que flotan en una corriente», repetir palabras en voz alta hasta que solo quede el sonido (desliteralización) o escribir los pensamientos en papeles para observarlos. Los clientes pueden practicar etiquetando el proceso de pensar (por ejemplo: «tengo la idea de que seré siempre un fracasado»), y practicar comportarse de una manera alternativa a lo que dice el pensamiento, es decir, que el pensamiento no se convierta en una barrera física real y no hacerle caso literal (por ejemplo, decir «no puedo caminar» mientras que uno camina por la habitación). El objetivo es no alterar la frecuencia o forma del pensamiento, sino aprender a que la persona no se deje llevar por el contenido de esos eventos privados.

5. *Contacto con el momento presente.* El contacto con el momento presente implica centrar la atención de manera voluntaria, intencional, flexible y sin juicios en lo que está sucediendo aquí y ahora. Implica regular la atención momento a momento y significa ponerse en contacto con lo que está ocurriendo tanto dentro del cuerpo como fuera. El objetivo es conseguir que el individuo sea más sensible a las contingencias, a los eventos externos y privados que le están sucediendo, esté centrado en el presente, en vez de estar continuamente pensando en el pasado o en el futuro. Desde ACT se promueve la observación ecuánime de las reacciones ocasionadas por estos eventos en el momento presente, como experiencias que están en continuo cambio y no son permanentes. En el momento presente el sentido del «yo» como proceso se experimenta como una serie siempre cambiante de conciencia de los eventos psicológicos, sean pensamientos, emociones o sensaciones corporales. El contacto con el momento

presente se puede fomentar también a través de la atención plena o *mindfulness*.

6. *Compromiso y acción*. La acción comprometida implica cambios de comportamiento que mueven al cliente hacia metas consistentes con sus valores. El propósito es que exista una congruencia entre la importancia de los valores y los pasos que da a lo largo de las semanas. Si bien los valores nunca pueden alcanzarse por completo, se hace explícito el compromiso de acción que involucran objetivos concretos a corto, medio y largo plazo, para que el nuevo repertorio adquirido en las sesiones se mantenga a largo plazo. Por ejemplo, un valor podría ser avanzar profesionalmente e implicaría quizá cambiar de trabajo. Una acción comprometida puede ser hacer entrevistas de trabajo, presentar currículos, formarse, etc. ACT fomenta el desarrollo de acciones efectivas vinculadas a los valores elegidos y que alteran las funciones vinculadas a la inacción, procrastinación, pereza, comodidad y la impulsividad o la persistencia evitativa. Supone un objetivo terapéutico a conseguir también en las fases finales de ACT, puesto que se busca que el individuo haya creado nuevas reglas y nuevas relaciones de su contexto verbal, teniendo como valores aquellas reglas personales que haya elegido, que camine y realice acciones efectivas en dirección a esos valores. Si el individuo lo consigue al final de la terapia, será capaz de continuar por sí solo todo el proceso, tendrá efecto a largo plazo y la congruencia con esos valores le acompañará durante toda la vida. Aunque existan momentos difíciles y recaídas, sabrá orientar de nuevo el rumbo hacia lo que le importa.

## **6. EVIDENCIA DE ACT**

La ACT es la terapia de tercera generación que más apoyo empírico ha recibido en los últimos tiempos. La evidencia de la utilidad de ACT ha crecido recientemente, mostrando resultados prometedores para numerosas condiciones clínicas.

Hayes et al. (2006), en su revisión más citada sobre la evidencia en la correlación de los diferentes estudios, componentes, procesos de cambio y

comparaciones de resultados, muestran que la evidencia disponible sugiere que ACT funciona a través de procesos diferentes, por encima de las comparaciones de tratamientos activos, incluida la terapia cognitivo-conductual tradicional (TCC). Tras examinar el impacto de los componentes de tratamiento sugeridos en ACT, encontraron tamaños significativos de efectos positivos para la aceptación, defusión, momento presente, valores, componentes de atención plena mixtos y valores, en comparación con los resultados de otras condiciones experimentales. Se ha demostrado que la evitación experiencial está relacionada con un amplio espectro de trastornos psicológicos y que las intervenciones basadas en las estrategias de aceptación son más eficaces que las basados en el control. Asimismo, ACT es eficaz en un amplio rango de condiciones clínicas como demuestran diversos metaanálisis (A-Tjak et al., 2015; Powers et al., 2009). Los resultados generales indican que ACT es un tratamiento más efectivo que el habitual o placebo, y que ACT puede ser eficaz en el tratamiento de trastornos de ansiedad, depresión, adicción y problemas de salud somática con superioridad a las listas de espera, grupo de control y los placebos.

También ha mostrado su utilidad aplicada de forma abreviada, mejorando sus niveles de actividad de manera superior a otra condición experimental activa en solo dos sesiones. También ha demostrado ser eficaz para la pérdida de peso en 12 semanas con 29 participantes con implicaciones en la aceptación para la mejora de las demás variables dependientes (pérdida de peso, impulsividad, etc.). Con respecto a las actitudes estigmatizantes, examinaron los resultados de una intervención multicultural con ACT, mostrando resultados positivos en la mejoría de las actitudes estigmatizantes tras el programa.

Para dejar de fumar frente al modelo tradicional TCC, se han encontrado resultados superiores en una muestra con 43 participantes, así como para reducir el consumo de sustancias también, teniendo como objetivo la evitación experiencial y el análisis funcional contextual del comportamiento. En adolescentes con diferentes barreras psicológicas en diferentes situaciones de sus vidas (hábitos sexuales saludables, el rendimiento en promesas de ajedrez y adolescentes con conductas antisociales e impulsivas), en las tres intervenciones los resultados fueron satisfactorios. En eventos vitales

estresantes y trastorno de estrés postraumático, ACT ha obtenido resultados positivos para tratar la ansiedad y la depresión en clientes con cáncer.

Por último y como mención especial, ACT se ha mostrado especialmente más eficaz en casos de dolor crónico, donde la aceptación del dolor predice un posterior efecto positivo. En otro metaanálisis con una muestra total de 1.235 clientes con dolor crónico, encontraron que la aceptación es una alternativa eficaz para personas que sufren dolor (Veehof et al., 2011). Asimismo, la aceptación del dolor explica una parte significativa de la varianza en ocho diferentes medidas de funcionamiento. En dolor crónico es el tratamiento de elección, con resultados iguales o superiores a los tratamientos establecidos y con diferencias sustanciales en los seguimientos con respecto a los demás modelos. En temas similares relacionados con la salud, los participantes redujeron los días de baja por enfermedad y una utilización del tratamiento médico significativamente menor en comparación con los participantes en la condición tratamiento médico usual. Este tipo de resultados tiene implicaciones económicas también para la sociedad, lo que ofrece ventajas al aplicar ACT en estos contextos.

Finalmente, se ha demostrado también que los terapeutas entrenados con ACT son más eficaces que los terapeutas TCC, aunque los terapeutas ACT en un primer momento se mostraran con más miedo. Los clientes tratados con ACT obtuvieron mejores resultados que los clientes del grupo de TCC.

En los metaanálisis los datos muestran mejorías respecto a grupos control y lista de espera, por ejemplo, pero no tanto respecto a otras intervenciones estandarizadas cognitivo-conductuales (Hacker et al., 2016). Aparece un mayor mantenimiento a largo plazo de la eficacia de la terapia, o mejorías en otros valores intermedios del proceso terapéutico. De hecho, otras revisiones sistemáticas y metaanálisis no indican esa superioridad en todos los tipos de problemas (Öst, 2014). Un análisis de revisiones de 20 metaanálisis ha mostrado que ACT es eficaz en todas las condiciones en que se aplicó, incluyendo ansiedad, depresión, adicciones, dolor y también grupos transdiagnósticos. Resulta superior a grupos placebo y grupos en lista de espera, así como otros tratamientos estandarizados, aunque sus resultados son similares a la terapia cognitivo-conductual (Gloster et al., 2020). No obstante, la intervención por parte de cada modelo tiene objetivos terapéuticos

diferentes, en la TCC se busca cambiar o eliminar el síntoma y en la terapia contextual se pretende aprender a convivir con el síntoma a través de la aproximación a los valores. Ambas comparaciones deberían ajustarse a los objetivos específicos de cada intervención para extraer resultados congruentes, por lo que no se pueden comparar en términos cuantitativos sino de forma cualitativa. El propósito es aunar esfuerzos para comprender qué es más eficaz de cada modelo y crear paradigmas que comprendan al ser humano de forma integral, basándose en los procesos clave para los cambios terapéuticos y se mantengan a largo plazo, siempre con una *rationale* común.

## 7. LIMITACIONES DEL HEXAFLEX Y SU MEDICIÓN

El entrenamiento ACT se puede entender también como un recurso que beneficia la salud en lugar de como un tratamiento. Se fomenta el desarrollo de habilidades para promover el bienestar, además el propósito es que sus efectos se extiendan y trasladen a todas las áreas o situaciones de la vida cotidiana. No obstante, las intervenciones en poblaciones con niveles moderados de malestar tienen un mayor efecto (Flaxman y Bond, 2010), pero potencialmente se pueden beneficiar todas las personas en general, actuando como un factor de protección y promoción de la salud frente a futuras dificultades.

Sin embargo, no siempre es fácil adaptarse a las necesidades de las personas y es preciso tanto adaptar el lenguaje de la clínica (tratamiento por intervención/formación) para llegar a determinado público, además de su integración con los elementos más importantes (análisis funcional), para producir los cambios en pocas sesiones. Para ello una opción es agrupar ACT en programas breves de entrenamiento, orientados a abordar problemas específicos de cada entorno adaptando el nombre a un formato más «comercial o accesible» (resiliencia, *mindfulness*, *coaching*, inteligencia emocional, etc.). En estos contextos resulta clave adaptar el lenguaje tanto a las necesidades prácticas como a un lenguaje sencillo, inteligible y libre de prejuicios, por supuesto, sin excluir las leyes que regulan el comportamiento.

Realizando un recorrido reflexivo por las investigaciones sobre ACT, podemos considerar el *hexaflex* y los seis procesos como una herramienta útil

en determinadas circunstancias y situaciones, debido a su atractivo en la aplicación práctica, así como su sencillez. No obstante, no todos los procesos tienen un respaldo en la RFT ni son propuestos como mecanismos causales del cambio terapéutico. La flexibilidad psicológica como mecanismo de mediación tiene que tomarse con cautela debido a que es muy probable que existan otros mecanismos de cambio implicados en la intervención con ACT que todavía no han sido definidos. Se han observado cambios también en la flexibilidad psicológica en otras intervenciones que usan procesos diferentes a ACT, lo que, por un lado, permite afirmar que quizá otras intervenciones produzcan flexibilidad desde otras estrategias de intervención diferentes, o bien que existan otros mecanismos, además de la flexibilidad, como parte de los cambios producidos (Niles et al., 2014). Por otro lado, el cuestionario comúnmente empleado para evaluar esa flexibilidad, el cuestionario de aceptación y acción (AAQ-II; Bond et al., 2013), ha sido correlacionado en otros estudios más como una medida de malestar que de flexibilidad (Tyndall et al., 2019; Wolgast, 2014), lo que abre el debate de nuevo sobre cuáles serían los mecanismos de cambio en ACT.

ACT ha demostrado ser una aproximación psicoterapéutica eficaz, efectiva y eficiente. Los apartados aquí descritos ofrecen una visión genérica y teórica de los componentes esenciales que guían el proceso terapéutico desde este modelo, para así pues poder plantear en los capítulos siguientes la intervención clínica con ejemplos y casos reales.

El hecho de que la evitación experiencial pueda ser un elemento común o categoría transdiagnóstica a una gran variedad de problemas psicológicos, y que pueda considerarse la evitación experiencial como el denominador común de muchos problemas psicológicos humanos, hace que los estudios de eficacia sobre ACT deban alejarse de las categorías diagnósticas clásicas, empleando categorías funcionales basadas en la individualidad y adoptar otras estrategias de comparación que permitan dilucidar los mecanismos de cambio efectivos. El propósito es determinar las variables realmente causales que producen la varianza de cambio en las personas y adscritas a un modelo filosófico que entiende y aborda la problemática humana desde el paradigma del contextualismo funcional.

Finalmente, ACT debería utilizarse como un método analítico de

comportamiento y que los profesionales utilicen ACT de una manera que sea consistente con su campo y su práctica, además del alcance individual de su competencia (Dixon et al., 2020). Se necesita más investigación que se centre en la calidad de vida y los procesos de cambio para comprender el valor de ACT y su naturaleza transdiagnóstica. Quizá las formas de investigación clínica dirigidas a probar la eficacia de procesos específicos, más que psicopatología o «tratamientos paquete», pueda arrojar en un futuro más luz sobre los procesos reales que producen el cambio terapéutico.

## 8

# La Psicoterapia Analítica Funcional

«Nuestro carácter es el resultado de nuestra conducta.»

ARISTÓTELES (384-322 a. C.)

Esta aproximación constituye la más relevante e influyente dentro de este libro para entender, abordar e intervenir el dolor psicológico de forma espontánea y genuinamente natural sesión a sesión. Comprende por un lado aunar los principios básicos del aprendizaje y el análisis de conducta en contextos clínicos con un envoltorio humano, cálido, sencillo, honesto, vulnerable e íntimo. Desde este modelo se desgrana la anatomía funcional de la relación terapéutica con diversos componentes centrales para producir los cambios. A nivel técnico, la Psicoterapia Analítica Funcional se concibe como una intervención para abordar problemas clínicos complejos que ocurren en la vida diaria. Los terapeutas pueden observar y evocar estos comportamientos problemáticos durante la sesión clínica, siendo esencial la alianza terapéutica para lograr resultados clínicos positivos. Los objetivos clínicos cuando se realiza esta intervención van dirigidos a observar y provocar comportamientos clínicamente relevantes, reforzar de manera diferencial y contingente un comportamiento más adaptativo en la sesión. La equivalencia funcional entre lo que ocurre dentro y fuera de la terapia es fundamental para el cambio. La evidencia empírica muestra que FAP es un enfoque eficaz para lograr mejoras clínicas en diferentes entornos y condiciones, además produce efectos sinérgicos en combinación con otras aproximaciones.

## 1. LA PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL (FAP)

La Psicoterapia Analítica Funcional (FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991; Tsai et al., 2009) es una terapia de conducta basada en el análisis funcional de la



conducta y el conductismo radical de Skinner. Esta terapia produce los cambios a través de contingencias de reforzamiento de manera natural, a través de una relación espontánea que surge dentro de la relación terapéutica que se considera cercana, íntima y de alta implicación emocional. Este modelo integrador y transdiagnóstico opera a partir del supuesto de que gran parte de los problemas psicológicos o el sufrimiento humano son de naturaleza interpersonal, y la relación terapéutica es un elemento clave y esencial para lograr las mejorías clínicas. Se otorga un énfasis analítico en la descripción del comportamiento en términos de funciones en lugar de topografías. Los creadores de esta psicoterapia no especificaron técnicas de tratamiento concretas fácilmente replicables, más bien explicaron tres tipos de conductas en las que fijarse y cinco reglas funcionales para guiar al terapeuta. Los autores de este enfoque integran su propuesta con un análisis funcional tradicional en contextos clínicos que incluye de manera novedosa y original el moldeamiento (reforzamiento de aproximaciones sucesivas hasta un criterio de conducta) del repertorio disfuncional que muestra el cliente. Durante la sesión clínica se emplea la relación terapéutica como modelo de relación interpersonal que sirva para generalizar lo que ocurre dentro de la terapia a la vida cotidiana y que los cambios se mantengan en el tiempo.

Esta terapia fue desarrollada tras analizar las mejorías que iban más allá de los objetivos iniciales de la terapia cognitivo-conductual, pues encontraron que los progresos clínicos más relevantes sucedían con aquellos con los que se estableció una relación terapéutica intensa, afectuosa y comprometida. Estos autores aplicaron conceptos conductuales para explicar el vínculo con estos hallazgos y la conexión entre las mejorías más destacables y el procedimiento para conseguir esos resultados positivos. Es decir, las habilidades terapéuticas son comportamientos específicos, y la cercanía sería el resultado de esas conductas.

La evidencia empírica muestra que este enfoque es eficaz para lograr mejorías clínicas en diferentes entornos y condiciones (Kanter et al., 2010, 2017; Valero y García, 2018). Esta aproximación ha sido diseñada con el propósito de ayudar a clientes que no mejoraban significativamente con la terapia tradicional debido a marcados problemas interpersonales y sociales. Al mismo tiempo, sirve para poder explicar también cómo algunos clientes

que recibieron terapia estándar mostraron transformaciones radicales que marcaron sus vidas, mucho más allá de las expectativas y objetivos iniciales propuestos de tratamiento. En el análisis de estas mejorías cada uno de estos casos que mejoró muy sustancialmente comprendía una relación terapeuta-cliente emocional e intensa. Este modelo trata de explicar estas relaciones entre terapeuta y cliente mediante un análisis funcional del comportamiento (Skinner, 1953/1978). Este modelo enraizado en el conductismo comprende una teoría contextual que pone en tela de juicio una realidad fija, adoptando el monismo y pragmatismo como su criterio de verdad. Este enfoque contextual-funcional se elabora para comprender al ser humano basándose en la historia personal única de cada individuo, que concibe la realidad como un producto del contexto. Consecuentemente, todo ser humano se comporta basándose en las contingencias de refuerzo que ha experimentado en las relaciones del pasado y las mejoras clínicas o el cambio psicoterapéutico también implican contingencias de refuerzo de manera natural que ocurren en la relación entre el cliente y el terapeuta. De esta forma, durante el proceso psicoterapéutico se enfatiza la historia personal, única e intransferible de cada individuo, además también ha registrado y hecho explícitos los comportamientos del terapeuta necesarios para provocar el cambio del cliente.

## **2. CAPTURAR LA VARIABILIDAD INDIVIDUAL: SOMOS LA SUMA DE NUESTROS ACONTECIMIENTOS**

Hay que tener en cuenta que la persona que vemos en consulta sentada frente a nosotros es la convergencia de vivencias y que su comportamiento es un producto de ello. Hay que considerar la interacción que ha tenido, por ejemplo, con sus cuidadores principales, como demuestran los estudios sobre el apego, cómo continúa durante la infancia, con amigos, en la adolescencia, con compañeros, parejas, cómo fue la edad adulta, qué trabajos tuvo, qué estudió. No es necesario preguntar directamente, pues quizá el cliente nos esté dando esa información en formato de relato o verbalización sobre otras experiencias o a través de nuestra interacción en consulta podemos establecer hipótesis causales. En el presente se manifiesta cómo ha podido ser la historia de contingencias que han forjado lo que ahora podemos ver. Si vemos a una

persona que difícilmente nos da una respuesta, timidez, mirada hacia el suelo, quizá ha tenido un entorno invalidante. Es conveniente preguntar si tenemos dudas, pero en el presente se está manifestando cómo ha sido su vida, es esto lo que tenemos que capturar, la variabilidad, que explicaría la función del comportamiento actual, además de las que están manteniendo el problema.

Estas pueden ser algunas de las intervenciones y preguntas que haga un terapeuta en FAP en las primeras sesiones: «piensa por un momento en las interacciones y relaciones más importantes que has tenido en tu vida», «piensa en las más profundas, alegres e inspiradoras», «también piensa en las interacciones que fueron las más dolorosas y desgarradoras, que terminaron en traición o desilusión», «¿qué lecciones viajan hoy contigo?», «¿qué hábitos sigues manteniendo y cómo se aprendieron?», «¿realmente quieres seguir esos hábitos?», «¿qué personas llevas sobre tus hombros en tu manera de vivir?».

### **3. LAS CONDUCTAS CLÍNICAMENTE RELEVANTES**

La FAP está concebida como un enfoque conductual, pero en particular basado en el contextualismo funcional para abordar los problemas clínicos complejos que ocurren en la vida diaria. Estos comportamientos problemáticos pueden ser observados, evocados y moldeados contingentemente por los terapeutas a través de una alianza terapéutica genuina que actúa como motor para la transformación clínica y para la obtención de resultados clínicos positivos. Está diseñada para modificar comportamientos que pueden ocurrir en sesión con una alta probabilidad, siendo así observados, evocados, moldeados y generalizados a la vida cotidiana. Debido a esto, utiliza los principios básicos del aprendizaje para obtener el máximo rendimiento de la relación terapeuta-cliente, centrándose en el establecimiento de un repertorio interpersonal más efectivo para llevar a cabo la generalización de estas nuevas habilidades a las relaciones en las vidas de los clientes. Habría, pues, que especificar los comportamientos clínicamente relevantes (CCR), para poder así aplicar los principios básicos del reforzamiento de manera contingente en la propia sesión (en vivo). Un supuesto clave es que la mayoría de los problemas de los clientes ocurren en el contexto de, o como resultado de relaciones interpersonales, debido a la

naturaleza social del ser humano. Además, también sostiene que los problemas del cliente que ocurren fuera de terapia también ocurrirán en sesión, aunque no con una topografía similar, sí con una función análoga. Es probable que el cliente se comporte, una vez establecida una relación entre ambos, de forma similar a como lo hace con el resto de sus allegados y entorno social.

De esta forma, el terapeuta ha de estar atento a tres tipos de comportamientos clínicamente relevantes: CCR1, que serían los problemas clínicos que ocurren en la vida diaria del cliente y que han de tener su correspondencia en conductas funcionalmente similares que también ocurran dentro de la sesión, entendidas como clase de respuestas; CCR2, que serían las conductas más positivas o mejorías que deberían irse produciendo dentro de la sesión y que tendrían su reflejo en la vida diaria de ese cliente, y CCR3, que serían las conductas verbales que describen relaciones funcionales, tanto dentro como fuera de la sesión, y actuarían también como reglas para dirigir el comportamiento futuro del cliente. A su vez, para manejar esas CCR se proponen cinco reglas terapéuticas que los profesionales han de tener siempre presentes a lo largo de las sesiones y que detallaremos en los siguientes apartados:

1. Observar las CCR.
2. Evocar las CCR.
3. Reforzar de manera natural las CCR2.
4. Observar los efectos del terapeuta sobre el cliente.
5. Proporcionar interpretaciones funcionales.

#### **4. RELACIONES ENTRE EVENTOS PRIVADOS**

Desde las terapias contextuales, y también el conductismo radical, los eventos privados no tendrían características o cualidades diferentes a otros tipos de comportamientos. Lo que el individuo piensa, siente, recuerda o sueña son conductas también, por lo que estas terapias se articulan en torno a su importancia y se abordarán como objetivos de cambio. La diferencia fundamental respecto a otras concepciones psicológicas más mentalistas o cognitivas es que son unas conductas como otras, relacionadas entre ellas,

pero que necesitan explicarse a su vez, y esa explicación se encuentra en la historia, en cómo se han aprendido esas conductas privadas y en las contingencias actuales que las mantienen, es decir, en su función.

Las explicaciones cognitivo-conductuales han dado un esquema de análisis de los problemas psicológicos basado en la relevancia solo de los procesos cognitivos como causa de los demás comportamientos. Son características de esta teoría los esquemas que muestran relaciones entre *A* (evento antecedente), *B* (creencia o pensamiento) y *C* (comportamiento o emoción consecuente). Se asume una secuencia lógica sobre cómo puede aparecer un antecedente, luego un pensamiento y finalmente una reacción de miedo. Por ejemplo, ocurre un ruido por la noche en una casa (*A*), aparecen pensamientos de «me están robando» (*B*) y aparece una consecuencia de miedo (*C*). En este caso existe una contigüidad entre *A-B-C*, apoyando la hipótesis cognitiva de que (*B*) es la causa de (*C*), aunque no debería pensarse en una hipótesis de causalidad, debido a que el pensamiento no es la causa de la emoción. El hecho de que temporalmente ocurra antes no implica necesariamente causalidad. En otra persona que tenga otra historia de aprendizaje diferente puede ocurrir ese mismo ruido (*A*), pero, aunque aparezca algún pensamiento de «me están robando» (*B*), no aparece miedo (*C*). Quizá en el primer ejemplo la persona ha tenido una historia de vivir en un lugar con muchos robos, o quizá ha presenciado algún robo, o le han contado que roban en la zona. Sin embargo, en el segundo ejemplo quizá la persona no tiene experiencia con robos, no aparece en su historia ese contenido, por lo que no aparece la emoción. En este caso podemos desmontar la hipótesis cognitiva, pues el pensamiento no es la causa de la emoción, dependerá de la historia de cada individuo. Además, desde William James se afirma que puede ocurrir lo contrario: oír un ruido, salir corriendo y luego sentir la emoción de miedo, incluso posteriormente tener el pensamiento ansioso sobre lo que ha pasado. Junto con esto, si intentamos cambiar (*B*) con otros pensamientos como «solo es el viento», funcionará a corto plazo, pero al tiempo volverán las preocupaciones sobre «me están robando», seguirán apareciendo debido a que se han configurado en la historia de la persona y el hecho de intentar cambiar los pensamientos puede aumentar su frecuencia e intensidad. El objetivo terapéutico aquí estaría en enseñar a la persona a vivir con sus pensamientos (*B*), sean de la naturaleza

que sean, observe si le están robando a través de su experiencia (ir a comprobar) o que permanezca con esos pensamientos sin necesidad de comprobar. En cualquier caso, no se busca alterar el pensamiento (*B*) para que cambie la conducta (*C*), porque sería un reforzamiento negativo y contribuiría a mantener la problemática a largo plazo. Finalmente, puede también suceder que las emociones (*C*) ocurran en ausencia de antecedentes (*A*) o que ocurran los antecedentes (*A*) y aparezcan a la vez las emociones (*C*) y los pensamientos (*B*). También se pueden dar más combinaciones, como que aparezcan pensamientos (*B*) en ausencia de antecedentes (*A*), o que aparezcan emociones (*C*) en ausencia de antecedentes (*A*).

En resumen, se busca que el cliente aprenda a convivir con los eventos privados que aparezcan y que estos no le limiten para vivir una vida coherente con lo que la persona quiere.

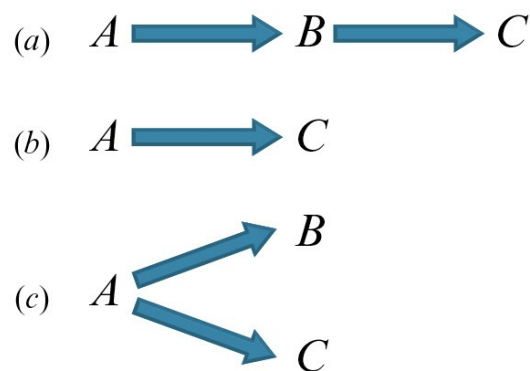


Figura 8.1.—Esquema de las diversas relaciones entre conductas (Kohlenberg y Tsai, 1991).

En definitiva, dentro de las terapias de tercera generación con base en el análisis experimental del comportamiento, el esquema *A-B-C* (o bien *E-R-C* de la triple contingencia) se encuentra en un continuo y no existe causalidad entre la cognición y las consecuencias. La cognición como tal puede no desempeñar un papel relevante en los problemas clínicos, más bien estaría en la manera de afrontar la vida, en las decisiones que la persona toma en presencia de determinados pensamientos y emociones. En consecuencia, los métodos de terapia cognitiva serán de una efectividad cuestionable y variable con diferentes clientes, dependiendo del papel que tengan los productos

cognitivos en el problema clínico. Así, el pensamiento no sería la causa de la emoción o de actuar en una dirección, solo los comportamientos que están relacionados arbitrariamente en la historia de cada individuo. Por tanto, existe una gran variabilidad individual. Bajo el prisma del contextualismo funcional, el pensar y el sentir serían una construcción socioverbal y las relaciones entre eventos privados y actos, que en un principio aparecen automáticas, surgen de múltiples ejemplos en la historia de ese individuo y devienen desde las interacciones sociales.

Las explicaciones centradas en los eventos privados, entendidas como causas del comportamiento, se siguen manteniendo debido al principio de causalidad contigua, que se potencia por la coherencia verbal de pensar un plan, ejecutarlo y que salga bien, quedando fortalecido y reforzado el «tener razón» o coherencia verbal. Además, la cultura promueve el tener razón, la coherencia verbal, la búsqueda de las causas, la literalidad y los porqués, haciendo insensible a la persona a las contingencias y favoreciendo el seguimiento de reglas verbales ineficaces a la larga.

## **5. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA COMO MECANISMO DE CAMBIO EN FAP**

El concepto de alianza terapéutica se remonta a los primeros escritos de Freud, que abordaron por primera vez la importancia de los sentimientos de afecto entre el cliente y el terapeuta como base para cualquier futuro beneficio terapéutico. El concepto de alianza también es acorde con la teoría de Rogers sobre la empatía terapéutica, la aceptación incondicional y la autenticidad, que constituyen condiciones imprescindibles para el éxito. Los investigadores de diferentes orientaciones teóricas han evaluado la alianza terapéutica de diferentes maneras, utilizando una variedad de medidas, y han encontrado consistentemente que la alianza terapéutica es predictiva del resultado final (Horvath, 2005). Esta noción sobre la relación terapeuta-cliente juega un papel central en el cambio terapéutico y es omnipresente en la literatura de la psicoterapia con un apoyo empírico.

Kohlenberg y Tsai, creadores de la terapia, dieron cuenta de que la relación terapéutica jugaba un papel crucial en el progreso de los clientes. Estas

relaciones terapéuticas son establecidas de manera espontánea en terapia y además se aplican los principios conductuales para explicar la mejoría de estos clientes. Este paradigma concibe la sesión terapéutica como un espacio más de la vida cotidiana, por lo que se puede combinar con casi cualquier tipo de terapia, produciendo efectos sinérgicos al combinarse con otros enfoques, como así ha sido demostrado. Se pueden contemplar ciertas similitudes, por ejemplo, con la transferencia del psicoanálisis, así como ciertas resistencias del cliente en sesión que encubren significados que no se manifiestan, todo ello desde el punto de vista de la evidencia y análisis del conductismo radical.

El propósito ha sido proporcionar una nueva perspectiva sobre la forma en que la relación terapeuta-cliente contribuye a los beneficios terapéuticos. Es decir, se analiza esa interacción como una relación funcional con un conjunto de contingencias que se mantienen en la conducta entre ambos. Se inicia mediante observaciones clínicas de manera natural sobre la interacción del terapeuta y los efectos que produce, para luego emplear los conceptos del análisis funcional del comportamiento para explicar estos efectos (Tsai et al., 2009; Valero y Ferro, 2018). Se ha combinado una simbiosis armónica entre el rigor científico que otorga el conductismo radical y el valor de la alianza terapéutica con el propósito de abordar problemáticas complejas que surgen en el contexto terapéutico.

Por otro lado, este proceso terapéutico conduce a los profesionales al límite de sus propias zonas de confort, que a menudo orbitan alrededor de la evitación emocional tanto desde el terapeuta como del cliente. Asimismo, salir de esta zona de confort y tomar riesgos está siempre guiado por la brújula de los principios de conducta, la ética y la máxima de servir al cliente en todo momento a vivir una vida más valiosa.

Dados estos supuestos, el terapeuta tiene la oportunidad única de utilizar la relación terapéutica para ayudar al cliente a desarrollar habilidades interpersonales más efectivas a la hora de ejecutar nuevas respuestas en directo para su posterior generalización funcional en el contexto del cliente. En suma, el terapeuta aprovecha la interacción terapéutica como el contexto relacional y verbal en el que producir los cambios terapéuticos. Pero al actuar sobre el cliente, también este actúa sobre el terapeuta, por lo que la interacción es recíproca y el terapeuta ha de tener siempre presente qué



cambios produce en el cliente y qué cambios están teniendo lugar en su propio comportamiento, como terapeuta y como persona.

Una vez identificadas las variables que mantienen la conducta problema a través del análisis funcional y tras esa comprensión de esa historia, la relación terapéutica una vez establecida se puede convertir en fuente de influencia en el comportamiento del cliente. Se trata de una influencia directa ejercida en el aquí y ahora de la consulta terapéutica, todo el proceso de cambio se ha de producir *in situ* en el contexto terapéutico y el psicólogo tiene que buscar el vehículo para producir esos cambios dentro de la propia relación establecida.

Cuando las personas buscan terapia, y especialmente cuando sus problemas psicológicos involucran dificultades relacionadas con otras personas, la relación terapéutica presenta una oportunidad para alcanzar los cambios, especialmente cuando el encuentro se produce de manera natural sin inventarse el uno al otro, observando los miedos, pretensiones, expectativas por ambas partes. Esta consciencia que emerge del presente permite ver con claridad lo que está ocurriendo y que nuestra conducta en sí misma sea eficaz en el trato clínico. Tomar y asumir riesgos implica trascender los límites del terapeuta en algunas ocasiones, pero para lograr los objetivos terapéuticos y reforzar de manera efectiva las mejorías del cliente, para responder de manera acorde a los comportamientos problemáticos, el terapeuta debe establecer una alianza terapéutica sólida y convertirse en una persona en la que se pueda confiar. El terapeuta será un modelo que provee de manera eficaz consecuencias sociales, como elogios o comentarios críticos y se convierte en un representante de la comunidad social del cliente. Por tanto, el terapeuta usa esta relación para ayudarlo a desarrollar habilidades más efectivas en la propia sesión y que el cliente intente estos nuevos comportamientos fuera de la sesión, para que el repertorio mejorado se generalice a otros entornos. Por ejemplo, en esta etapa el terapeuta utiliza la sesión como ambiente para reforzar los comportamientos relacionados con la capacidad de confiar en sí mismo, validar las propias opiniones, emociones y acciones, independientemente del terapeuta.

Este podría ser el ejemplo de un caso clínico donde el terapeuta puede adaptar rápidamente sus reacciones, según el análisis funcional y las CCR que aparecen en la primera consulta:

«Imagina que Sofia ha venido a sesión. Lucha por articular sus pensamientos. Parece que no puede encontrar un camino a través de las dificultades de la vida. Si como terapeuta te sientes ansioso por su incertidumbre o demasiado ansioso por ayudar, podrías morder el mismo anzuelo que su madre mordió: completar sus oraciones, ofrecer soluciones, apresurarse a resolver problemas. Con las mejores intenciones, el terapeuta corre el riesgo de perpetuar una interacción insidiosa en la que Sofia recibe el mensaje de que es deficiente y menos capaz que otras personas. En esta ocasión el terapeuta debe responder contingentemente y de forma diferente a su madre (que mantiene la conducta problema), dándole espacio, confiando en sus capacidades y no apresurándose en dar soluciones.»

## **6. REGLAS TERAPÉUTICAS EN FAP**

La relación entre las conductas del cliente y las del terapeuta es el eje central de la intervención y el motor del cambio. Al ser una terapia de corte conductual que deriva del análisis funcional del contexto terapéutico, lo que el cliente hace es funcionalmente equivalente a cómo se comporta fuera de sesión. Resulta esencial observar las condiciones en las que aparecen estas conductas problema. Por tanto, esta terapia se centra en los ejemplos de las clases funcionales y operantes que ocurren o se provocan en el contexto terapéutico. El objetivo es aplicar el moldeamiento, los principios del reforzamiento natural y las contingencias necesarias para que comportamientos más efectivos para la vida del cliente se puedan generalizar.

El mecanismo propuesto para el cambio clínico es el que produce el terapeuta de manera contingente al comportamiento del cliente durante la sesión, siempre teniendo en cuenta hacerlo en dirección a los objetivos terapéuticos. Los comportamientos denominados clínicamente relevantes (CCR) se determinan a partir de una conceptualización funcional de los problemas y objetivos informados por el cliente para la intervención. La tarea del terapeuta consiste en evocar y luego responder de manera contingente a las conductas problemáticas (denominadas CCR1) y reforzar conductas más adaptativas (denominadas CCR2). El terapeuta refuerza y aumenta de manera

diferencial las CCR2, mientras intenta disminuir la frecuencia de las CCR1. Asimismo, el terapeuta moldea y refuerza las interpretaciones funcionales que el propio cliente realiza sobre su comportamiento (CCR3).

Técnicamente, las CCR son clases de respuesta de comportamiento definidas funcionalmente, que el terapeuta ha de cambiar a lo largo del proceso y dentro de la propia sesión. Para ello ha de seguir cinco reglas, que los autores incluyen como orientaciones o instrucciones generales que el terapeuta ha de tener siempre presentes mientras desarrolla su tarea. Estas clases de respuestas aparecen en directo, aquí y ahora en el contexto terapéutico, por lo que se detallarán las reglas a continuación para un adecuado manejo en sesión:

- *La regla 1 consiste en observar las CCR.* Esta regla es un recordatorio para el terapeuta de que las CCR se producirán en sesión. Un cliente que tiene problemas para ser puntual en su vida, puede acudir tarde a la terapia. Un cliente que es sumiso con los demás, puede serlo también con el terapeuta. Un cliente que evita expresar sus emociones con los demás, puede actuar igual con el terapeuta. Un cliente que es impulsivo con los demás, también lo podría ser con el terapeuta. El trabajo del terapeuta es observar y darse cuenta de estos comportamientos a medida que ocurren.
- *La regla 2 consiste en evocar las CCR.* Esta regla sugiere organizar la sesión de tal manera que el terapeuta pueda evocar estos comportamientos en vivo, si no se han dado ya de manera natural. Esto se consigue generando un ambiente terapéutico que pueda provocar las CCR, hacer que aparezcan en vivo dentro de la sesión. Si las conductas problemáticas no se dan dentro de la sesión, no es posible cambiarlas. En general, no hay reglas para producir estas CCR, se tendrán que adaptar a la idiosincrasia de cada individuo. FAP ha propuesto diversos métodos evocativos: ejercicios en imaginación, las tareas para casa, libre asociación, cambio de contexto terapéutico, estructura temporal de las sesiones, final de la terapia, expresiones de afecto, silencios, etc. Lo más importante es la función y no la forma de evocar esas CCR, pudiendo adaptar diversos ejercicios y tareas de otras corrientes sin

perder el propósito de las herramientas que se empleen. Pero, de hecho, cualquier situación cotidiana que se dé dentro de la hora de sesión clínica podría evocar una CCR, por ejemplo una llamada de teléfono en consulta, los despistes del terapeuta, finalizar el proceso terapéutico o bien hablar de los honorarios de la terapia (Tsai et al., 2019).

- *La regla 3 consiste en reforzar de manera natural las CCR2.* De manera contingente se ha de reforzar cualquier mejoría observada durante la sesión del cliente. Esta es la regla esencial que define el mecanismo de cambio en FAP y es el momento clave de la terapia para consolidarlo como un avance o mejoría clínica. El énfasis consiste en hacer uso del refuerzo natural, de manera inmediata y contingente, para que tenga mayor efecto. Aunque el contexto donde se encuentra el terapeuta-cliente es limitado, dadas las condiciones controladas del entorno, una situación de despacho o un centro clínico, el terapeuta tendrá que ingeniárselas para evocar reacciones emocionales en los clientes y reforzar contingentemente las mejorías sin que parezca artificial este refuerzo. Generalmente, el cliente va a evitar las respuestas incómodas (CCR1), y el terapeuta tendrá que volver a evocar esta reacción del cliente para moldearla y convertirla en mejoría (CCR2), por lo que los terapeutas han de desarrollar relaciones genuinas y afectuosas con los clientes, para que ese contexto verbal y emocional proporcione las condiciones de poder reforzar de manera natural.
- *La regla 4 consiste en observar los efectos potencialmente reforzantes del terapeuta sobre las CCR.* El refuerzo se define funcionalmente como cualquier evento que conduzca a un aumento en el comportamiento del cliente. No se define topográficamente porque sea agradable o apetitivo, sino porque aumenta la conducta a la que sigue. De esta forma, el terapeuta siempre ha de hipotetizar acerca de si lo que está empleando es reforzamiento positivo, pero solo podrá estar seguro cuando observe los cambios de comportamiento del cliente a lo largo de las sesiones. Es decir, se han de observar las propiedades reforzantes entre la conducta del cliente y la del terapeuta. Si no hay cambios a lo largo de la sesión y entre las sesiones a lo largo del tiempo, es que no

están incluidos los reforzadores adecuados para esa historia personal concreta.

- *La regla 5 consiste en generar un repertorio en el cliente para que elabore reglas verbales.* Se trata de que elabore a su manera análisis funcionales sobre su vida y en sus propias palabras. Esto quiere decir que estas descripciones sobre lo que le pasa al cliente le van a ayudar a producir reglas más efectivas para comportarse (CCR3). Esta regla consiste en proporcionar interpretaciones funcionales de la conducta del cliente, y está destinada a resaltar cualquier conversación terapéutica en FAP en la que se describan las funciones de lo que el cliente hace o dice, identificando antecedentes y consecuentes para la conducta objetivo del cliente (CCR2). El propósito es mejorar la generalización de los logros obtenidos en la sesión a la vida cotidiana. En el manual los autores (Tsai et al., 2009) apoyan como estrategias de generalización el hecho de establecer siempre paralelismos dentro-fuera y fuera-dentro de la sesión, aunque también se utilicen tareas para casa como una estrategia de generalización.

Estas cinco reglas ofrecen unas bases sobre la actualización continua del terapeuta durante las sesiones, puesto que primero el terapeuta observa la aparición de la CCR1 (regla 1) o evoca una CCR1 específica (regla 2), responde de manera adecuada a esta conducta del cliente (regla 3), verifica que esta respuesta fue un refuerzo para el cliente (regla 4) y finalmente el cliente tiene la capacidad de hablar sobre lo que acaba de suceder en terapia para incluir una tarea relacionada en su vida cotidiana (regla 5).

A modo de ejemplo, en esta interacción dinámica durante las sesiones un cliente puede decir que no ha salido de casa porque estaba triste debido a una discusión familiar. Sin embargo, esta explicación está incompleta, ya que requiere información sobre las contingencias pasadas de la historia personal del cliente que expliquen la tristeza y no salir de casa. No todo el mundo que está triste se queda en casa, incluso no todo el mundo que discute con la familia se siente triste. Una explicación completa incluye este tipo de información basada en el contexto y las contingencias ideográficas del cliente. Hay que tener en cuenta el contexto, ya que no existen CCR1 o CCR2 de por

sí, de manera absoluta; va a depender de la historia personal de cada individuo. Aparentemente quedarse en casa triste puede parecer una conducta problema (CCR1), pero si por su historia es la primera vez que se permite ponerse triste y tomarse un respiro, sería una CCR2. El terapeuta tendrá que emular estas contingencias dentro de la sesión, también mediante la interacción con el cliente de forma inmediata, y moldear hacia repertorios más efectivos para que de manera natural se produzca una generalización funcional. En este caso, el terapeuta podrá crear las condiciones necesarias para elicitación la tristeza en el cliente (CCR1) con el propósito de que la persona se relacione de una manera más adaptativa y no le ocasione problemas la tristeza con sus familiares, como, por ejemplo, fomentar la comunicación con su familia y gestionar la tristeza sin que le impida seguir con su vida normal (CCR2). En este ejemplo el cliente puede darse cuenta de que también lo hace con sus amigos y en el trabajo (CCR3) y pueda trasladar el cambio a las demás áreas.

Hay que tener en cuenta, también, que estas CCR son definidas en colaboración con el cliente, según los objetivos de la terapia en cada momento, puesto que también pueden ir cambiando a lo largo del proceso de sesiones que se realicen. Pero estas cinco reglas serán una brújula para el terapeuta, que lo guiará en todo el proceso de intervención.

TABLA 8.1

*Esquema de los principios esenciales en FAP (Kohlenberg et al., 1993)*

Conductas clínicamente relevantes (CCR)
CCR1. Ejemplos en sesión de problemas de la vida diaria. CCR2. Ejemplos en sesión sobre mejoras en la vida diaria. CCR3. Comentarios del cliente sobre relaciones funcionales.
Mecanismos de cambio
El terapeuta de manera contingente responde para disminuir las CCR1 e incrementar las CCR2. Moldeamiento y reforzamiento diferencial.
Reglas

- Regla 1. Observar las CCR (estar alerta, ser consciente).
- Regla 2. Evocar CCR (tener coraje).
- Regla 3. Reforzar naturalmente CCR2 (ser terapéuticamente afectuoso).
- Regla 4. Darse cuenta del efecto de la conducta del terapeuta sobre el cliente.
- Regla 5. El cliente proporciona ejemplos de relaciones funcionales sobre su comportamiento y las generaliza a su vida cotidiana.

## **7. IMPORTANCIA DE LA HISTORIA PERSONAL Y LOS PROBLEMAS DEL «YO»**

La recopilación de información sobre las experiencias importantes en la historia del cliente tiene el propósito de servir para explicar el refuerzo de las conductas problemáticas y los motivos por los cuales no se reforzó, ni aprendió, una conducta alternativa interpersonal más útil.

Esta descripción hace posible ver cómo el comportamiento que puede ser contraproducente hoy en día tenía una función de adaptación en el pasado. Esta formación del «yo» está directamente interconectada con el refuerzo de las descripciones de los eventos privados. Un proceso adaptativo disfuncional con exceso o falta de refuerzo/castigo a lo largo del tiempo puede contribuir a una experiencia del «yo débil» que puede acarrear problemas psicológicos (Ferro y Valero, 2017). Por ejemplo, las expresiones de dolor castigadas por los padres, o las expresiones emocionales ridiculizadas en público, pueden llevar a la falta de aprendizaje de la comunicación adecuada de las propias necesidades. Los clientes que tuvieron sus comportamientos invalidados a menudo relatan no tener ningún sentido del «yo», presentando sentimientos de vacío y no sabiendo quiénes son, lo que les gusta o lo que anhelan en su vida. Esas personas aprenden a no confiar, o no identificar sus necesidades basadas en estímulos privados, pues tuvieron una historia de invalidaciones críticas. Las personas con la etiqueta de «trastorno límite de la personalidad» pueden, como consecuencia de ese historial, incorporar las ideas, la forma de vestir y las preferencias de otras personas, no tienen sus propios criterios, a menudo se muestran confusos incluso sobre su orientación sexual. En estos casos, sus propios comportamientos sociales y personales, expresión de deseos y emocionales suelen quedar bajo el control de las señales de aprobación del otro. Tienen dificultades en una relación personal, pues muchas de sus

experiencias estarían directamente ligadas al refuerzo del otro, no bajo control de sus eventos privados, de lo que piensan o quieren realmente, puesto que constantemente buscan señales externas de aprobación. El terapeuta deberá responder de manera acorde a esta historia para aumentar o disminuir la frecuencia del repertorio del cliente, al ser un representante de la comunidad social con la posibilidad dentro de la sesión de crear nuevas conductas más flexibles y funcionales. En esta etapa el terapeuta utiliza la sesión como ambiente para reforzar los comportamientos relacionados con la capacidad del cliente de confiar en sí mismo, validar las propias opiniones, emociones y acciones, independientemente del terapeuta.

## **8. USANDO LA CONCIENCIA, CORAJE, AMOR Y CONDUCTISMO PARA PROMOVER EL CAMBIO**

En FAP estas reglas para el terapeuta se han resumido en conceptos más genéricos como habilidades o capacidades del terapeuta, utilizando un vocabulario más alegórico, que describe a esta psicoterapia con los siguientes términos intermedios: *conciencia*, *coraje*, *amor* y *conductismo* (Holman et al., 2017; Maitland et al., 2017; Tsai et al., 2009). Desde esta terapia, pues, se pone énfasis en las habilidades y el entrenamiento del terapeuta, como base del cambio que este pueda producir durante la sesión.

- *Conciencia*. Se refiere a las habilidades del terapeuta para tomar conciencia de los problemas del cliente, aprender a identificar y observar las CCR, de forma que lo realmente importante es que el terapeuta sea consciente continuamente, momento a momento, de lo que ocurre dentro de la sesión, y sea capaz de observar cuándo ocurren las CCR y actuar en consecuencia.
- *Coraje*. Se refiere a la regla 2 sobre habilidades y capacidades del terapeuta para ser valiente, crear situaciones dentro de la sesión de manera que provoquen CCR, de esta forma el terapeuta ha de ir más allá de su zona de confort, de lo que está acostumbrado como terapeuta y de utilizar cualquier circunstancia para que las CCR puedan darse en su presencia. Esto supone coraje y valentía en el terapeuta, puesto que en



ocasiones puede suponer conductas fuertemente emocionales del cliente, incluso agresividad o insultos, debido a que son las conductas problemáticas que esa persona tendría en su ambiente cotidiano y el terapeuta ha de evocarlas para poder modificarlas. De otra manera, si el terapeuta es cauto y no quiere encarar fuertes situaciones emocionales, actuaría de manera errónea, puesto que cada reacción del cliente dentro de la sesión supone emular las contingencias necesarias en directo para producir el cambio.

- *Amor*. Se refiere a la regla 3 sobre reforzamiento natural, puesto que para que sea efectivo con un adulto el reforzamiento ha de ser lo más natural posible, es decir, lo habitual que suela darse en una interacción cotidiana. No es muy adecuado estar diciendo siempre «muy bien», «de acuerdo», «me gusta lo que dices», etc., son alabanzas que pueden actuar como reforzamiento positivo, pero no son las habituales en una conversación entre adultos. De ahí que sea fundamental crear una relación afectiva, profunda e intensa, entre cliente y terapeuta para que en ese contexto pueda darse un reforzamiento que no sea artificial o forzado, que no solo va a incluir elogios, sino sonrisas, gestos, contacto físico o autorrevelaciones del terapeuta. Cuando esa relación se basa en el «amor terapéutico», el efecto del reforzamiento podría ser más genuino y aceptado por el cliente.
- *Conductismo*. Por supuesto, se refiere al conjunto de habilidades en el manejo de relaciones funcionales y de las técnicas de modificación de conducta habituales, especialmente el moldeamiento, que son las técnicas de base que se ponen en marcha a lo largo de los diálogos e interacciones terapéuticas. Es decir, el terapeuta ha de conocer en profundidad los principios del comportamiento y las técnicas del análisis funcional para que pueda utilizarlas y adaptarlas a cada individuo en concreto, usando su propio repertorio tanto de expresiones como de emociones privadas, como contingencias para cambiar la conducta del cliente.

En definitiva, se utilizan los principios de conducta para crear un ambiente que nutre de conciencia, coraje y amor terapéutico, y que concibe la relación

terapéutica como el vehículo para la transformación del cliente. El propósito, pues, es mejorar la eficacia de la terapia para ser consciente de lo que está ocurriendo en sesión momento a momento: (1) sensaciones, pensamientos, sentimientos del terapeuta; (2) valores, necesidades, objetivos, impacto de la historia en el propio terapeuta, empatía y repercusión en la otra persona; (3) tomar riesgos al servicio del cliente, experimentar vulnerabilidad, cercanía, conexión, establecer límites, pidiendo y dando retroalimentación; (4) reforzar de manera afectuosa y contingente, con aceptación, proporcionando seguridad, comprensión, cercanía y vulnerabilidad recíproca, que serían el resultado de interacciones previas siguiendo las leyes del aprendizaje.

## **9. EFICACIA DE FAP EN DIFERENTES CONTEXTOS Y CONDICIONES CLÍNICAS**

Este enfoque ha demostrado ser efectivo, logrando mejorías clínicas en diferentes contextos y condiciones. Está indicado para mejorar el funcionamiento social, para mejorar comportamientos clínicos complejos y problemas de naturaleza interpersonal.

En las siguientes intervenciones con FAP se han encontrado resultados positivos y evidencias que avalan esta aproximación como un modelo eficaz, como por ejemplo en casos clínicos de celos, ansiedad sin agorafobia, dolor crónico, trastorno de estrés postraumático, patrones agresivos-desafiantes en un niño, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión, trastornos de personalidad, etc. (Singh y O'Brien, 2017). También para niños y adolescentes, en grupo, para mejorar el funcionamiento social, para dejar de fumar con 290 clientes, resultando el modelo combinado de ACT y FAP como el tratamiento más eficaz en comparación con el bupropión, además con mejorías consistentes a largo plazo (Gifford et al., 2011), en fumadores con depresión. También se ha mostrado su eficacia frente a grupos control en lista de espera para tratar problemas de ansiedad (Maitland et al., 2016a). Se han realizado estudios para comprobar los procesos y mecanismos involucrados en el cambio terapéutico y existe apoyo consistente que apunta a que el mecanismo de cambio es el refuerzo contingente del terapeuta como representante de la comunidad social. También es eficaz cuando se aplica de

manera ideográfica en problemas conductuales y delimitados por el análisis funcional, en concreto en el funcionamiento social. En los estudios de revisión que se han hecho se observan los hallazgos positivos desde hace ya dos décadas (Mangabeira et al., 2012; Valero y Ferro, 2015, 2018).

En el metaanálisis de Kanter et al. (2017) se analizan las características de 31 intervenciones clínicas, todas ellas con resultados positivos. La media de sesiones fue de 13,6 y en las características del estudio se incluyen tanto estudio de caso, ensayos clínicos aleatorizados y sin aleatorizar, no experimentales y con diferentes tratamientos.

### **9.1. FAP: un modelo transcultural**

La competencia cultural implica respetar, valorar e integrar el contexto sociocultural de clientes culturalmente diversos y validar sus percepciones sobre problemas y soluciones que pueden estar en desacuerdo con las perspectivas generales. Las metas e intervenciones terapéuticas deben ser coherentes con los valores y contextos de vida del cliente. Por esta razón, es fructífero discutir tanto las normas del cliente como las normas culturales generales cuando sea relevante durante la evaluación y la planificación del tratamiento. En la conceptualización de casos se propone la recopilación de información sobre experiencias importantes de la vida, que son las que explican el refuerzo de las conductas problemáticas y el motivo por el cual no se reforzó y aprendió una conducta interpersonal más útil. Esta descripción hace posible ver cómo el comportamiento que puede ser contraproducente hoy en día tenía una función de adaptación en el pasado, y llama la atención sobre las consecuencias que pueden tener actualmente estos repertorios dañinos. Cuando un cliente es de una cultura diferente, es esencial que su identidad cultural y su nivel de aculturación se evalúen como parte de la historia relevante. La experiencia del cliente podría verse influida por ser miembro de un grupo que históricamente ha luchado con las consecuencias aversivas asociadas con la marginación, el estrés de la inmigración y la adaptación. Las conductas de indefensión o contraproducentes pueden surgir de tales condiciones, por lo que es necesario conocer cómo la comunidad de un cliente ha reforzado las prácticas y suposiciones de sus miembros, así como el

conocimiento de eventos históricos clave y factores ambientales como las condiciones económicas o políticas actuales.

Es posible que existan diferencias entre la explicación causal del cliente de los problemas de la vida diaria y el análisis funcional del terapeuta de esos problemas, y puede ser necesaria una negociación explícita con respecto a cómo el contexto cultural de las técnicas de cambio se utilizarán y aceptarán, por ejemplo defender el machismo porque en su país existe una dictadura y por tanto es lo que promueve el contexto. Si el compromiso de estas personas es adaptarse a su cultura, el terapeuta deberá entender esa cultura y cómo el contexto promueve una serie de patrones sociales que en otros contextos sería difícil que se sostuvieran (Fideles y Vandenberghe, 2014).

Cualquier relación terapéutica comienza automáticamente desde una perspectiva multicultural porque la terapia es la interacción entre dos individuos que representan dos microculturas únicas. Cada cliente es una microcultura, que posee historias culturales, sociales y de refuerzo muy diferentes de las del terapeuta. Cuando los clientes experimentan el poder para crear un cambio dentro de la relación terapéutica, ese poder para efectuar el cambio puede generalizarse en sus relaciones sociales y familiares y, en última instancia, en su entorno (Miller et al., 2015).

Este modelo ha probado su eficacia en diferentes culturas y existen numerosos trabajos desde hace décadas en esta línea de trabajo. Estos datos agregan aval empírico específico a la afirmación de Hayes et al. (2004) de que los procesos centrales de FAP están sólidamente bien fundamentados por una amplia base de principios del comportamiento y mecanismos de cambio respaldados empíricamente.

## **9.2. Aplicación de FAP en diferentes contextos y condiciones clínicas**

FAP comenzó aplicándose siempre en el contexto de la terapia individual de adultos, en situaciones de tipo ambulatorio o clientes externos, con sesiones semanales habitualmente. Sin embargo, progresivamente se ha extendido también a otros contextos clínicos, aplicándose FAP a problemas de adolescentes (Gaynor y Lawrence, 2002; Cattivelli et al., 2012) para tratar

problemas de relaciones sociales, intimidad y agresividad entre esos adolescentes. Se ha aplicado en un formato de grupo (Vandenberghe y Do Rego-Leite, 2018; Ruiz y Ruiz, 2017) para tratar relaciones afectivas y de pareja, y otros problemas de relaciones sociales. Incluyendo también una variedad denominada *Functional Analytic Rehabilitation* (FAR; Dystra et al., 2010) para tratar personas con trastornos mentales graves dentro de instituciones psiquiátricas. Incluso ha comenzado a realizarse *online* a través de Internet de forma experimental para entrenar terapeutas (Maitland et al., 2016a). Una revisión sistemática de las diferentes aplicaciones y contextos donde se ha aplicado FAP puede encontrarse en Ferro et al. (2016) y Valero y Ferro (2015, 2018).

### **9.3. Integración de FAP con otras terapias**

Como se ha descrito anteriormente, el contextualismo propone las raíces y un modelo para operar con los problemas psicológicos, donde cualquier intervención puede ser efectiva en el contexto adecuado. Esta postura integradora incluye cualquier técnica que se pueda ajustar al propósito y al servicio del cliente, teniendo en cuenta la función y no la topografía de los problemas. Del mismo modo, una misma intervención puede no adaptarse en circunstancias similares, por lo que el contexto y la naturaleza de los principios de conducta son los que han de guiar la intervención de manera flexible.

Los integracionistas de la psicoterapia generalmente enfatizan la apertura a otras escuelas y técnicas. El integracionismo se diferencia del eclecticismo en que el primero proporciona «algún marco coherente (aquí el contextualismo funcional) para predecir y entender el cambio», por lo que la coherencia teórica para comprender los procesos involucrados como mecanismo de cambio es crucial para comprender por qué se utilizan los procedimientos en cada momento y su aplicación flexible basada en la historia personal de cada cliente.

Aunque el ser humano comparte principios comunes, las contingencias que originaron las clases de respuestas son únicas y han de tenerse en cuenta para que se produzcan mejorías estables a largo plazo. Este fundamento teórico y un

correcto análisis funcional proporcionan una gran fiabilidad y precisión a la hora de ejecutar funcionalmente las estrategias más adecuadas para cada cliente. No solo es importante saber que un modelo funciona, de manera más profunda es necesario conocer exactamente qué ha funcionado y cuáles son los mecanismos de cambio. En el caso de FAP, se especifican esos mecanismos, donde la interacción verbal entre terapeuta y cliente enmarcan el contexto donde se desarrollan los cambios terapéuticos, que tendrían su base en los principios del comportamiento implicados en esas interacciones (desde la evitación al reforzamiento natural o al moldeamiento). En el caso de ACT, también se especifican esos mecanismos, con conceptos mediacionales como la evitación experiencial, la flexibilidad psicológica y procesos como estar en el presente, la defusión, manejo de valores personales, el compromiso o la toma de decisiones para actuar, pero a su vez tendrían su base en los principios más básicos del análisis de conducta.

Por este motivo, la recopilación de información sobre las experiencias importantes en la historia del cliente tiene el propósito de servir para explicar el refuerzo de las conductas problemáticas y los motivos por los cuales no se reforzó ni aprendió una conducta alternativa interpersonal más útil. Conocer la función de adaptación en el pasado ofrece información sobre las consecuencias que pueden tener actualmente estos repertorios disfuncionales.

Por sus elementos comunes, la integración de FAP con la ACT, que se ha denominado FACT (Callaghan et al., 2004), ha obtenido resultados positivos en numerosas condiciones clínicas, como por ejemplo en su primera aplicación en un caso de exhibicionismo o para dejar de fumar.

La integración de FAP con la Activación Conductual se ha propuesto y corresponde un complemento que ayuda a mejorar las interacciones dentro de la sesión, buscando reforzadores naturales de las conductas del cliente con problemas del estado de ánimo. Su combinación ha sido exitosa con terapias que promueven el *mindfulness* y tiene su ejemplo en el estudio de Bowen et al. (2012), donde los participantes en el grupo de terapia combinada con FAP y *mindfulness* informaron de una mayor conexión con los otros y menor evitación experiencial.

Con la terapia cognitiva se ha denominado FECT (FAP, *Enhanced Cognitive Therapy*; Kohlenberg et al., 2002). En este estudio mejoraron el 79

% de los participantes en el grupo FECT, mientras que el grupo tradicional con terapia cognitiva fue del 60 %. Además, los clientes mejoraron en mayor medida en variables de la vida diaria después de la terapia FECT.

La observación de cómo los problemas de la vida cotidiana pueden aparecer en directo en la sesión y el establecimiento de las conductas objetivo o CCR2 contribuye a que los clientes comprendan la naturaleza de las relaciones funcionales y sus aplicaciones en las demás relaciones íntimas. La relación terapéutica ha sido considerada desde los inicios históricos como uno de los aspectos más importantes para generar cambios clínicos, no solo a través de la confianza que produce en los clientes sino como estrategia terapéutica en sí misma para modificar el comportamiento de los demás durante la sesión. El análisis funcional, la comprensión de la historia de cada individuo, generar un vínculo íntimo y sólido desde el inicio, ofrecer una respuesta contingente a las mejoras de los clientes a través de las reglas terapéuticas constituyen los procesos clave para producir mejoras en numerosas condiciones clínicas.

Como ventaja cultural sobre este modelo de intervención basado en FAP, los hallazgos y los terapeutas de diferentes culturas sugieren que las técnicas y los principios de este modelo son universales, en la medida en que se basan en el análisis funcional de las circunstancias de la conducta, el contexto y sus consecuencias.

## 9

# ACT en breves períodos de tiempo

«Lo bueno, si breve, dos veces bueno.»

BALTASAR GRACIÁN (1601-1658)

Las exigencias de la sociedad actual generan una serie de aplicaciones de la psicoterapia en contextos donde anteriormente era impensables. Cada vez existen más servicios prestados de manera breve en ambientes de atención primaria, escuelas, cárceles, servicios de asistencia a domicilio, empresas, hospitales, terapia *online*, etc. Los programas tradicionales o protocolos de tratamiento con sesiones convencionales múltiples no son realistas en estos entornos ni se adaptan a las exigencias pragmáticas del día a día. Incluso en contextos de tratamiento especializado, los recursos son muy limitados, como ocurre en los de atención primaria en los hospitales y otros centros, las listas de espera son elevadas, el número de clientes aumenta y el estrés tanto en los profesionales como en los clientes ha creado un contexto particular para el crecimiento de modelos terapéuticos que se ajusten a las demandas actuales. Estas circunstancias favorecen la condensación de actividades, tanto en la evaluación como en la intervención, si queremos llegar a un mayor número de personas. El objetivo, además, debe ser promover pautas culturales efectivas como factor de protección ante factores estresantes. El terapeuta debería actuar como un recurso en un momento dado para las personas, en lugar de ser solo un terapeuta en una sesión individualizada. Son alternativas breves que también se han propuesto desde distintas concepciones psicológicas, sobre todo con programas de actuación en grupo que maximizan los recursos de los profesionales que trabajan en esos centros. También desde las terapias contextuales se está haciendo un esfuerzo por adaptarse a ese entorno, buscando resultados rápidos, y sobre todo de carácter preventivo, primario, antes que los problemas lleguen a ser realmente graves. Se destilan e incluyen



también en este libro los procesos esenciales más importantes para producir cambios; para que el lector pueda extraerlo y aplicarlo con las particularidades individuales de sus circunstancias clínicas personales, pero con unos principios comunes.

## **1. CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA FOCALIZADA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO**

La Terapia Focalizada de Aceptación y Compromiso (*Focused Acceptance and Commitment Therapy*, FACT, por sus siglas en inglés) ha sido desarrollada por Strosahl et al. (2012) como una versión abreviada de ACT. La terapia focalizada de ACT corresponde a un enfoque transdiagnóstico de la psicoterapia que considera la rigidez psicológica como un fenómeno que sería subyacente a los problemas de conducta. Esta intervención representa una intervención conductual prometedora basada en la evidencia, que satisface las necesidades del entorno inmediato de atención primaria. Esta aproximación surge y se contextualiza en las circunstancias clínicas de la atención primaria, donde existen largas listas de espera y el trabajo tiene que ser rápido y eficaz, por lo que el modelo se desarrolla para cumplir las necesidades de este entorno elaborando un enfoque para producir cambios rápidos. La traducción que le hemos dado a *focused* (focalizada) es debido a que este programa se centra en los procesos clave para producir el cambio terapéutico, abordando cada sesión como si fuera la última e interviniendo desde el primer encuentro con el cliente. Es decir, el foco se pone en los apartados más relevantes de la terapia (valores, aceptación, compromiso y acción), para producir cambios profundos en breves períodos de tiempo.

Este enfoque representa el corazón de los métodos centrales de ACT, administrados de manera variable y flexible. De manera general, se llevan a cabo de dos a cuatro sesiones, en comparación con el paradigma prototípico de ACT de unas 12 semanas, pero obteniendo resultados similares. Mediante el uso de ejercicios experienciales, la práctica de la atención plena y la clarificación de valores se promueve la flexibilidad psicológica (disposición a contactar con los eventos privados) y la salud general. Estos autores ofrecieron una versión abreviada de ACT basada en los procesos centrales

diseñados en entornos de atención primaria, presionados por el tiempo, y con resultados favorables (Glover et al., 2016).

La filosofía de esta aproximación consiste en tratar cada sesión como si fuera la última, cubriendo todos los procesos terapéuticos encaminados a estar en contacto con los eventos privados o aumentar la flexibilidad psicológica. Todo esto concentrado en cada sesión y promoviendo el entrenamiento de habilidades, ya que consiste más en enseñar habilidades de crecimiento personal que no tratar un «síntoma» o una «enfermedad». Una terapia breve es aquella que puede lograr sus objetivos antes de que se produzca la tendencia natural de abandono del cliente. Este proceso de cambio comienza ya en la primera sesión asumiendo que la primera visita puede ser la última. Se le expone al cliente que es posible mejorar de manera rápida en la primera visita fomentando el cambio como un desafío de crecimiento personal. El terapeuta se encuentra en el mismo barco y no intenta cambiar opiniones o valores del cliente. El problema es cómo el cliente se relaciona con los eventos privados ya desde la primera sesión de interacción con el terapeuta, y no el contenido que tengan, de manera que se normaliza a los clientes y se valida su experiencia, su sufrimiento o su dolor, confirmando que les vamos a ayudar a resolver problemas de la vida cotidiana, problemas que nos pueden ocurrir a todos. En la primera sesión se obtiene una instantánea de su vida para ver qué funciona bien y qué hay que mejorar, elaborando juntos y trabajando para crear un plan de trabajo. Las emociones se validan, los comportamientos emocionales y verbales son fundamentales, y el refuerzo es imprescindible. Entender y reconocer la función del problema es clave para conectar el dolor con los valores personales de cada uno. Crear una nueva relación con sus «síntomas» para transformar sus funciones es esencial para que las mejoras se instauren a largo plazo.

Este programa de intervención concentrado basado en ACT breve ha sido elaborado por Strosahl y Robinson (2015), que resumen en cuatro etapas los objetivos a conseguir en el cliente:

1. Realizar un recorrido por los resultados que no le han funcionado al cliente para mejorar el problema (es decir, las diversas conductas de evitación).

2. Aceptar la presencia de experiencias angustiosas, no deseadas, privadas.
3. Elegir un camino de vida basado en valores personales.
4. Impulsar acciones que impulsen al cliente por ese camino elegido.

Así, de forma estructurada pero focalizada, el terapeuta busca conseguir objetivos rápidos. Por un lado, fomenta la *aceptación* en lugar de controlar los eventos privados. Las experiencias privadas (pensamientos, sentimientos, recuerdos, sensaciones) de la historia personal comienzan a verse como diferentes al propio individuo, comienza a separarse de ellas y a aceptarlas tal como son, sin valorarlas ni evitarlas. Se trata de enseñar al cliente a darse cuenta de cómo funciona la «mente» y reconocer esos eventos privados, sin reaccionar a ellos evitándolos. En lugar de esto, responder de manera acorde a los valores, apoyar la apertura del individuo a las experiencias internas que anteriormente se evitaban. Por otro lado, se busca que el individuo se centre en el momento presente, que tome perspectiva de su vida. La *conciencia del momento* presente requiere atención y enfocar de manera flexible y permitir/ser consciente de la experiencia privada para saber utilizarla con el objetivo de generar perspectiva y un sentido de continuidad de uno mismo. Se propone al cliente dar un paso atrás y contemplar sus eventos y comportamientos, convertirse en el observador de los eventos y no en ellos mismos. Se trata de promover una atención flexible, voluntaria en el «aquí-ahora».

Por último, el trabajo con los *valores* hace que sean los reforzadores contruidos verbalmente, que proporcionan motivación intrínseca y refuerzo a las acciones del individuo. Son principios de vida, como reglas verbales, que organizan y mantienen el comportamiento a lo largo del tiempo. Suponen *acciones comprometidas*, comportamientos específicos que «reflejan» valores y que se realizan en presencia de eventos privados o públicos, aunque sean desagradables. El objetivo reside en promover la conexión entre las acciones y los valores, realizando ejercicios concretos de cambio para mejorar el comportamiento del cliente, siempre dirigidos por esos valores.

Por estas razones, consideramos que la terapia focalizada con ACT encarna tanto la teoría como los procesos clave esenciales que se pueden adaptar a

cualquier población objetivo, creando una intervención conductual pragmática, intensa y eficaz para diversos entornos.

Los elementos que se han incluido en la intervención final del capítulo 11 recogen investigaciones e intervenciones realizadas con este modelo combinado, con una estructura diferente de la que proponen los autores. Pero además el proceso seguido aquí contenía apartados diferentes de tipo teórico y experimental, como veremos más adelante. No obstante, la idea de intervención en el área de atención primaria y de destilar los procesos claves que fundamenta ACT son los puntos de inicio de la idea de combinar los procesos clave para producir cambios rápidos y eficaces en el contexto clínico.

De este modelo se ha extraído la metodología y la filosofía de intervención que se ha desarrollado durante las intervenciones aquí resumidas. Especialmente en llevar a cabo cada sesión como si de la última se tratara y de concentrar todos los procesos de manera breve y armónica dentro de la misma sesión. Este diseño permite de manera eficaz obtener resultados rápidos, como podremos observar en los capítulos finales.

## **2. RESULTADOS POSITIVOS EN BREVES PERÍODOS DE TIEMPO: MENOS ES MÁS**

En un estudio con más de 9.000 clientes que buscaban ayuda psicológica, el número de visitas de psicoterapia fue solo de una (Meier, 2013). Los clientes buscan tratamiento cuando la angustia psicológica es alta y dejan de acudir en cuanto baja ese nivel de malestar. Para una gran mayoría este margen se sitúa dentro de las cinco primeras visitas. Los motivos varían para cada individuo, ya que del 30 % al 40 % abandonan el tratamiento sin consultar al terapeuta, pero puede ser una mejoría subjetiva de los síntomas o bien la calma emocional y la solución práctica de sus problemas. En el estudio de Doane et al. (2010), del 40 % al 45 % de los clientes deprimidos mostraron mejoras considerables y radicales en las primeras dos a cuatro sesiones de tratamiento. Numerosas investigaciones han encontrado que el cambio del cliente se asocia a un patrón temprano de mejoría en el proceso terapéutico y que la experiencia de las personas al darse cuenta de ese cambio significativo en las primeras

sesiones es fundamental. Si la mejoría en la sensación de bienestar del cliente no se produce a lo largo de las primeras sesiones, la probabilidad de un resultado favorable o positivo disminuye significativamente. Se han empleado varios indicadores para observar la experiencia subjetiva de mejoría en las primeras sesiones, con el propósito de predecir si la combinación entre el cliente-terapeuta y sistema de tratamiento había tenido éxito (Haas et al., 2002).

La respuesta rápida se asocia a mejoras en el funcionamiento a largo plazo, así como a una reducción en las tasas de recaída a largo plazo y la evidencia apunta a que la varianza de cambio es mucho mayor al inicio del tratamiento, con un descenso del beneficio conforme avanza el tratamiento. También se ha mostrado que el tratamiento más allá de la sesión ocho no es tan rentable como en las primeras ocho sesiones. Las terapias más largas e ilimitadas no siempre demuestran una eficacia más elevada en comparación con las terapias breves y la respuesta rápida se ha asociado a mejoras en el funcionamiento a largo plazo, así como en una reducción en las tasas de recaída a largo plazo y con la mejoría clínicamente significativa del cliente (Bryan et al., 2012). Se ha demostrado que con dos o más sesiones se producen mejorías de los síntomas, mejor funcionamiento general e integración social. En los participantes más graves la mejoría fue superior que en los que tenían menor gravedad. Finalmente, se encontraron síntomas reducidos y altos niveles de satisfacción en los modelos de salud conductual de atención primaria sin diferencias de género; además, los cambios fueron consistentes a largo plazo y durante años.

### **3. EFICACIA DE LAS TERAPIAS BREVES**

Existen una serie de falsas concepciones y mitos acerca de que tratamientos más largos producen resultados superiores comparados con tratamientos más cortos; por ejemplo, dieciséis sesiones de terapia cognitiva para la depresión deberían producir reducciones más duraderas en depresión que por encima de ocho sesiones del mismo tratamiento. Para probar esta idea Molenaar et al. (2011) realizaron un estudio donde encontraron que el grado de reducción de síntomas y mejoras a largo plazo en funcionamiento social fue tan bueno en un programa con ocho sesiones como con dieciséis. Resultados similares se han

encontrado en terapia familiar para la anorexia, también para tratamientos para problemas del comportamiento, depresión y en un amplio espectro de trastornos de ansiedad, por lo que estos estudios sugieren que tratamientos breves son igual de efectivos que tratamientos más largos para el mismo trastorno.

Aproximadamente el 15 % de los clientes han experimentado mejorías clínicas antes de llegar a la primera sesión, lo que parece indicar que el mero hecho de buscar ayuda favorece el sentirse mejor. Más de un 50 % de las mejorías totales de la terapia son logradas de media hacia la octava sesión. Baldwin et al. (2009) concluyeron que el número de sesiones no es un predictor significativo de mejoría clínica y que el cambio no es un proceso lineal.

Por otra parte, existe una creciente evidencia de que las intervenciones breves de ACT son efectivas cuando se realizan además en el entorno grupal (Kohtala et al., 2015). Así, se ha aplicado en protocolos para población con problemáticas más complejas y en instituciones (Bach et al., 2012; Spidel et al., 2018), o un formato con solo dos sesiones para tratar problemas emocionales (Ruiz et al., 2018), o para problemáticas depresivas con solo seis sesiones y con mejorías respecto a un grupo control en lista de espera (Kyllönen et al., 2018), y también para la intervención con los padres de niños con problemas de autismo (Hahs et al., 2019).

Así pues, la integración de una terapia como ACT, que ya ha demostrado su eficacia y efectividad, aplicada de una forma breve en contextos públicos, instituciones de salud, atención primaria, etc., podría ser una herramienta eficaz para los psicólogos que quieran mejorar sus habilidades terapéuticas basadas en esta concepción particular de entender y abordar el sufrimiento humano y contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas.

Este tipo de investigaciones suponen el punto de partida de lo que se propone en este libro, puesto que se ha incluido un programa de intervención breve que produzca cambios rápidos desde la primera sesión, ahorrando no solo costes económicos para los clientes, también para mejorar la calidad de vida del ser humano y de la sociedad, siempre basando estas ideas en las pautas de actuación más efectivas, o elementos clave de las terapias, que hayan demostrado ya su eficacia comparativa y estén fundamentadas en un

modelo basado en la evidencia, con una filosofía de ciencia de respaldo (conductismo radical).

# 10

## La integración de ACT y FAP

«El todo es más que la suma de las partes.»

ARISTÓTELES (384-322 a. C.)

Ambas aproximaciones surgieron de la misma tradición conductual y, por tanto, en su núcleo, entienden y modifican el comportamiento al examinar las relaciones contingentes. Tanto FAP como ACT pueden considerarse tratamientos pioneros dentro de las terapias contextuales, ya que impulsaron la innovación teórica y tecnológica del comportamiento en el ámbito clínico, rescatando los principios de aprendizaje. Asimismo, comparten el trasfondo común arraigado en el análisis funcional y la filosofía radical del comportamiento.

Desde los parámetros aquí descritos, se pretende unificar ambas aproximaciones para que se aprendan y desarrollen de forma integral en conjunto, en lugar de separarla en dos modelos psicoterapéuticos. En los principios terapéuticos que se plantean transmitir a los lectores para la formación profesional no se entiende ni filosóficamente ni a la hora de operativizar en el ámbito clínico ambos modelos por separado. La una ofrece el contexto y responsabilidad para que la otra se manifieste y actúe de forma sinérgica. Este híbrido supone de forma excepcional la simbiosis de procesos clave que son extraordinarios para producir cambios en problemáticas complejas, produciendo cambios estables en el tiempo.

### 1. RAÍCES HISTÓRICAS DE LA INTEGRACIÓN DE ACT Y FAP: FACT

Existe un movimiento gradual para el desarrollo de formas de psicoterapia basadas en una perspectiva analítica funcional o conductual radical. Estas



terapias buscan comprender las variables principales para producir cambios e integrar el análisis funcional en la intervención, con el objetivo de incrementar la efectividad del tratamiento y producir cambios más duraderos (Haynes y O'Brien, 2000). Este movimiento incluye no solo las terapias más conocidas de FAP y ACT, sino también las de Activación Conductual, la Terapia Integral de Pareja e incluso la Terapia Dialéctica-Conductual.

FAP y ACT convergen en el movimiento que se denomina *análisis de la conducta clínica* (Dougher, 1993), donde se aplica el análisis de la conducta en poblaciones clínicas, suponiendo una evolución de la tradicional terapia de conducta, incluyendo las evidencias de la conducta verbal o del análisis funcional del lenguaje. Ambas terapias contextuales se diseñaron para abordar problemas cotidianos clínicos complejos, utilizando para ello precisamente el lenguaje, el medio o contexto en el que se desarrollan todas las intervenciones psicológicas con adultos.

## **2. CARACTERÍSTICAS DE FACT**

La combinación de estas dos psicoterapias se denomina *Terapia Funcional Analítica de Aceptación y Compromiso* (FACT). FACT resalta las fortalezas de FAP y ACT, centrándose en las dificultades que surgen de los repertorios de evitación experiencial, la configuración de las habilidades de aceptación experiencial, y el refuerzo continuo en sesión al servicio de los valores del cliente. Este híbrido crea una terapia más amplia e integral, a la vez que sigue siendo teóricamente coherente y fiel a los objetivos de cada terapia individual. Esta combinación mejora la utilidad y eficacia de cada una por sí sola, al expandir el objetivo de la terapia e incluir los objetivos de centrarse en comportamientos clínicamente relevantes y utilizar la generalización funcional como forma de extender los beneficios fuera de la consulta clínica. Asimismo, ambos modelos estaban más interesados en ayudar a las personas a que aprendieran a aceptar y, por tanto, a transformar su relación con sus pensamientos y sentimientos, en lugar de ayudar a cambiar o erradicar pensamientos o sentimientos específicos. Buscan construir historias en los clientes para desarrollar estrategias con el propósito de experimentar emociones poderosas y cultivar habilidades para interactuar de manera que

sirvan mejor a sus necesidades y valores.

En primera instancia, ACT iría encaminada a procesos de aceptación emocional y se encuentra más involucrada en el lenguaje (desde la conducta verbal y la Teoría del Marco Relacional), mientras que FAP se centra en las contingencias que ocurren dentro de la sesión, usando la relación terapéutica como vehículo para el cambio y mejorar las relaciones interpersonales. Aunque parezca una distinción sobre el objetivo con el que surge cada aproximación, la psicoterapia siempre trata con seres sociales que interactúan en un contexto, por lo que las relaciones interpersonales tienen mucho que ver en los problemas emocionales y viceversa. Por ejemplo, el motivo de consulta suele ser un problema emocional, pero al ir ahondando en la historia y tener más información, aparecen sobre la mesa problemáticas derivadas de las relaciones personales en casi todos los casos clínicos. Consecuentemente, la combinación de ambas psicoterapias se daría de manera natural, poniendo en marcha las estrategias de ACT, pero dentro de un contexto de interacción y relación íntima emocional estrecha desde FAP.

Aunque cada una de estas terapias se desarrolló de forma independiente, ambas terapias tienen estrategias complementarias y diferentes para tratar los fenómenos psicológicos. Por ejemplo, ambas aproximaciones emplean el marco de conducta analítico y contextual para el abordaje de problemas clínicos complejos, incluido la aceptación emocional y la relación terapéutica intensa. Tanto FAP como ACT utilizan principios de comportamiento básicos, como el refuerzo negativo y positivo, el escape y la evitación, y aplican estos principios al análisis y modificación de eventos privados e interacciones interpersonales. Las contribuciones únicas de FAP se pueden encontrar en el significado de relación terapéutica, una explicación analítica funcional del comportamiento, el valor de la intimidad en las relaciones humanas. Las contribuciones únicas de ACT se pueden encontrar en la ubicuidad del sufrimiento humano, la Teoría del Marco Relacional, el foco en el lenguaje y la lucha humana hacia una vida valiosa o inflexibilidad psicológica. Ambas se han propuesto ya como opciones para aliviar el sufrimiento humano, aportando cada una la experiencia interpersonal, la formación de terapeutas y las técnicas contextuales para el cambio de conducta (Callaghan et al., 2004; Kohlenberg y Callaghan, 2010).

La finalidad de la intervención con la combinación de estas dos terapias contextuales estriba en buscar repertorios más funcionales o adaptativos para los clientes, aprendiendo una nueva forma de relacionarse con sus eventos privados de una manera no limitante con respecto a sus valores personales. En contraste, el objetivo no sería comprender los problemas o ayudar al cliente a que entienda sus problemas, sino aprender a llevar una vida con mayor significado, enseñar a aprender qué tipos de comportamientos son ineficaces en determinadas circunstancias y ajustarlos de una manera más acorde al tipo de persona que quieren ser. Por ejemplo, que el propio cliente identifique o haga interpretaciones funcionales de su propio comportamiento (CCR3), reconozca su conducta problema (CCR1) y realice cambios o mejoras funcionales en cuanto a su conducta problema (CCR2). Esto quiere decir que el terapeuta, usando su relación íntima profesional, tendrá que crear las contingencias en sesión para que se produzca ese cambio. Esto supone generar el malestar en la propia sesión, y que el cliente tenga la oportunidad de aprender y realizar un comportamiento alternativo que le conduzca a estar más cerca de donde quiere llegar. Este moldeamiento se realizaría en directo en la sesión, como exige FAP, para que se pueda dar la oportunidad de aprendizaje para su posterior extensión y generalización a otros contextos de la vida cotidiana.

Por último, ambas aproximaciones asumen que el sufrimiento forma parte inherente e inescapable de la condición humana y que son las contingencias personales de la historia del cliente lo que produce ese tipo de respuestas de adaptación al medio. Los humanos, como seres verbales, derivan el sufrimiento humano por las funciones y propiedades únicas del lenguaje. Las conductas problema están bajo control aversivo y ese repertorio ha desembocado en la situación actual. Por tanto, habría que derivar funciones aversivas para castigar los intentos de evitación y funciones reforzantes a los de afrontamiento. En suma, desde los conceptos de ACT, habría que conectar los valores personales con el sufrimiento y los avatares de la vida.

### **3. ESTUDIOS PREVIOS SOBRE FACT**

Diversos autores sostienen que los procesos de intervención utilizados en

FAP y ACT pueden potenciarse mutuamente. FACT parece tener más éxito que cuando se usa cualquiera de las dos terapias por sí solas, y ha sido eficaz en el tratamiento de una gran variedad de problemáticas. Baruch et al. (2009) emplearon esta combinación para tratar la depresión mayor y comportamientos psicóticos con éxito. Este estudio se abordó con ACT para enfocarse en los comportamientos psicóticos, a través de la desliteralización del lenguaje, identificando valores y disposición al malestar para aceptar el contenido unido en una dirección valiosa a través de sus valores personales. En la sesión octava empezaron a implementar FAP en los comportamientos clínicamente relevantes. Finalmente, el cliente mejoró en las conductas depresivas, aceptación de sus pensamientos, emociones y relaciones sociales.

Existen otras publicaciones relacionadas con FACT para dejar de fumar y el abuso de la marihuana (Holman et al., 2012). En el estudio de Paul et al. (1999) utilizaron tanto ACT como FAP consecutivamente para tratar a un exhibicionista derivado por el juez. El tratamiento consistió en ayudar al cliente a adquirir las habilidades para aceptar estados afectivos no deseados e intolerables, así como ansiedad social, exhibicionismo y el uso de la marihuana. Los impulsos de los actos de exhibicionismo y el uso de drogas se evaluaron a lo largo de un año de tratamiento y a los seis meses de seguimiento. Los resultados mostraron que las conductas de exhibicionismo y de masturbación pública se redujeron significativamente desde el inicio. Además, el cliente mejoró sus habilidades sociales y el uso de drogas disminuyó junto con los síntomas de depresión y ansiedad.

En el estudio de Gifford et al. (2011), con mayor muestra hasta la fecha ( $n = 300$ ), desarrollaron un tratamiento psicosocial diseñado para el abandono del hábito de fumar que utilizaba procesos ACT para ayudar a socavar la evitación experiencial, a la vez que hacía elecciones de comportamiento basadas en el valor. En este estudio, los procesos de FAP se utilizaron para conformar de manera contingente estos procesos de cambio de comportamiento, tal como ocurrieron en el contexto de la relación terapéutica. Los fumadores fueron asignados al azar a una de dos condiciones: bupropión, un medicamento para dejar de fumar, o bupropión más el tratamiento basado en ACT + FAP. El tratamiento combinado fue significativamente mejor que el bupropión solo en el seguimiento de un año. Estos hallazgos son consistentes y

sugieren que FAP puede producir beneficios añadidos cuando se agrega con ACT.

Páez y Luciano (2012) exponen los resultados de un caso clínico de una adolescente con patrones rígidos de comportamiento problemático y generalizado a múltiples facetas de su vida. Tras la combinación de ACT y FAP se valoran los resultados positivos y la importancia de integrar ambas aproximaciones en problemas generalizados y crónicos. A través del moldeamiento en directo y la generalización funcional, el cliente fue mejorando a lo largo de las 20 sesiones. En otros casos de anorexia nerviosa y trastorno de la personalidad se han destacado los cambios positivos progresivos en el comportamiento social, incluida la congruencia de valores y acciones vitales, la resolución del trastorno alimentario, una mayor apertura a la experiencia y la disminución de pensamientos generalizados. En otro estudio de caso aplican también una combinación de ambas psicoterapias para un caso de trastorno mixto del afecto, señalando la utilidad terapéutica de las estrategias que se emplearon tras doce sesiones, sobre todo en el compromiso y autocontrol.

También se han desarrollado programas breves en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad a través de la combinación de ACT y FAP, creando un modelo psicoeducativo breve con resultados académicos y clínicos significativos, mejorando sus puntuaciones a los tres, seis y doce meses de seguimiento (Arco et al., 2005). También ha tenido éxito en adolescentes con dificultades emocionales y para promover sus habilidades sociales.

Juntas se han aplicado en diversos casos clínicos, donde los procesos esenciales de ACT se ven aplicados en una interacción emocional y un cambio de conducta en directo a través de FAP (Brem et al., 2020; Vaca et al., 2020). Incluso se ha integrado en algún caso clínico de trastorno límite de personalidad también junto con la Terapia Dialéctica Conductual (Reyes et al., 2020).

La intervención que se presentará a continuación, descrita en este libro, representa de manera novedosa «FACT», en un formato radical y breve. Lo que aporta esta forma de intervención no es la integración de ambas terapias contextuales sin más, ya que desde los inicios se han considerado de manera

integral y con características comunes (Kohlenberg y Gifford, 1998; Kohlenberg y Callaghan, 2010), sino su aplicación breve en otros contextos, destilando los procesos clave que han sido avalados para producir cambios.

#### **4. RECOMENDACIONES PARA LA INTEGRACIÓN DE ACT Y FAP**

Callaghan et al. (2006) describe tres recomendaciones diferentes para usar ambas aproximaciones juntas.

Lo primero es utilizar el análisis funcional y la relación terapéutica junto con FAP mientras se realiza ACT, para configurar directamente las habilidades de aceptación y atención plena al servicio de la flexibilidad psicológica y la acción comprometida. El objetivo aquí es utilizar la relación terapéutica para lograr los resultados intrapersonales establecidos por ACT. El segundo enfoque es utilizar ACT mientras se hace FAP, para ayudar a los clientes a responder de manera diferente a sus pensamientos y sentimientos para que puedan participar en un nuevo comportamiento que afecte la relación de la terapia y sea susceptible de una consecuencia contingente. El objetivo en este enfoque integrador es intentar utilizar estrategias de aceptación y de acción basadas en la atención plena o conciencia (*awareness*) para crear relaciones interpersonales más significativas para los clientes tanto dentro como fuera de la terapia. El tercer enfoque es que tanto ACT como FAP estén presentes en cualquier momento dado, utilizando los procesos interpersonales de la relación terapéutica para dar forma a las condiciones intrapersonales de evitación y aceptación tal y como se manifiestan en el presente de la relación terapéutica.

En resumen, ACT le puede ofrecer al terapeuta FAP estrategias basadas en los principios de la aceptación para poder experimentar los sentimientos y luego compartirlos con el cliente. En lugar de *cambiar de tema* cuando algo es incómodo, se puede aprender a experimentar plenamente las emociones que el terapeuta siente para abrazar el momento presente de la terapia, incluso cuando es sumamente difícil hacerlo, y luego ir avanzando en dirección a los valores como terapeutas, para ser más efectivos al servicio de las necesidades del cliente.

La simbiosis de estos dos modelos surge desde el inicio de la aparición de

estas terapias contextuales, ya que ambas comparten las raíces de esta filosofía contextual, conjugándose de manera muy armónica ambas aproximaciones. Lo que hace genuino a este libro es la extracción de los procesos clave de una y otra terapia, según la evidencia e investigación en los últimos años, junto con la idea original de su puesta en marcha en atención primaria, entre otros contextos, para resolver problemas de una manera rápida, eficaz y empírica.

Finalmente, tanto FAP como ACT son tratamientos compasivos, adheridos a los principios radicales, pero basados en ayudar a las personas a llevar vidas significativas y fructíferas. Ambas modalidades tienen diferentes áreas de enfoque conceptual y técnico, aunque son fácil y necesariamente conjugables. Esta es la razón por la cual la influencia mutua no solo puede ayudar a los clientes a obtener mejorías añadidas al usar los modelos por separado, también puede fomentar a los terapeutas a ser mejores, más analíticos, más hábiles y, en suma, más efectivos. El propósito final es favorecer la salud psicológica del mundo, ya que se consideran enfoques prosociales y útiles a través de diferentes culturas, para que la cooperación conjunta entre profesionales sirva a la comunidad de apoyo para optimizar el bienestar de todos.

# 11

## Características de FACT

«No hay razón para buscar el sufrimiento, pero si este llega y trata de meterse en tu vida, no temas; míralo a la cara y con la frente bien levantada.»

FRIEDRICH NIETZSCHE, como se cita en De los Heros  
(2015)

La intervención clínica única que se presenta a continuación se ha diseñado a lo largo de varios años de trabajo duro y honesto, tras un proceso exhaustivo de formación, revisión, supervisión, investigación y experiencia clínica. Este formato rescata, recupera y enfatiza el nombre conjunto de los principios de ambas terapias FAP y ACT, que se integran de manera organizada y sistemática para conseguir el máximo beneficio en los participantes. De esta forma, el nombre que fue propuesto por Callaghan et al. (2004) es *Functional Analytic Acceptance and Commitment Therapy* (FACT, Terapia de Aceptación y Compromiso Analítica Funcional) y engloba un híbrido de todos los componentes que se han incorporado en la intervención final de las dos aproximaciones de tercera generación.

Durante este capítulo se exponen de manera práctica y concisa los elementos principales para trabajar en el contexto terapéutico, con ejemplos y casos reales para ilustrar cómo se inicia, mantiene y finaliza la terapia.

### 1. GUÍA PREVIA PARA LA INTERVENCIÓN CON FACT

El propósito de la intervención que se presenta aquí no es servir como una receta o un manual de instrucciones con los ingredientes para mejorar la salud. Ya de partida atenderíamos contra los principios del contextualismo funcional al no tener en cuenta a cada organismo de manera ideográfica y su historia. No



obstante, esta intervención ha sido diseñada con un análisis funcional dinámico para cada entorno y los componentes se han ido mejorando en cada intervención para converger finalmente en los procesos que aquí se presentan. Esta intervención corresponde y tiene como objetivo conducir a la integración de unos procesos basados en la evidencia y alejados del diagnóstico o la concepción sintomática del sufrimiento humano. Esto se consigue partiendo de la base de unas leyes del aprendizaje, que todos los humanos compartimos, desde el condicionamiento clásico sobre cómo reaccionamos a nuestro entorno, el condicionamiento operante sobre las conductas mantenidas por sus consecuencias, y el aprendizaje relacional a través del lenguaje o reglas verbales.

Dada la permeabilidad y flexibilidad de estos procesos básicos, y su aplicación en diferentes contextos, hay que tener en cuenta variables inherentes a cada contexto, acompañadas siempre del análisis funcional de los problemas específicos de las personas, que servirá como guía y brújula en todos los procesos de intervención a los que se quiera adaptar este modelo de trabajo.

Lo que se detallará a lo largo de este capítulo corresponde a las raíces de la intervención con FACT, los fundamentos teóricos y de manera extendida de cada proceso que se lleva a cabo. El propósito de este capítulo es explicar las características de esta intervención específica, sus principios generales, las formas de aplicación y las técnicas concretas que se han seleccionado. La finalidad es que este programa se pueda extender a otros contextos con los elementos clave que hacen que funcione y que puedan adaptarse a cualquier ambiente. Por ejemplo, si queremos desarrollar y crear un estado de aceptación en el individuo, el camino para llegar a ese estado puede ser muy variado, pero lo importante es tener claro hacia dónde se quiere ir y saber cómo conseguirlo, a través de qué técnicas y qué procesos de aprendizaje subyacen, para evitar dejar en manos del azar nuestra intervención. Por esta razón, el análisis funcional de la conducta clínica otorga una serie de controles que permiten llegar a la raíz del comportamiento. Sería como una radiografía de cada contexto, que permite ver con claridad lo que está ocurriendo más allá de la forma que adopta el comportamiento.

Para desentrañar los procesos clave en el cambio terapéutico, en lugar de aplicar un elenco de herramientas durante un periodo extendido de tiempo, nos

limitamos a usar en tres sesiones los procesos clave, con el propósito de ahorrar costes y promover que la persona obtenga mejorías significativas tanto a corto como a largo plazo. No se critica el eclecticismo, sino el uso de técnicas sin una base filosófica fundamentada o una función clara. Por ejemplo, el estudio clásico de Jacobson et al. (1996) ya mostró en personas con depresión grave que el elemento de activación era suficiente para producir cambios en esos problemas, y las estrategias dirigidas a cambiar las cogniciones y pensamientos distorsionados no eran elementos fundamentales para ese cambio. De forma similar, no es conveniente usar con la misma persona una reestructuración cognitiva, que está dirigida al cambio o control de pensamientos, y luego añadir un ejercicio de *mindfulness* (porque ahora es *mainstream*), que está dirigido a la aceptación. La persona se puede ir con mensajes contradictorios y no tener una orientación clara a la hora de enfrentar su problemática.

Se han integrado los elementos que creemos clave de diversas estrategias:

1. Las estrategias desarrolladas en ACT desde el manual de Wilson y Luciano (2002).
2. Una breve versión de ACT originalmente diseñada en el campo de la atención primaria por Strosahl et al. (2012).
3. El manual de Psicoterapia Analítica Funcional de Tsai et al. (2009).

Estos hallazgos previos ya existentes convergen en FACT, y en cada estudio se detallan paso a paso los elementos más importantes que han desembocado en una intervención combinada, llevados a cabo en los diferentes contextos. La conversión de estos procesos a un formato más breve parte de los hallazgos en atención primaria, donde se aplica ACT breve con resultados prometedores. Pero también consideramos e incluimos en nuestro cuerpo teórico de FAP el vínculo humano como vehículo para el cambio de forma funcional y analítica, el refuerzo contingente, generalización funcional o el moldeamiento *in situ*. Este modelo pretende edificar un puente entre los procesos clave basados en la evidencia científica de una filosofía común (contextualismo-funcional) y en este manual con la intervención conjunta de ACT+FAP. Un ejemplo de esta intervención puede encontrarse en nuestro propio estudio (Macías et al.,

2019).

La adaptación final de ambas aproximaciones se ha llevado a cabo a través de la clásica adaptación del formato «2 + 1» (*Two-plus-One Model of Therapy*; Barkham y Shapiro, 1990). Este formato consiste en una intervención breve debido a su corta duración, flexibilidad y alcance. Aunque cada intervención sigue un formato adaptado específicamente a cada ambiente, todas ellas han partido de la idea de este formato inicial, que ha demostrado tener resultados estables en diferentes intervenciones con diferentes poblaciones. Permite, por un lado, concentrar la intervención y, por otro lado, permite el ensayo y la generalización funcional a través de ejercicios y tareas para casa. Esto posibilita una mayor profundización de los procesos que se llevan a cabo en la intervención.

La filosofía de la intervención consiste en tratar cada sesión como si fuese la última, induciendo cambios intensos y radicales (véase tabla 11.1). Los procesos centrales son los siguientes:

1. Consecuencias y costes de la evitación.
2. Aceptación de las experiencias privadas.
3. Promoción de la conciencia/atención.
4. El compromiso con una vida valiosa conectada con la presencia de sufrimiento.

En la sesión inicial se presentan los beneficios del programa y lo que promueve la cultura (eliminación/evitación de experiencias desagradables o reforzamiento negativo). Se describe el control como problema y la evitación experiencial, junto con el análisis funcional individual, la clarificación de valores personales y el compromiso con ellos, la desesperanza creativa y, finalmente, el «yo» como contexto (actuando con las barreras personales).

La segunda sesión se centra en un breve resumen de la sesión anterior, que incluye ejercicios de defusión, fomento de la conciencia/atención y la disposición para contactar con los eventos privados desagradables (pensamientos, sensaciones, sentimientos y emociones), y responder a la propia conducta en un marco de jerarquía con la perspectiva deíctica del «yo».

FAP se integra en todo este proceso para establecer una relación de intimidad, además de cómo las personas se relacionan en su contexto, incluyendo procedimientos y ejemplos en todos los ejercicios experienciales con el propósito de: evocar CCR1, reforzar CCR2 y promover CCR3.

La sesión final tiene como objetivos promover el compromiso con un sentido vital basado en los valores personales (vida valiosa), prevención de recaídas y la aceptación del malestar. Todas las sesiones individuales incluyen tareas para casa y están relacionadas con el contenido de cada sesión, junto con ejercicios experienciales y metáforas adaptados a cada cliente en particular, con el propósito de producir una generalización funcional en su vida diaria. La mayoría de estas metáforas y ejercicios traducidos al castellano pueden encontrarse en el libro de Hayes y Smith (2013), y en los anexos del manual de Wilson y Luciano (2002). Al mismo tiempo, se proponen al cliente retos encaminados a contactar con el malestar a lo largo de la semana y promover comportamientos más adaptativos a su vida o CCR2.

TABLA 11.1

*Resumen de las características y ejercicios de la intervención con FACT*

1. Beneficios del programa para promover la adherencia a la intervención y motivar a los participantes. Operaciones de establecimiento. Construyendo empatía, conciencia, coraje y amor (modelo ACL de FAP).
2. Énfasis en la alianza terapéutica, validación emocional y refuerzo positivo. Revelaciones personales para promover la vulnerabilidad y conexión íntima con el cliente.
3. Análisis funcional individual sesión a sesión.
4. Evocar CCR1 y reforzar diferencialmente las conductas objetivo CCR2.
5. La desesperanza creativa. Metáfora: «Arenas movedizas», «Bienvenidos todos y el invitado molesto». Video: *The fly meditation*.
6. Control como el problema. Ejercicios: «Elefante rosa», «Olvida los números: 1, 2, 3».
7. El «yo» como contexto. Metáfora: *Tablero de ajedrez, La radio, Dos PC's y Gracias a tu mente*.
8. Trabajo con valores (sentido vital) y compromiso con las acciones. Metáforas: *Cumpleaños y Jardín*.
9. Breve recapitulación de la última sesión. Clarificación de valores y actuar con barreras. Metáfora: *Pasajeros del autobús*.

10. Defusión. Ejercicios: «Me doy cuenta de que estoy pensando y tengo el pensamiento de...», «Hojas en un arroyo», «Fusión con la palabra *limón* y ejercicio», «Mensajes de texto como pensamientos en su teléfono móvil».
11. Toma de perspectiva (enmarcar la propia conducta en un marco de jerarquía con la perspectiva deíctica «yo»). Ejercicio de aceptación: «Fisicalización».
12. Prevención de recaídas. Metáfora: *El jinete*, *Bambú japonés* y *El barro*.
13. Ejercicios para casa: en busca de la generalización funcional CCR3. Actuar con las barreras (pensamientos, sentimientos, emociones, sensaciones) hacia los valores personales. Conciencia plena en la vida cotidiana.

NOTA: muchas de estas metáforas y ejercicios pueden encontrarse en Hayes y Smith (2013), y Wilson y Luciano (2002).

## **2. PROCESOS MÁS IMPORTANTES INCORPORADOS EN FACT**

El proceso más importante, como se ha hecho mención explícita anteriormente, es el análisis funcional sesión a sesión incorporándolo en el modelo final con FACT. Esta intervención se ha ejecutado de forma individual, pero también de forma grupal realizando algunos ajustes. Esto ha permitido un trabajo personal más profundo y el análisis funcional individual que será el mapa para el cambio terapéutico y los procedimientos usados son el vehículo para el cambio con una brújula particular para cada caso y ambiente.

### **2.1. El dolor como condición inherente al ser humano**

Hay que tener en cuenta que ACT va en contra de lo que la cultura actual promueve (como se ha explicado en los capítulos anteriores): modelos de evitación experiencial, que fomentan la «felicidad» a toda costa, supresión del dolor y como único objetivo en la vida «estar siempre bien». Por ello habría que ser muy cautos a la hora de explicar las condiciones con las que se trabajan estos procesos. Cuando el cliente haya experimentado que lo que hace precisamente constituye el problema (la estrategia y no la persona), entonces estará preparado para aceptar el contenido de sus eventos privados en dirección a sus valores personales, que será el cometido final, aunque el cliente se pueda sentir mal. Si la terapia va bien, el cliente se sentirá mal. Es

difícil contemplar que el dolor emocional, la tristeza o la ansiedad son emociones tan adaptativas como lo puede ser el placer o la felicidad, y que no existen emociones o pensamientos buenos y otros malos. Son todos necesarios y son todos, solo eso, eventos privados transitorios e impermanentes.

Es bien difícil tener esta visión ecuánime del sufrimiento humano en esta cultura que promueve la evitación experiencial, la anestesia de los sentidos a través de placeres hedónicos, la distracción a través de series y videojuegos, de la supresión emocional gracias a las farmacéuticas o los problemas relacionales a través del alcohol u otras drogas. Pero a la vez, comprender estas indicaciones contraculturales constituye un modo de vida más acorde a la naturaleza humana, un lugar externo donde tomar perspectiva y observar cómo está diseñada esta cultura para poder, en la medida de las posibilidades de cada persona, ser conscientes y vivir de una forma más profunda, aunque sabemos que tanto dolor y placer forman parte de un continuo y que el sufrimiento es un producto inherente inseparable a la vida, como se ha ido describiendo a lo largo de este libro. El dolor se comprende como condición inevitable a la existencia y por tanto se aborda como tal, normalizando los problemas de la vida cotidiana y dotando al cliente de estrategias o recursos que le conduzcan a que ese dolor no lo paralice; al contrario, le ofrezca un sentido vital hasta ahora no concebido. La dirección vital será el pegamento con el dolor, que implicará que se está en la dirección deseada.

## **2.2. Conectando el sufrimiento con un camino valioso en la primera sesión**

Este párrafo puede servir como preludeo del trabajo que se realiza en consulta en la primera sesión, manejando las funciones aversivas del lenguaje que se originan en la historia, unido a una cultura que promueve la evitación y un comportamiento guiado por la selección de consecuencias. *El dolor se contextualiza y conecta con lo que te importa, como cuando haces rehabilitación de una rotura fibrilar que has tenido, si queremos rehabilitar el músculo necesitamos pasar por el dolor, al igual que cuando vamos al dentista, ese dolor está conectado con sanar las caries.*

Dentro de otorgar un significado al dolor, el terapeuta puede realizar

revelaciones personales, si así lo ha estimado el análisis funcional, para validar el dolor y acompasarse con lo que está viviendo el individuo y crear esa atmósfera de unión a través del puente que se establece a través del dolor que todos transitamos en algún momento de nuestra existencia. Por medio de la apertura, acercamiento acompasado y sincrónico que se establece a través de la simbiosis adaptativa con el cliente se producen efectos sinérgicos con ese vínculo humano que queremos adaptar y adoptar con cada individuo, capturando esa variabilidad que nos caracteriza a cada uno de nosotros.

Esto implica transgredir la zona de confort del terapeuta, pues si quiere ir más allá de los resultados propuestos en el motivo de consulta y profundizar en la relación humana, a veces conlleva tomar riesgos, para evocar conductas que pueden ser dolorosas o molestas para ambas partes. El adecuado manejo de estas situaciones, en una dirección congruente y coherente tanto con la historia del cliente como con el horizonte terapéutico creará y fortalecerá un repertorio más flexible y funcional que permita reconducir las situaciones dolorosas para, así pues, promover o prevenir momentos futuros de recaídas.

En esta primera sesión es vital que el terapeuta sea honesto, congruente y también ofrezca una visión modélica en lo que respecta a encarnar los principios que se pretende instaurar en el cliente. Quiere esto decir que, si se ofrece una visión optimista y de quietud, el profesional así ha de mostrarse, junto con iluminar de forma realista con entusiasmo e implicación por ambas partes de forma activa durante el proceso terapéutico. Inculcar a través de la propia imagen implica no vender nada, solo mostrar, acompañar y acompasar, envuelto en un halo de esperanza, donde el dolor está plagado de sentido trascendente, que es vivir una vida más consciente y más acorde a como quiero vivir hasta morir.

### **2.3. La validación de la experiencia del cliente**

Es vital mostrar interés y respeto por su historia vital y no por el diagnóstico, particularmente si trabajamos desde un modelo ajeno a la etiqueta, que entiende el sufrimiento desde una perspectiva más amplia, fenomenológica y existencial, que contempla el origen del sufrimiento como un conjunto de estrategias disfuncionales que se han mantenido por refuerzo

negativo. Estas estrategias cumplen una función en el momento de su emergencia, pero actualmente han dejado de ser útiles, por eso se encuentra atrapado en un bucle sin salida y necesita nuevas estrategias. Tras descifrar la historia más relevante, se puede continuar delimitando el motivo de consulta y las expectativas depositadas en la intervención. Se pregunta abiertamente «qué espera conseguir acudiendo a terapia y en qué podemos ayudarle». Tanto el profesional como el cliente establecen una dirección conjunta y revisable que guiará el transcurso terapéutico. El foco de atención se sitúa en respetar el deseo del cliente de resolver la situación actual, pero enfocar los esfuerzos en la estrategia, que ha sido la que ha fallado. Esto permite la flexibilidad para cambiar el rumbo, actuar de manera diferente para obtener resultados diferentes, además de no culpar a la persona por su estado actual, sino a su estrategia.

Al mismo tiempo, el terapeuta no debe cambiar opiniones o ideas, solo acompañar durante el proceso. adaptándose a la variabilidad de cada persona, preguntando, arriesgándose, confrontando, reforzando. Tampoco los valores del profesional son más deseados o más válidos que los del cliente, por lo que el rol del terapeuta será mostrarse, en la medida de lo posible, objetivo o aséptico para conducir al individuo a la vida que quiere vivir y no a la que nosotros queremos que viva.

Se puede hacer más probable que los cambios ocurran, derivando funciones y conectando el sufrimiento con una vida plena, pero en ocasiones se necesita tiempo o que la persona esté preparada para asumir los riesgos que involucren el cambio, donde el coste de no cambiar tiene que ser más alto que el de cambiar. Alterando el contexto, se pueden generar cambios más profundos y anticiparnos a provocar el cambio más rápidamente. Desde la aproximación que se presenta desde FACT, el terapeuta se encuentra además en el mismo plano o nivel, quiere esto decir que, aunque seamos un experto o profesional, no tenemos el rol que nos diferencia, puesto que también tenemos problemas personales, pero que no nos impiden vivir una vida con sentido. Esto nos acerca para empatizar y despsicopatologizar su dolor, viendo un modelo en nosotros que, aunque sufra, sabe gestionarlo y redireccionarlo.

Finalmente, no puede faltar tampoco en una primera sesión la ausencia completa de juicios o, como decía Skinner, el terapeuta ha de ser una



audiencia no punitiva, especialmente en la primera sesión, donde la tasa de refuerzo debe ser mayor a la de castigo, por lo que no se recomienda que el contenido aversivo experimentado por parte del cliente sea demasiado elevado, dado que la tasa de abandono aumentará. Es casi imprescindible que exista en esa primera sesión el refuerzo positivo, considerado como la herramienta más eficaz para crear repertorios nuevos o fortalecer los antiguos, así como la clarificación de valores, la exposición hacia el contenido y acciones evitadas y el compromiso hacia un camino trascendente.

## **2.4. Estableciendo el contexto y marco terapéutico**

El primer encuentro con el cliente se considera vital para empezar a construir una relación honesta, genuina y auténtica que perdure a lo largo de todo el proceso terapéutico y facilite el trabajo inicial. El comportamiento del terapeuta ha de ser natural y orgánico, pero además es recomendable ser contingente a las respuestas del cliente, es decir, hay que ajustarse a las necesidades e historia biográfica del individuo para que la conducta del profesional sea lo más terapéutica posible y no contribuya a aumentar el malestar.

A continuación se exponen brevemente algunas de las cuestiones sobre el encuadre o cómo establecer un contexto terapéutico, que pueden ser relevantes:

- *Saludo inicial.* Esta cuestión parece obvia, pero a veces tenemos dificultades para dejarnos llevar e intentar ser espontáneos. En ocasiones pecamos de «profesionalidad» y damos la mano tanto a chico o chica en un primer encuentro para dar una imagen o sensación de seguridad manteniendo la distancia. Hay que considerar qué respuesta puede ser más adecuada para cada individuo, por lo que la conducta del terapeuta será flexible. En principio no es diferente a lo que haríamos por primera vez cuando conocemos a alguien. De manera habitual está socialmente establecido dar dos besos a una chica y la mano a un chico en la cultura española. En otras culturas debe adecuarse este parámetro, ya que se suele dar la mano indistintamente. Aunque exista miedo de

mostrarse cercano, si la persona nos facilita la confianza suficiente para hacerlo, implica un encuentro más de la vida cotidiana. También se puede preguntar si tenemos dudas «¿Te importa que te dé dos besos? ¿Prefieres que te dé la mano?», va a surgir naturalmente y es conveniente fluir. No por mostrar mayor distancia, aumenta la profesionalidad. Es recomendable acompañar a la persona a la entrada de la consulta/salida, recogerle el abrigo, ofrecerle agua, en definitiva considerar que es la primera vez que acude a vernos y vamos a intentar que se sienta lo más cómodo o cómoda posible, entendiendo qué significa comodidad para cada persona, que sería el resultado de los comportamientos del terapeuta. Hacer explícito el acuerdo de confidencialidad, puesto que todo lo que se aborde dentro del contexto terapéutico es altamente privado y confidencial por ambas partes, que impide revelar algún tipo de información personal del cliente. Esto puede contribuir a que el cliente se sienta más seguro y facilitar la apertura emocional. El terapeuta con la autorrevelación también fomentará la exposición a la vulnerabilidad.

- *¿Has estado alguna vez en terapia?* Esta pregunta suele revelar gran cantidad de datos y de anzuelos o trampas que podemos evitar, ya que se manifiestan numerosas funciones de la historia del cliente y podemos conocer en mayor profundidad cómo ha sido su experiencia personal a lo largo del proceso terapéutico con otros profesionales. Si de primeras nos expone algunas de las críticas con su anterior terapeuta (por ejemplo, ponía caras raras cuando contaba algo personal, miraba el reloj constantemente, le daba varias citas a la semana, no contestaba a sus llamadas o mensajes), podemos suponer qué no ha funcionado y cómo podemos ofrecer un estilo diferente, además de poder ver algunas conductas clínicamente relevantes en su exposición. También hay que contextualizar que es solo su visión del proceso, que quizá no esté siendo honesto y que puedan existir resistencias al cambio derivadas de su historia. Es más fácil eximirse de la responsabilidad culpando al «psicólogo» que asumir que uno no puso todo lo suficiente para que funcionara. Al relatarnos su experiencia podemos comprender y componer el puzle que implica qué parte corresponde a anteriores

experiencias terapéuticas, pero para esto se necesita tiempo y abordar la historia personal. En resumen, tratar de capturar la variabilidad individual de cada persona para ajustar nuestro estilo terapéutico a cómo vive el cliente, tratando de hacerle sentir comodidad en esa primera interacción, preguntando y adaptándonos en cada momento. Si existe algo que no tengamos muy claro, es mejor preguntar amablemente que hacer conjeturas e inferencias. De la respuesta del cliente podemos extraer material para trabajar, teniendo en cuenta que nuestra labor es como la de un artesano que trabaja con las manos y moldea con lo que el cliente trae a consulta.

- *Duración de la consulta y el proceso.* Una de las preguntas es el tiempo que puede durar el proceso terapéutico. Para responder lo más sinceramente posible se aconseja no darle un número concreto de sesiones, ya que es un proceso que está vivo, continuo y cambiante; lo que sí podemos ofrecerle es la seguridad de que va a durar el tiempo estrictamente necesario, lo que querrá decir que por nuestra parte el propósito honesto es que se gaste el menor dinero posible, la persona pueda estar viviendo la vida que quiere cuanto antes y que también eso nos dará más opciones de futuros clientes. Hemos de involucrar activamente a la persona en el proceso: ganamos todos cuanto antes se produzca la mejoría. No obstante, no podemos ofrecer un número concreto de sesiones, aunque se den datos empíricos de la media de terapias breves (ocho sesiones); va a depender de la resistencia al cambio, el tipo de caso, el tipo de relación que se establezca con el cliente y otras variables más de la vida cotidiana que se escapan a nuestro control. En este modelo de FACT se ofrece un mínimo de tres sesiones, como terapia breve, que pueden alargarse. Además, se irán espaciando en el tiempo conforme los avances sean más consistentes. Se recomienda que las primeras sesiones sean una por semana, para luego hacerlas cada dos semanas, una al mes, tres meses y seguimientos a los seis meses y al año. También se recomienda dejar un espacio entre cliente y cliente y no ver a más de seis clientes a lo largo de un día. Cada profesional resiste su propia carga personal, ponte los límites que te hagan estar contento con tu trabajo.

- *Establecer un acuerdo mutuo.* Es importante clarificar el papel del psicólogo o la psicóloga, las expectativas que el cliente trae a consulta, que no implique asumir un papel pasivo, ya que ambos constituyen el motor del cambio, ambos remando en el mismo barco, en la misma dirección, por lo que es conveniente hacer explícita la relevancia que tiene ese ensamblaje recíproco. También en este encuadre se recomienda no anular las sesiones con más de 24 horas de antelación tanto por parte del cliente como del terapeuta, salvo alguna circunstancia de urgencia, para fomentar la adherencia al tratamiento cuando existan días de bajón y tristeza. Es muy común que al principio el cliente venga muy motivado, pero en la medida que avance la terapia y se trabajen en mayor profundidad algunas cuestiones, el dolor podría conducir a la evitación. También es un buen momento para esclarecer que, si la terapia va bien, lo pasarás mal; al igual que cuando se cura una herida, al principio escuece, pero estará conectado con sanarla o con un significado vital trascendente que otorga sentido a las vidas (conectar el dolor con una vida valiosa; por ejemplo, hacer ejercicio y pasar por la pereza y desmotivación, porque la salud es importante para él/ella).
- *Contacto con el cliente a través de las tecnologías.* Es algo muy personal y depende del tipo de relación que se establezca con el cliente, qué tipo de cliente es, en qué punto se encuentra el terapeuta a nivel personal y laboral, por lo que esta incógnita debe resolverse entre ambas partes y hay que ajustarse/adaptarse a cada caso concreto, teniendo en cuenta la máxima de que el terapeuta ha de ser eficaz en su relación para obtener mejoras con el cliente. Si establecer contacto más íntimo vía mensajería instantánea, móvil, correo u otra fuente contribuye a mejorar la relación y el curso de la terapia, entonces el terapeuta puede plantearlo. Desde FAP se enfatiza la importancia de estas otras interacciones a distancia (escrita, *email*, mensajería, videoconferencia, ejercicios y su registro), por cuanto pueden suponer una relación más íntima y estrecha entre terapeuta y cliente durante el transcurso de ese proceso. No obstante, en nuestra experiencia personal se recomienda limitar la interacción fuera de la consulta, para fomentar la

independencia, la paciencia, la gestión emocional y evitar dar soluciones precipitadas por parte del psicólogo que fomenten la evitación, impulsividad o dependencia. Esto no quiere decir que no existan ciertos clientes con los que se pueda hacer, pero se recomienda limitar la interacción por estas cuestiones.

### **3. PROCESOS INCORPORADOS DESDE ACT**

Una vez establecido el encuadre, cómo va a funcionar la terapia y aclarar algunas cuestiones centrales que van a suponer las bases para continuar con el proceso terapéutico, el siguiente paso es mostrar que hay una agenda de cambios que no han funcionado y que los intentos de la persona por resolver el problema, al contrario, lo han empeorado. Es importante hacer explícito que lo que no ha funcionado son las estrategias y que la persona no es el problema. Se le dice amablemente que quizá de manera cultural se han promovido estrategias que no le han ayudado a resolver la situación actual, por ejemplo el uso de ansiolíticos, darle vueltas al problema, buscar las causas, porqués, pensar en positivo, distraerse, etc.

Se determina qué tipo de acciones ha intentado realizar el cliente para mejorar, examinando si realmente han funcionado, para tratar de crear el contexto y el espacio para realizar algo nuevo. Por ejemplo, se le puede decir: «si haces lo mismo de siempre, vas a obtener lo de siempre». Se hace explícita la lucha como problema y los intentos fallidos de solución. Nunca se intenta convencer al cliente, su experiencia es el árbitro absoluto, es lo que la tradición zen denomina «estar acorralado». Unos ejemplos de preguntas que se pueden realizar pueden ser: «¿qué has probado?», «¿cómo ha funcionado?», «¿cuál ha sido el coste?», «¿estás dispuesto a hacer algo diferente?», «¿estás abierto a otras opciones?».

La pieza «creativa» en la desesperanza creativa se refiere a la apertura que se produce cuando los clientes finalmente abandonan el control de los eventos privados y centran su atención en sus acciones y en vivir una vida que se alinee con sus valores elegidos. El objetivo es acelerar el proceso de abandonar lo que no funciona. Cuando los clientes se ponen a trabajar con una nueva agenda o unas nuevas estrategias, pueden sentirse perdidos o

confundidos, porque el camino que han seguido ya no parece viable. Esto no sería un signo negativo, es una señal de que los viejos comportamientos de control están empezando a desaparecer. Sin embargo, de manera general esto suele generar en el cliente un sentimiento de «desesperanza», que invita a cambiar el rumbo vital. Se puede validar esta frustración y desesperanza, por ejemplo, diciendo: «Tiene sentido que te sientas molesto después de poner tanto esfuerzo en algo que no te ha funcionado». Para evitar de nuevo el castigo o culpa se hace hincapié en que lo único que no ha funcionado ha sido la estrategia, que además está promovida por esta cultura occidental que rechaza el dolor, con el uso indiscriminado de estrategias de evitación, buscando la felicidad de manera continua.

El proceso de la desesperanza es un proceso continuo a lo largo de la intervención, al igual que el análisis funcional. Un error común por parte de los terapeutas es tratar de convencer a los clientes (reglas de *pliance*) de que la evitación no está funcionando o que deben renunciar a su agenda de control experiencial y personal. Esto tiene que ser a través de la experiencia de la propia persona, aprendida como reglas de seguimiento (reglas de *tracking*) con contingencias en su vida, y no infundir otras reglas verbales al cliente, que se sigan solo porque lo dice el terapeuta. Otro problema suele ser que los terapeutas pueden intentar presionar a los clientes más de lo que la persona está dispuesta a asumir, y es esencial que la experiencia y el propio cliente sean el árbitro en la terapia en cada momento. Por tanto, la desesperanza tendrá éxito si la confrontación entre los intentos por solucionar el problema y la experiencia del cliente convergen en el mismo punto, y el terapeuta ha seguido un adecuado análisis de la conducta para introducir estas acciones.

#### TABLA 11.2

##### *Esquema de los elementos más importantes de la desesperanza*

1. Se altera el contexto de dar razones (argumentar o justificar) que no sirve.
2. Situar al cliente frente a su experiencia de que el problema está en lo que hace o en el plan que sigue para acabar con él. Lo negativo no son los pensamientos o emociones, sino lo que hace con ellos. El miedo es una respuesta adaptativa. El síntoma no es el problema, el problema es lo que hace con el síntoma. El problema es la estrategia que ha usado, que no ha servido para que desaparezca el malestar.

3. Es una experiencia dolorosa y confusa «el darse cuenta» de que está instalado en una estrategia que no sirve.
4. Cambiar el sentido de culpa por el de responsabilidad.
5. No se dan razones sobre la lógica de la estrategia para evitar fomentar lo mismo que creó el problema (funcionalmente sería equivalente). La estrategia nunca debe ser para eliminar el malestar, al contrario. Si el cliente piensa que cambiando la estrategia se sentirá mejor, intentará no hacer lo que hacía para sentirse mejor, entonces no le funcionará.
6. El malestar es posible que no se vaya, pero aprenderá a vivir la vida que quiere, normalizando que vuelva una y otra vez el síntoma.
7. Tiene que quedar claro que el planteamiento es aprender a vivir con el malestar (pensamientos y emociones desagradables).
8. Cuando se dan pasos hacia valores, se alteran las funciones aversivas de los eventos y el malestar deja de ser tan intenso.
9. Hacer explícito que el control es el problema («olvida los números 1, 2, 3», «no pienses en un patito amarillo»).
10. La metáfora de las arenas movedizas o el vídeo de la mosca (*The fly meditation*) ilustran el proceso de que la lucha constituye el problema. Alternativa: desarrollar una actitud de quietud.

El terapeuta será el guía para ayudar en todo el proceso y/o para hacer más probable que el cambio ocurra, observando, moldeando y derivando funciones, además de aplicar los principios de conducta adecuados. Asimismo, el terapeuta ha de mantenerse al margen, tanto ideológicamente como acerca del contenido de los clientes, y no quedar atrapado también en el «bucle» del cliente. Es frecuente que los terapeutas tiendan a tranquilizar, relajar, o dar soluciones inmediatas al cliente, y en estos casos entrarían en la misma dinámica de evitación que ellos mismos ya tienen. Debe mantener la perspectiva en todo momento, para delimitar y contemplar las funciones en vez de la topografía. No ha de animar a realizar un comportamiento u otro, para evitar caer en que algo diferente sea también una evitación a su vez. Por ejemplo, si el terapeuta le recomienda salir a hacer deporte, puede ser una buena estrategia para cambiar sus emociones y no estar continuamente pendiente de sus pensamientos y problemas, pero si supone una estrategia evitativa, entonces es más de lo mismo a nivel funcional, por lo que la terapia estará cronificando una evitación experiencial con otra estrategia nueva, que se une a todas las que el individuo ya había intentado sin éxito.

### 3.1. Derivación de funciones: conectando el sufrimiento con una vida valiosa

En este momento se inicia la derivación de funciones aversivas a las estrategias de evitación. Teniendo en cuenta la mecánica de las metáforas (véase capítulo 6, sobre la teoría del marco relacional), se hace hincapié en la transferencia y transformación de funciones aversivas y discriminativas para repertorios de evitación y también establecer funciones motivacionales (operaciones de establecimiento), que operan a través de los valores personales. Los eventos privados (no ser capaz, tristeza, desgana, miedo, ansiedad) que están en oposición con los valores personales (ser buen profesional, buen padre, buena persona) se ponen en coordinación con este horizonte de valores, para que el malestar esté en la misma dirección de los valores y sea el único camino posible. Con esto se quiere conseguir que la evitación sea más aversiva, pues se encuentra ahora en oposición con los valores.

Con este procedimiento se consigue que los intentos por solucionar el problema sean ahora el problema y la evitación se convierta en aversiva. El coste de seguir con la vida que lleva hasta ese momento tiene que ser muy alto, más que el de cambiar de estrategia. El individuo ha de elegir: bien no llevar la vida que quiere «sin malestar» o bien llevar la vida que quiere «con malestar». Cada vez que el cliente emplea una estrategia de evitación, se encuentra más lejos de la vida que quiere. Es entonces cuando se derivan funciones aversivas hacia su agenda de control, para que el coste de permanecer haciendo lo que hace (evitar) sea más alto que el de dar pasos hacia la vida que quiere, aun en presencia de malestar.

También hay que tener en cuenta al servicio de qué están los valores, es decir, cuál es su función en la vida del individuo. Muchos valores se encuentran impregnados de ciertos tipos de regulación verbal (reglas de cumplimiento o *pliance*) o deseabilidad social. Por ejemplo, si el cliente cree que es un valor ser buen padre/madre, pero de trasfondo lo que verdaderamente controla ese valor es que «otros piensan que ser buen padre/madre es importante», «es lo que me han inculcado», «es lo correcto», «es mi deber», etc., entonces su función estaría solo bajo reforzamiento social



y no bajo control o valores del propio individuo por sí mismo, en contacto con sus contingencias o vivir diario.

El terapeuta ha de discernir estas funciones y ponerlas encima de la mesa, para que el cliente aprenda a discriminar al servicio de qué están sus valores. «¿Qué estarías haciendo si no te sintieras culpable sabiendo que para ti no es importante ser buen padre?»; esta pregunta puede ser un ejemplo encaminado a descifrar la verdadera función de sus eventos privados y sus valores. El practicar ejercicios como la defusión, la aceptación o el distanciamiento tienen que servir a un valor. La finalidad no es eliminar síntomas, sino vivir una vida con significado, en presencia de dolor, que es inevitable a la existencia humana. Esta construcción verbal de los valores personales y sus acciones guía a los seres humanos a persistir en un comportamiento aun en presencia de dificultades. Sabemos que todo aquello que produzca malestar está inseparablemente unido y conectado con lo que es importante para el cliente. Si el ser humano sufre es porque tiene algo por lo que luchar, de otro modo perder algo que no tiene importancia no genera sufrimiento. El malestar está unido a la naturaleza humana y el dolor forma parte de la vida, como se ha expuesto a lo largo de estas páginas. Al igual que no podemos evitar o controlar que aparezcan desgracias en nuestra vida o momentos difíciles, lo que sí podemos controlar es la manera de relacionarnos con esos eventos. Algunas tradiciones orientales, como el *vedanta*, exponen en su filosofía que el apego y la resistencia van ligados al sufrimiento, se sufre si no se tiene algo que se quiere, pero se sufre también si se tiene y hay miedo a perderlo. Si se basa la vida en objetivos, se puede convertir en un círculo vicioso de insatisfacción-deseo-satisfacción-deseo-insatisfacción. No obstante, si sufrir tiene un significado vital basado en trascender al dolor, ello construye un sentido diferente a la vida. En un ejemplo práctico: «Si te dijera que el coste de no sufrir desencantos amorosos es vivir solo, ¿qué eliges?». Como el filósofo Schopenhauer, que se aisló de la sociedad durante años para evitar sufrir porque las relaciones le generaban dolor y al final de sus escritos concluyó que aislado también sufrió (Yalom, 2011). No hay forma de no sufrir, debido a la naturaleza social de los humanos; nacemos, crecemos y vivimos en comunidad, por lo que renunciar a esto supone un coste muy alto.

### 3.2. Los valores en el contexto terapéutico

Los valores han sido objeto de intervención desde todas las perspectivas y modelos en psicología. Cada paradigma hace énfasis y describe los valores desde un determinado prisma, dependiendo del tipo de aproximación: psicoanálisis, cognitivo-conductual, humanista, terapia gestalt, estratégica, sistémica, planteamientos existenciales, etc. Estos enfoques incurren en una visión racional de los valores, es decir, en términos de razones.

Desde la perspectiva contextual-funcional, se entienden los valores enganchados a la historia personal y a la conducta de cada individuo, tomándose como elecciones y no como valoraciones que alguien determina. Las valoraciones están determinadas por el resultado y las razones, pero las elecciones se hacen por encima del resultado y de las razones. La conducta del individuo depende de su historia, por tanto es personal e intransferible. Los valores serían individuales y serían ajenos de todo juicio por parte del terapeuta. Los valores no los puede encontrar el cliente en un catálogo.

Desde la filosofía recogida en este libro, no se han trabajado los valores como meros objetivos, sino como aquellas acciones valiosas arraigadas en un sentido existencial de trascendencia. Como marco de referencia histórica, propuestas terapéuticas como las de Yalom (1984), Frankl (1961), de tipo existencial, convergen con los conceptos de ACT, desde la historia de reforzamiento personal y las contingencias en la derivación de funciones verbales (Wilson y Luciano, 2002). El planteamiento funcional de los valores se ha visto complementado y avalado de manera experimental a través de las investigaciones sobre el lenguaje y la transformación de funciones en la teoría del marco relacional. Estos datos permiten explicar mejor las facetas complejas que rigen el comportamiento humano, las relaciones verbales que lo gobiernan, orientado a objetivos y valores a largo plazo y qué tipo de regulación verbal sigue para persistir en una dirección determinada.

Los valores se construyen a lo largo de la vida y se configuran a través de la historia de cada persona. En la práctica clínica, el abordaje de los valores personales se entiende como pasos a seguir en un horizonte al que aspira a llegar el cliente. El terapeuta debe hacer un análisis exhaustivo de esta información para lograrlo (Páez et al., 2006). El propósito es mostrar el coste

que tiene para el cliente el distanciamiento con sus valores y, por el contrario, reforzar naturalmente las acciones de aproximación a valores para que la persona se alinee con ellos. El terapeuta tendrá que conectar el sufrimiento con un horizonte vital del cliente, no como un objetivo que se alcanza o cumple. Los valores no se alcanzan nunca, pues serían una dirección de vida. Se entiende por valores una dirección en la que se está, no algo que se tiene o se pueda alcanzar o poseer. Se diferencian de los objetivos en que estos son alcanzables, cuantificables, como por ejemplo «ser padre, tener un hijo, una carrera o un máster». Por el contrario, «ser buen padre» es un valor, nunca se llega a ser el mejor padre del mundo, por tanto es la suma de acciones que conducen al ideal de ser un buen padre. Otro ejemplo sería si el *objetivo* de una persona fuese ir a Madrid, pero ir al norte sería un *valor*, dado que por mucho que se avance, nunca se llegará al norte. Es una dirección en la que se está o no se está y se trabaja por medio de acciones. En este ejemplo, tomar un tren sería una *acción* para llegar a Madrid, que se encuentra más cerca del norte (*valor*). Si mi valor es ser buen profesional, puedo empezar hoy con alguna acción que me aproxime a ese valor, como apuntarme a un curso o leer textos científicos por mi cuenta.

El trabajo del terapeuta consiste en clarificar los valores y alentar a la persona a que sus actos se aproximen lo máximo posible a la dirección que considera valiosa; por ese motivo los valores son únicos, personales e intransferibles. Los valores van a ser el motivador para que el dolor de la persona tenga significado y que cuando se mire en el espejo diga: «¿He elegido la vida que quería o he transitado por un camino ya hecho? ¿Soy profesor porque necesito un trabajo fijo y no sentirme inseguro o porque le da sentido a mi vida?». A veces es difícil poder ser consciente de las variables que mantienen una conducta. El papel del terapeuta va a ir encaminado a plantear estas cuestiones y que viva una vida más acorde a su naturaleza humana. «He vivido una vida valiosa, que merece la pena ser vivida, porque he hecho aquello que quería hacer, aun habiendo dolor por el camino, no cambiaría mi vida, y la volvería a vivir una y otra vez del mismo modo» (como el eterno retorno de Nietzsche).

### 3.3. Clarificación de valores

El papel del terapeuta consiste en clarificar aquella dirección valiosa para el cliente, sacar a la luz si esos valores no se encuentran presentes, descubrir qué áreas importantes tiene en su vida, o incluso plantar nuevos árboles en su jardín (como metáfora de una vida plena). En no pocas ocasiones el malestar es tan alto, y la persona lleva tanto tiempo evitando exponerse a cómo quiere vivir, que no sabe muy bien cuál es el motivo por el que se levanta cada mañana. El coste que ha pagado a plazos por no tener malestar es tan alto que ha podido llegar a olvidar hacia dónde se dirige. A veces el viento sopla tan fuerte (malestar) que uno se plantea en qué dirección debe ir, por lo que el rol del terapeuta es conectar el viento con una dirección. Un mismo cliente puede elegir quedarse en casa ante un dolor de cabeza, y por tanto su vida estaría al servicio del dolor, y otro, aun teniendo dolor, sale porque es importante ir a recoger a su hija al colegio. El objetivo del terapeuta es anclar el malestar a los valores personales, para que el malestar cobre significado. No es lo mismo cruzar un río helado y profundo porque sí, que cruzarlo porque al otro lado hay algo muy importante que nos aguarda (familia, amigos, pareja, trabajo). Los valores ofrecen un sentido al malestar del proceso de cruzar el río. El camino será duro o difícil, quizá aversivo y peligroso, pero estará conectado con algo muy valioso para la persona. Al principio la desorientación puede ser de gran magnitud por los años que ha acumulado evitando. En la desesperanza creativa se verá qué ha conseguido con esos intentos fallidos (en la dirección de siempre) y dónde le han llevado sus actos, por ejemplo alejarse cada vez más de la dirección deseada por un alivio a corto plazo. No solo no se encuentra en la vida que desea por no estar en contacto con el malestar, sino que además sigue teniendo malestar. Esta es la trampa y paradoja de la evitación experiencial o la inflexibilidad psicológica, que limita el repertorio y las funciones nuevas en el presente y que impide moldear el comportamiento tomando como base las contingencias y crear repertorios más flexibles. Situar a la persona frente a un horizonte de valores permite desactivar las funciones aversivas de los eventos privados y es una de las claves del proceso terapéutico desde cualquier orientación psicológica.

TABLA 11.3  
*Esquema de los elementos para trabajar con valores*

1. El empleo de ejercicios experienciales (ejercicio del cumpleaños o del funeral) y tareas para casa con el propósito de facilitar el contacto con los valores evitados: «¿Cuáles son tus miedos?». Exponer al cliente a sus valores conectando el sufrimiento con la vida que desea. Frenar el autocastigo y la rumia acerca de fracasos anteriores en áreas valiosas.
2. Exposición para generar una mayor flexibilidad con respecto al contenido psicológico que evita. El contenido aparece como barrera frente a los valores que persigue: malestar versus valores, en lugar de malestar y valores.
3. Empleo de desesperanza, metáforas, paradojas y ejercicios para clarificar valores.
4. Identificar valores y las barreras. Pasos que la persona puede dar para acercarse mañana mismo un poco más hacia la vida que quiere vivir.
5. Los valores se edifican a lo largo de la vida y vendrían a ser la brújula que indica la dirección y el horizonte terapéutico. Es lo que otorga sentido vital a las acciones del día a día.
6. Es un aspecto clave tanto en ACT como en FAP.
7. Está presente en todas las sesiones y es lo que hace que el cliente discrimine el camino donde tiene que conducir sus pasos día a día.
8. Los valores no se encuentran en un catálogo o existen unos mejores que otros. Es el cliente quien elige los que sean más congruentes con su historia y con la vida que quiere vivir.
9. El terapeuta ha de ser aséptico, neutral y no pretender volcar sus valores en el cliente, aun a pesar de que no esté de acuerdo.

### **3.4. Control de los eventos privados como problema**

El problema con las estrategias de control es que funcionan el tiempo suficiente para mantener alejados los sentimientos dolorosos, pero esa trampa solo dura un tiempo. A la larga aparece de nuevo eso que queríamos esconder. Como sabemos por las leyes del aprendizaje, una conducta bajo reforzamiento negativo, al eliminar algún evento contingentemente, aumenta aún más su frecuencia. Los eventos privados no funcionan de una manera diferente al resto de conductas y tienen ese carácter paradójico de efecto búmeran.

Habitualmente intentamos aplicar las mismas reglas de juego del mundo externo al interno, y ello puede generar serias dificultades o problemas añadidos a largo plazo. La estrategia que solemos utilizar para abordar un

problema en el mundo externo es el control, es decir, si tienes un problema, busca la causa y elimínala para que el problema desaparezca. Por ejemplo, si tengo frío voy a buscar una manta, si se ha fundido una bombilla puedo cambiarla, o si tengo incomodidad en los zapatos me los puedo quitar. Todas estas conductas se mantienen por reforzamiento negativo, y lógicamente aumentan los repertorios de evitación de todas esas molestias. Además, puedo controlar todo esto y es muy probable que tengamos bombillas guardadas para cuando se fundan, incluso usar siempre plantillas para evitar molestias en los zapatos.

El problema viene al aplicar esta misma estrategia a los eventos privados, escapando al tener emociones negativas o realizando algunas estrategias para evitar que lleguen a aparecer. El proceso de aprendizaje es el mismo (reforzamiento negativo), pero los eventos privados no se pueden quitar del todo, no pueden desaparecer, los pensamientos o emociones forman parte continua de lo que somos, un organismo. Por lo que, si en un contexto social se intenta olvidar el pensamiento de «he hecho el ridículo», «soy un inútil», «no se hacer nada bien», ocurre lo contrario. El lector puede hacer la prueba de tratar de «no pensar en un patito amarillo» o «no pensar en un oso blanco». Puede comprobar que tratar de no pensar en algo aumenta la probabilidad de ese algo, puesto que la estimulación antecedente ya contiene el referente verbal de ese estímulo y, además, al actuar el reforzamiento negativo aumenta la frecuencia e intensidad del contenido que desea eliminar. Pero también puede ocurrir que aumente la red relacional con otros estímulos (otros «osos» o «patitos» y situaciones relacionadas), por lo que habría que aceptar que el mundo privado no se puede controlar físicamente al igual que uno se quita un zapato.

Un ejemplo clínico característico de los mismos principios de reforzamiento negativo ocurre con los problemas obsesivo-compulsivos, donde a través de una actividad (compulsión) el individuo intenta controlar y eliminar la molestia o preocupación constante que tiene, por ejemplo mientras se lava repetitivamente desaparece el peligro de contagio y la preocupación de enfermedad (se refuerza negativamente), pero al poco tiempo y a largo plazo esa compulsión vuelve a repetirse, porque el «pensamiento» o la «preocupación» le acompaña allá donde va, no desaparece tan fácilmente con

lavarse.

Las leyes de aprendizaje son las mismas, y por eso aumenta la frecuencia de los eventos privados molestos, pero las estrategias que solemos utilizar para controlarlos no son las más adecuadas. No obstante, nuestra cultura promueve lo contrario, el control emocional y el control cognitivo. Además, otros modelos psicológicos se han adaptado al modelo biomédico, que trata de buscar el síntoma y eliminarlo, y precisamente los tratamientos cognitivo-conductuales de «reestructuración cognitiva» o de «parada de pensamiento» se basan en suprimir los pensamientos y/o tratar de cambiarlos por otros. Se basan en «eliminar el síntoma», eliminar la preocupación, o eliminar la compulsión de lavarse, pero no las causas o variables que lo están manteniendo.

El problema radica en el control o el cambio de eventos privados, donde el cliente intenta suprimirlos mediante conductas que van encaminadas a eliminar los pensamientos y emociones desagradables. El objetivo terapéutico es aprender a convivir con los pensamientos indeseados y emociones que producen miedo, preocupación, ansiedad, tristeza, etc. Cuando luchamos con pensamientos y emociones, agregamos sufrimiento sobre el dolor que conlleva vivir.

Muchos intentos de controlar y evitar la experiencia privada no deseada aumentan aún más esa experiencia privada (por ejemplo, detener el pensamiento) y pueden conducir a otras conductas que produzcan daños psicológicos y/o físicos (por ejemplo, adicciones, dependencia, autolesiones, suicidio). La evitación disminuye la flexibilidad psicológica, manteniendo una conducta rígida evitando siempre antes de que aparezca la estimulación aversiva, lo que disminuye las oportunidades de refuerzo positivo, de tener contacto con otras funciones en el contexto habitual, e incapacita al individuo para aprender nuevos repertorios más flexibles mantenidos por reforzamiento positivo y por las contingencias. Los esfuerzos van encaminados a controlar lo que no se quiere (eventos privados negativos), y esa actividad de evitación se convierte en el centro de la vida del cliente.

El propósito desde FACT es que el cliente se centre en las acciones de su vida diaria, que aprenda a convivir con el contenido privado que desea eliminar, y orientar sus pasos hacia áreas más significativas. Desde este

enfoque no existirían los pensamientos, sensaciones, emociones o sentimientos negativos y tampoco positivos, serían solo pensamientos y emociones, nada más. No se valoran, solo se describen. No se niega que para el individuo que los tiene sean desagradables, pero no son negativos. Son parte de lo que el ser humano tiene que sentir. Al igual que podemos alegrarnos al escuchar una canción, también podemos ponernos tristes al escuchar otra diferente. Es una parte inevitable de la vida.

Lo que deberíamos clasificar realmente como «negativo» sería lo que la persona hace para intentar eliminar esos eventos privados: beber alcohol, consumir drogas, comer chocolate, subir fotos o publicaciones a las redes sociales, hacer compras, posponer tareas, procrastinar, jugar a la consola, no salir de casa, etc. Aunque topográficamente puedan ser problemáticas diferentes, todas ellas pueden compartir una misma función: evitar sentir malestar. Estas acciones funcionan a corto plazo, por ejemplo una persona se siente mal por haber dejado o porque le ha dejado su pareja, y en lugar de afrontar el dolor, busca refugio para no sufrir a través de otras estrategias (alcohol, adicciones, promiscuidad), lo que conlleva alejarse de la vida que quiere (salud, amigos, familia, trabajo). El coste de mantener estas acciones sí que afecta negativamente a la vida de la persona y a su propósito vital.

TABLA 11.4

*Esquema de los elementos del control como problema*

1. Las terapias contextuales abogan por controlar aquello sobre lo que tenemos más control: las acciones que llevamos a cabo. Se detectan las barreras y se construye una vida aun teniendo esas barreras. Dar pasos hacia los valores y estar dispuesto a contactar con las barreras («metáfora del autobús», «invitado molesto»).
2. En el ámbito de control de los eventos privados: «si no lo quieres, lo tienes».
3. También estar dispuesto a «verse atrapado de nuevo», «caer de nuevo», «equivocarse», «ya estoy igual que antes», «esto no sirve», «no mejoro», «no tengo arreglo».
4. Los valores como un tipo de regulación verbal. Reglas motivacionales que alteran las funciones de las recaídas.
5. Aprender a reconducir la dirección de su vida cuando note que se está a punto de caer. Y promover la libertad de elegir la dirección de su vida (elegir entre ser víctima o responsable).



### 3.5. Toma de perspectiva y defusión

Las técnicas de *defusión cognitiva* están diseñadas para reducir las funciones aversivas del lenguaje al alterar el contexto en el que ocurren, en lugar de intentar alterar la forma o frecuencia de los mismos. Estos procedimientos se han desarrollado en los laboratorios basándose en el aprendizaje relacional para producir «defusión cognitiva» y conducen a reducciones en la credibilidad de los eventos privados molestos (Masuda et al., 2004). Ha mostrado ser eficaz la defusión con personas con problemas depresivos, tanto en psicoterapia individual como en formato de grupo, así como resultados superiores con respecto al tratamiento usual en la prevención de las recaídas hospitalarias de individuos psicóticos con delirios o alucinaciones. Esta versión breve y especializada de ACT redujo las hospitalizaciones en un 50 % durante un seguimiento de cuatro meses. El proceso de cambio, nuevamente, involucró un rápido descenso en la credibilidad de los síntomas, pero no en su frecuencia.

Esta concepción se inicia en los primeros manuales sobre Psicología. Titchener (1916, p. 425) argumentó que cuando una palabra se dice en voz alta una y otra vez, el «significado» desaparece y pierde sus conexiones con otros estímulos referentes, solo es una palabra. Esta técnica es casi un arquetipo de los procedimientos que intentan cambiar la función de un evento privado en lugar de su forma u ocurrencia, ya que implica un intento de cambiar la función precisamente al producir repetidas veces la misma forma verbal. También se incluye en estos procedimientos de defusión el empleo de formas de distanciamiento, donde el objetivo es tomar distancia de la credibilidad y el impacto que producen los pensamientos.

Las técnicas de defusión intentan socavar la literalidad de los pensamientos y que la persona tome perspectiva para que los eventos privados no le impidan alcanzar aquello que es valioso para la persona. Cuando los clientes quedan atrapados por ese patrón inflexible en el que la persona enmarca los pensamientos en equivalencia o coordinación con uno mismo, por ejemplo «soy incapaz» o «soy un fracasado», tiende a responder emocionalmente a estas palabras como si fuesen una realidad. Esto les impide mostrarse como diferentes de los eventos privados, y no les permite ser sensibles a las

contingencias o al resto de funciones que podrían estar presentes (lograr eso que temen). La evidencia nos dice que conforme las personas alteran las funciones del lenguaje en sus vidas, disminuye la importancia e intensidad de los eventos privados. Por ejemplo, cuando los clientes se empiezan a reír a partir de un contenido verbal que anteriormente tenía una función emocional aversiva (que provocaba llanto), quiere decir que se ha transformado su función. No obstante, la finalidad de estas técnicas siempre es que el cliente lleve una vida con significado y que sus eventos privados no sean una barrera en su vida.

Por otro lado, en la toma de perspectiva el terapeuta intenta reducir la literalidad del lenguaje y/o que el contenido psicológico no ejerza un control total sobre la vida del cliente. El contenido literal de los pensamientos, de los sentimientos, se adhiere fácilmente a su perspectiva como persona, comprometiendo así un sentido más amplio de sí mismo e influyendo fuertemente en su comportamiento. En ese aprendizaje se encuentran «fusionados» a su concepto de «yo» las palabras o eventos privados. De esta forma, el individuo suele responder de la misma forma, puesto que los tres marcos relacionales tienen la misma función, y realmente el individuo responde a las palabras como si fuesen objetos reales. En contraste, el yo como proceso y contexto están diseñados para reducir esta retención, separando así el yo del contenido. En los ejercicios y metáforas de FACT se lleva al cliente a separar el control de cada tipo de estimulación, de forma que sepa y pueda separar quién es el mismo, cuáles son sus emociones y cuáles son sus pensamientos. Estos ejercicios pueden hacerse de manera formal (ejercicio sentado observando la respiración) o informal, estando presente en cotidianidad de la vida (véase apartado del proceso terapéutico en primera persona). El resultado es que el cliente adquiere un sentido más seguro de sí mismo, que promueve la acción hacia otros repertorios no limitantes y comportamientos orientados a valores. El hecho de alinearse con lo que está ocurriendo en este preciso momento, aceptando lo que ya es, identificando los pensamientos que aparecen como algo diferente a lo que es, produce cambios significativos a largo plazo siempre y cuando se use con un respaldo monitorizado por los principios de aprendizaje.

En la forma de intervención que presentamos aquí la toma de perspectiva

se ha trabajado principalmente promoviendo la participación de la persona con un marco de jerarquía con la perspectiva deíctica-yo, y también a través de marcos de distinción, para reducir la coordinación de esas emociones y pensamientos y que no ejerzan control sobre la vida del cliente. Por ejemplo: «yo no soy mis pensamientos, soy quien decide si hacerles caso o no» o «estoy teniendo el pensamiento de que soy incapaz».

TABLA 11.5

*Esquema de los elementos de la toma de perspectiva*

1. El «yo» vendría a ser la convergencia de la historia de las contingencias del cliente en el presente.
2. Fisicalización. Se emplea como técnica para cultivar varios aspectos de los procesos de ACT, como por ejemplo el contacto con el momento presente, aceptación, yo-contexto, defusión. Este ejercicio es muy útil y puede emplearse con discriminaciones para establecer explícitamente la diferenciación de la persona y sus eventos privados, para así fomentar el yo observador, que la persona no actúe en coordinación con sus eventos privados y fomentar marcos jerárquicos con el deíctico-yo.
3. Los procesos están encaminados a permitir la acción de estar abiertos a los eventos privados.
4. Diferenciar entre el «yo» como contenido («yo soy tonto») y un «yo» como proceso (quien se da cuenta de que tiene el contenido: «yo estoy teniendo el pensamiento de que soy tonto») y el «yo» como contexto («yo soy algo más que mis pensamientos», «soy esa parte que siempre permanece»).
5. Contexto de distanciamiento en el que se alteran las funciones, en las que se pasa de ser el contenido a ser quien observa el contenido.
6. El cliente puede notar si está fusionado o «preso» por las funciones verbales aversivas a ciertos contenidos («yo soy un inútil» a «yo tengo el pensamiento de que soy un inútil»).
7. Metáfora del tablero de ajedrez, autobús, ejercicio del observador de un cuadro.
8. Marcos jerárquicos («quién es más grande: yo»). Marcos deícticos («quién tiene los pensamientos: yo»).
9. Permitir estar dispuesto y abierto a tener los eventos privados. Ejercicio de atención plena, *mindfulness*, *body scan*.
10. El propósito es romper la fusión entre las palabras y las funciones dadas por la historia del cliente.
11. Socavar las funciones de valoración y de dar razones para actuar de manera acorde a los valores personales y generar un espacio entre la persona y sus eventos privados, entre sus palabras y la función.

12. No existe contigüidad o asociación siempre entre los eventos privados y las conductas públicas.
13. Desliteralización: ejercicio de repetir la palabra «leche» para dismantelar las funciones aversivas del lenguaje y romper la fusión.
14. Estoy teniendo el pensamiento, «¿quién está teniendo el pensamiento?», «¿quién está observando este pensamiento?», «¿qué puedes decir desde tu yo-aquí y ahora a tú yo-ahí en ese momento que pueda ayudarte en tu próxima situación incómoda?».
15. Ejercicio de llevar la mente a pasear, ejercicio de la cabalgata, ejercicio de llevar los eventos privados que le molestan en tarjetas mientras hace lo que le importa. Ejercicio de decir «no puedo hacer *x* mientras lo hace». Ejercicio de escuchar lo que la mente dice como una radio que vende valoraciones, razones y detectar cuándo se compra y si es lo que realmente quiere. Ejercicio para cambiar la función del «pero» por la del «y» de Wilson y Luciano (2002).

## **4. PROCESOS INCORPORADOS DESDE FAP**

El propósito de este modelo ha sido incorporar los procesos que, tanto desde la literatura sobre el tema como desde nuestra experiencia clínica, consideramos que son más relevantes. Los componentes más importantes que se unifican en la intervención con FACT se pueden resumir en los siguientes apartados:

1. Establecer una relación terapéutica intensa.
2. Utilizar el refuerzo contingente para disminuir las conductas problemáticas.
3. Producir generalización funcional.

### **4.1. Establecer una relación terapéutica intensa**

Si bien muchas relaciones cambian vidas, las relaciones terapéuticas apuntan a cambiar vidas terapéuticamente. Aunque existe una enorme dificultad para establecer un esquema para entender a un ser humano, se pretende crear una brújula flexible adaptada a cada contexto y estos pilares los otorga la relación establecida con el cliente. El contacto personalizado que se establece en la consulta, al igual que en el día a día, favorece la intimidad. Tras el análisis funcional y visión de la historia del cliente, se establece una

relación genuina con él/ella y se adecua la estrategia de manera natural para crear el contexto de cambio. Evaluar la función de lo que está sucediendo en la relación terapéutica para cada persona en concreto ofrece el mapa para seguir avanzando en el proceso. Con esto nos aseguramos de que la respuesta al cliente sea terapéutica y no perpetúe los problemas del cliente en sus relaciones. Esto quiere decir también que el psicólogo o la psicóloga tendrá que entrenar determinadas capacidades para arriesgarse, acercarse e interaccionar de manera íntima con el cliente, ser afectuoso en un sentido terapéutico y analizar hasta dónde estamos dispuestos a llegar para ayudar.

Este modelo, incluido en las explicaciones mostradas en estos apartados, describe el proceso de intimidad como un conjunto de relaciones funcionales entre el comportamiento de la persona *A* y una respuesta de la persona *B* (Reis y Gable, 2015). Para que ocurra una relación íntima exitosa, la persona *A* transmite comprensión, validación y cuidado en su respuesta a la persona *B* (denominado capacidad de respuesta). Desde esta formulación, ambas personas se centran en una interacción social con motivos, necesidades, objetivos y miedos particulares, de los que pueden ser conscientes o no, y limitaciones que influyen en cómo percibirán su propio comportamiento y el de los demás. Se sitúa el proceso de intimidad desde una interacción diádica: intercambios recíprocos de vulnerabilidad y respuestas sintonizadas empáticamente a esa vulnerabilidad. Este enfoque también enfatiza la importancia de la conciencia de uno mismo y de los demás en las expresiones de cercanía. En esta aproximación se incluyen investigaciones de relaciones de otras tradiciones, incluida la psicología social, la neurociencia y la psicología del desarrollo, para mejorar su alcance y profundidad, además de poder adaptarse a cualquier contexto de interacción social. Este enfoque es complementario al de Maitland et al. (2017), que incluye los conceptos de FAP: la conciencia, el coraje, el amor y el conductismo (ACL) en esa interacción profesional-cliente, representando los principios básicos para producir resultados positivos tanto en la mejoría de la relación terapéutica como en los resultados clínicos.

Tras motivar a los participantes o clientes sobre los beneficios de la intervención y así promover la adherencia y la tasa de participación, se ofrece la posibilidad de que se involucren de forma activa para que su aprendizaje

sea superior. Se construye una alianza libre de juicios, honesta, que refuerza positivamente y valida emocionalmente a todos los participantes, de manera empática y con los cuatro componentes del modelo ACL (conciencia, coraje, amor y conductismo). El propio terapeuta se convierte en la herramienta para el cambio actuando como modelo o elicitador de comportamientos, así como reforzador natural de los cambios del cliente, siendo congruente con lo que la teoría promueve a través de sus actos en la interacción directa con los cambios que se producen en sesión.

Tras iniciarse la relación humana, se emplea también la autorrevelación para acercar al cliente la experiencia del terapeuta y situarlo en el mismo plano, que también sufre, tiene problemas y dificultades en la vida (Knott et al., 2015; Tsai et al., 2019). Esto humaniza a la vez que potencia la credibilidad para continuar con el trabajo terapéutico. Las experiencias personales que se comparten pueden crear un clima de apertura tanto de manera grupal como de manera individual que faciliten un vínculo poderoso para que luego no se olviden esas experiencias. Se puede empezar trabajando esta relación compartiendo inquietudes que se tengan en común con la otra persona. Cuando se comparten cosas, es más probable que se desarrolle una relación de confianza, afectiva y de credibilidad. Siempre hay algo en común entre terapeuta y cliente, siempre hay afinidades en casi cualquier persona del mundo, pueden ser gustos musicales, mascotas, viajes, lugares, gastronomía, deportes, etc., pero sobre todo experiencias de vida que puedan ser comunes. El dolor, al ser inherente al ser humano, nos conecta con los demás, siendo un punto de unión, como ser vivo que también ha sufrido, aunque sea por otra circunstancia.

## **4.2. El moldeamiento como mecanismo de cambio**

El procedimiento de moldeamiento por aproximaciones sucesivas fue descrito por Skinner en su primer libro *La conducta de los organismos* (1938/1975). Consiste en reforzar de manera diferencial las respuestas que se acercan hasta alcanzar la meta. Tiene dos características: aproximaciones sucesivas y refuerzo diferencial contingente.

El moldeamiento en sesión requiere una profundización exhaustiva en el

análisis funcional, habiendo elaborado previamente una conceptualización del caso. Lo primero es conocer la historia del cliente, las variables contextuales que mantienen su comportamiento y las contingencias de refuerzo o castigo en su vida. Como ya se ha descrito en el capítulo sobre FAP, es preciso que el terapeuta se mantenga con todos los sentidos alerta en la sesión para observar las conductas que pueden ser clínicamente relevantes, tanto por lo que está ocurriendo fuera de sesión, como por la oportunidad para poder evocar CCR1, moldear CCR2 y realizar equivalencias funcionales en su contexto habitual para producir generalización.

Desde el planteamiento unificado que aquí se ofrece, el moldeamiento se ha integrado con el análisis funcional y con la desesperanza creativa, en que los intentos por resolver el problema no han conducido a los resultados esperados a largo plazo. Una vez hecho el análisis funcional y la conceptualización del caso, el terapeuta ha de ir aproximándose a las conductas más adaptativas de la vida del cliente. Cuando aparecen CCR1 (generalmente como quejas o resistencias), el terapeuta reforzará sistemáticamente las que aparezcan contrarias como CCR2, aunque en las primeras sesiones suelen ser muy escasas, de ahí que el terapeuta deba estar también muy atento y desarrollar esas habilidades de observación para detectar CCR, así como reforzar los avances en cuanto se producen, por mínimos que sean. Además, el reforzamiento ha de ser lo más natural posible, como una interacción social entre dos adultos, confirmando, sonriendo, emocionándose, parafraseando, pidiendo aclaraciones, etc.

En el moldeamiento el terapeuta ha de estar conjugando el uso continuado y contingente de extinción y reforzamiento positivo, de forma que paso a paso los repertorios del cliente se vayan acercando a los objetivos CCR2 y CCR3 que se quieren conseguir, y que van a estar sincronizados con la aceptación, los valores y el compromiso con acciones valiosas en la vida del individuo. Es en estas interacciones en directo donde el terapeuta se la juega, puesto que ha de tener muy claro cuándo se producen CCR2 y CCR3 que suponen los avances, para reforzarlos. Es muy común reforzar erróneamente CCR1 en algunas de estas etapas de moldeamiento progresivo, y que ese avance no sea tan evidente. Estos serían algunos ejemplos habituales de errores al realizar ese moldeamiento y reforzamiento del terapeuta (Tsai et al., 2016):

- Un cliente que tiende a quejarse y criticar duramente a los demás y también lo hace con el profesional. El terapeuta se retira o responde a la defensiva. El cliente a su vez aumenta sus críticas y eventualmente deja de acudir a la terapia.
- Un cliente sumiso que es incapaz de decir que no, ni de enfrentarse a nadie, le pide al terapeuta cambiar la sesión el próximo día. El terapeuta responde que no es posible y además pasa desapercibida esta conducta de mejoría.
- Un cliente tiene un proceso interno de rumia sin fin y tiende a hablar con otras personas de manera similar, moviéndose a través de bucles tediosos y quejumbrosos. El terapeuta siente la necesidad imperiosa de escuchar atentamente y reconocer el dolor, entrando al contenido de esa rumia.
- Un cliente generalmente evita pedir lo que necesita. El terapeuta no sabe cómo ayudarla y hace sugerencias que no son útiles. El terapeuta acaba diciéndole lo que tiene que hacer.

### **4.3. La generalización funcional dentro y fuera de la consulta**

Es necesario observar las variables del contexto que mantienen el comportamiento problemático, por ejemplo organizaciones, escuelas, familias, parejas, etc. Es esencial producir cambios en el medio ambiente siempre y cuando los propósitos de la intervención sean producir efectos a largo plazo. Considerando que un comportamiento se mantiene si hay alguna fuente de refuerzo (positivo o negativo), las mejorías con mayor probabilidad se seguirán manteniendo si el contexto favorece el refuerzo natural, además de formar al cliente para que no necesite el refuerzo externo para continuar sus avances porque es capaz de mirar más allá del dolor hacia un horizonte valioso.

FAP ayuda a crear un ambiente compasivo, evocador y de refuerzo en el que los clientes aprenden a mejorar sus habilidades de intimidad. También es un contexto en el que están presentes muchas de las características conflictivas e incongruentes que interfieren con el desarrollo de la intimidad de la vida diaria. Existe una equivalencia funcional entre las imperfecciones y los límites



en la vida diaria y algunas características de la relación terapéutica, como esperar el pago de las sesiones, finalizar la sesión a tiempo aunque el cliente no está listo o las imperfecciones del terapeuta.

La generalización funcional es un aspecto clave en los avances que ocurran en la terapia y su extensión a la vida diaria. Puesto que el énfasis se pone en la función de los comportamientos, no se realizan simulaciones de tipo *role-playing*, que son meramente formales y serían muy artificiales en una relación social habitual. Por el contrario, se busca producir cambios en la terapia que ya tengan una función determinada, por ejemplo bloquear la evitación, que suele ser el repertorio de la mayoría de los clientes al principio de terapia, y si el individuo deja de evitar durante la sesión (deja de cambiar de tema, no se va por las ramas, habla claramente de problema, etc.), es muy probable que esa misma función de dejar de evitar se produzca en su vida diaria. En otros casos, si la función conseguida dentro de la sesión es que el individuo tome iniciativas o tenga decisiones propias, estas se producirán seguramente también en su vida diaria, sin que tengan que intervenir instrucciones explícitas del terapeuta. Los resultados no serán tan profundos o no se extenderán en el tiempo si no se propagan hacia otras áreas que conduzcan al refuerzo de conductas alternativas. Por ello, la terapia no habrá sido efectiva si las mejorías ocurren solo en sesión y no se transfiere a la vida cotidiana (por ejemplo, ambientes naturales de los clientes en su familia, los amigos, el trabajo, etc.). El efecto será mayor si los problemas comportamentales y las mejoras ocurren en sesión y el terapeuta puede introducir ejemplos en los que reproduzca este comportamiento en el exterior, que consiste en crear oportunidades para aprender nuevos modos de respuesta en sesión para poder aplicar fuera.

Se trata, pues, de conseguir que la persona deje de tener esa evitación experiencial, afronte sus emociones y pensamientos desagradables, que sea capaz de describirlos y verlos como diferentes y no en coordinación con su «yo». Cuando eso se ha logrado dentro de la sesión, de forma experiencial y a través del diálogo entre el terapeuta y cliente, es muy probable que se produzca igual en su vida diaria en cualquier otra situación, cuando le asalten de nuevo esos pensamientos desagradables. En esos casos el individuo no tiene que hacer nada en concreto, sino que el mero recuerdo de lo que ya ha

realizado durante la terapia o las metáforas y ejercicios realizados se conectan con el pensamiento actual para que la persona por sí misma obtenga la solución de nuevo, sin seguir una orden explícita o instrucción del terapeuta, solo poniendo en contacto su repertorio dentro de la sesión con lo que hace fuera en su vida diaria.

Por otro lado, se puede utilizar para crear CCR3 conductas verbales que son equivalencias funcionales entre lo que ocurre dentro y lo que le ocurre fuera de la sesión, y a la inversa de la relación fuera-dentro. El terapeuta puede inducirlos a lo largo de la terapia, pero si las llega a establecer el propio individuo, nuevas reglas de seguimiento propias sobre qué hacer o qué dejar de hacer respecto a sus eventos privados o respecto a sus problemas diarios, entonces será más fácil la generalización y el mantenimiento a largo plazo. De esta forma, en las sesiones se han utilizado comentarios continuos de esas comparaciones, estableciendo reglas sobre análisis funcionales (es decir, CCR3) y comparaciones que permitan relacionar lo que ocurre dentro y fuera de la situación clínica.

Las interacciones sociales y las relaciones sociales son áreas esenciales para mantener repertorios inflexibles, pero también son fuente de reforzamiento social y de transformación de esas funciones. Cuando se establecen pautas en el sistema de relaciones sociales, se pueden cambiar también los comportamientos de todos los que intervienen en esas interacciones, por ejemplo cambiando las pautas en el sistema familiar, empresarial, escolar; comer todos juntos para poder crear un vínculo más positivo; si en la familia se establece una pauta de que no se ve la tele hasta por la noche, se puede mejorar la comunicación entre padres e hijos; si en las interacciones de pareja se establece la norma de que no se discute en la cama, quizá puedan mejorar las relaciones sexuales; o bien si cuando estamos en reuniones con los amigos se establece la pauta de que todos los móviles se dejan guardados, puede que mejoren las relaciones, la conversación, la intimidad y la afectividad del grupo de amigos.

Este tipo de pautas generales ayuda a fomentar nuevas contingencias. Cuando se pueda actuar en los grupos, desde FACT se trabajará con el contexto y con el análisis funcional a nivel micro y macro para que los cambios se mantengan en el tiempo. Nótese que estas pautas no son una receta,

son solo ejemplos basados en casos reales. El terapeuta tendrá que adaptar estas pautas a cada contexto, teniendo en cuenta las variables de cada ambiente y las condiciones en las que se dan las contingencias sociales e interacciones de grupo.

La prescripción de tareas, o bien actividades para realizar en casa, es una parte importante para obtener generalización, pero no para repetir o simular fuera comportamientos entrenados; el propósito es crear las condiciones que evoquen CCR1 y así el terapeuta tenga la posibilidad de moldear de manera natural esos comportamientos hacia otras CCR2 al servicio de los valores del cliente. Es decir, la actividad o los materiales realizados (la historia propia, descripción de interacciones, relación de objetivos vitales, incluso cuestionarios) sirven como excusa para provocar conductas o para moldear nuevos repertorios. De nuevo, no se trata de pedir hacer ejercicios por su contenido, o por su parecido formal con otras conductas, sino como una estimulación que provoque o haga probables otras conductas clínicamente relevantes que se quieren cambiar durante la sesión o que permitan al individuo el contacto con la experiencia directa y sus consecuencias. Por ejemplo, a un cliente que continuamente mira el móvil, incluso dentro de la sesión terapéutica, se le puede pedir que haga la actividad de quedarse un día completo solo, sin hablar, llamar o interactuar con nadie. Lo importante no es el contenido de la propia actividad, sino lo que eso producirá en el individuo y las funciones que el terapeuta puede analizar a partir de ello: ¿queda con personas a todas horas por miedo a estar solo?, ¿se ha permitido alguna vez estar solo?, ¿le conduce este patrón a ser dependiente?, ¿quiere ser más independiente? En la conversación de la sesión el terapeuta puede ir haciendo preguntas sobre cómo se ha sentido, hasta qué punto ha logrado estar sin contactar con nadie y centrarse en la consulta continua del móvil. El terapeuta podría preguntar: «Supongo que durante todo el día estarás consultando el móvil, igual que lo estás haciendo aquí, ¿no? ¿Qué te hace pensar eso sobre ti mismo?». Probablemente el cliente derivará nuevas relaciones afirmando: «¿Entonces, por eso estoy siempre con el móvil?», «¿Soy incapaz de estar solo?», «No me había dado cuenta hasta ahora». El ejercicio para casa era solo la estimulación para generar la vivencia y la regla de seguimiento sobre poder permanecer en soledad y generar un nuevo repertorio.

Estos ejercicios se utilizan para seguir moldeando conductas en dirección a valores. El acercamiento a los valores provocará inevitablemente la aparición de CCR1, por lo que las personas tendrán que hacer un esfuerzo en persistir, y naturalmente se verán reforzados esos intentos de aproximación hacia CCR2. Algunas de las tareas para casa pueden ser: darse cuenta de que están en el momento presente, notar que están en bucle con sus pensamientos y volver al presente (acordarse del tablero de ajedrez), que se den cuenta de la «radio» de su pensamiento y no le hagan caso (fomentando marcos jerárquicos y de distinción), realizar cinco acciones en dirección a valores, realizar el ejercicio de la respiración, fisicalización, etc.

## **5. RESISTENCIA AL CAMBIO**

Uno de los papeles más importantes del psicoterapeuta es el de normalizar el sufrimiento humano como parte de la condición inevitable del producto del vivir, además de despsicopatologizar los problemas de la vida cotidiana, dotando de significado a la vida personal, y enraizarlo con un propósito para que merezca la pena estar en la situación en la que se encuentra. Cualquier situación que reproduzca el cliente en el contexto clínico ha de tener una finalidad o una función; debería usarse para conectarlo con la historia personal, para que el cliente pueda despertar de la suma de hábitos que le conducen a añadir más sufrimiento a la experiencia que ya es. Nada de lo humano me es ajeno, como decía Terencio, por lo que cualquier circunstancia que aparezca en consulta será algo que puede ocurrir con mayor o menor frecuencia, además de ser un reflejo de lo que pasa ahí fuera, en su vida cotidiana. La situación clínica ofrece el contexto ideal para el entrenamiento y modificación de esos patrones, el profesional tendrá que hacer de espejo para ir comprobando las conductas problema de los clientes.

Algunas de las problemáticas que pueden emerger en la consulta pueden ir desde la mentira por parte del cliente, desconfianza, no querer hablar, dar rodeos o evitar algún tema en concreto, nerviosismo, incomodidad, etc. En cada situación habrá que adaptar nuestra conducta al repertorio e historia individual, preguntándole si este tipo de situaciones le ocurre también en el exterior, causándole problemas, y si está dispuesto aquí y ahora a hacer algo

diferente en dirección a la persona que quiere ser.

En el caso de la mentira, es fácil caer en emociones de rechazo hacia el cliente, pero, en lugar de eso, no habrá que tomarlo como algo personal, sino que se está comportando con nosotros de la misma manera en la que lo hace fuera con otras personas, y ahora le podemos ofrecer una oportunidad para cambiarlo. «¿Dónde crees que te verás en 20 años si sigues mintiendo?», «¿Crees que estarás solo?», «¿Estás dispuesto a ser honesto para que estés más orgulloso de ti mismo y las personas que quieres de ti?». Estas pueden ser algunas de las estrategias para que contacte con las consecuencias y el coste que tiene su conducta. Si realmente le importan esas cuestiones, estará dispuesto a cambiar.

Sin ánimo de hacer *spoiler* de una de las películas más brillantes de Scorsese: *Shutter Island*, en determinadas ocasiones y como se ha argumentado durante la trama de este libro, la conducta tiene una función en el entorno seleccionada por las consecuencias. Cuando el ser humano se aproxima al acantilado y tiene que saltar al vacío para «cambiar», sin saber lo que le espera justo debajo, en muchas ocasiones prefiere retroceder y seguir con la vida «cómoda», dentro de la incomodidad, pero es una incomodidad conocida. A veces se prefiere fingir que nos gusta la vida que tenemos, porque, de lo contrario, estaríamos expuestos al dolor. Es la comúnmente conocida «zona de confort», promovida por la sociedad que nos adoctrina para tener empleos fijos, estables y una vida rutinaria para que seamos dóciles y no causemos muchos problemas en la complejidad social.

La resistencia al cambio solo indica un *impasse* o un punto muerto donde el terapeuta tiene que reinventar una nueva ruta o conectar de otra forma los puntos de la historia del cliente para que salte la chispa de nuevo y encienda el motor del cambio. Generalmente esto ocurre cuando agarramos un valor y lo traemos a la superficie. Tenemos que hacer patente que el coste de no cambiar es más alto que el de hacerlo. Por ejemplo: «Entiendo que estudiar ahora sea difícil, a mí me pasaba también con tu edad, pero si no lo haces ahora, ¿dónde crees que vas a terminar?, ¿prefieres estudiar matemáticas o trabajar de por vida limpiando vasos? Quizá tengamos que decirles a tus nietos que su abuelo fue un cobarde para sentarse todos los días a estudiar. Diremos que escriban en tu epitafio que no estudiaste por pereza. Aunque bueno, aún estás a tiempo

de que pongamos “la pereza no pudo con él”»).

En no pocas ocasiones hay que actuar de forma muy aversiva, contundente y profunda para que los cambios perduren en el tiempo o se agite la conciencia para que tome contacto con las consecuencias de que lo que hace ahora tiene un coste. Suele ser un miedo del terapeuta no ir más allá y quedarse en la superficie, pero lo que hay de trasfondo, en términos de principios básicos del aprendizaje. Es hacerle aversiva la evitación para que aumente la probabilidad de hacer algo diferente. Si el cliente se resiste, prueba otro movimiento para clarificar o actuar sobre los valores, persiste e insiste, respetando el espacio de cada persona, los tiempos y el momento. Si esto no funciona, «el maestro aparece cuando el alumno está preparado». Quizá nunca ocurra, y tendremos que aceptar que no podemos ayudar a todo el mundo, esto es difícil para un terapeuta, pero nada más lejos de la realidad. Al menos, que no quede nada que no hayas hecho para agitar el cambio, siendo el terapeuta que quieres ser cada día, a cada momento y dando pasos en esa dirección.

En no pocas ocasiones el cambio terapéutico es realmente difícil para muchos clientes y muy fácil para otros. Incluso en casos donde la dificultad aparente no es tal, se complican los casos y se hace complejo que se produzcan avances. A veces no existen signos reveladores que indiquen que el cliente está listo para continuar y al terapeuta se le hace cuesta arriba el propio proceso terapéutico, apareciendo eventos privados que dificultan y se convierten en barreras para el trabajo clínico. En terapia con clientes difíciles, Fred J. Hanna (2002) sugiere que el cambio terapéutico depende de siete factores:

1. Si el cliente tiene la esperanza de que se pueda lograr el cambio.
2. Siente la necesidad de cambiar.
3. Es consciente.
4. Está dispuesto a experimentar ansiedad o dificultad.
5. Está dispuesto a enfrentarse a problemas.
6. Si el cliente ejercerá voluntad o esfuerzo.
7. Si tiene apoyo social.

Si se cumplen estas condiciones, el pronóstico será positivo, sin importar

la orientación teórica o las técnicas del terapeuta. Por otro lado, si estos catalizadores de cambio, o precursores, están ausentes o son deficientes, habrá obstáculos para el cambio terapéutico, sin importar cuán hábil sea el terapeuta, cuán potente sea la teoría o cuán cercana sea la relación. La buena noticia para cualquier terapeuta que se haya encontrado con un cliente que cree que el cambio es aterrador, inalcanzable o una pérdida de tiempo es que los obstáculos no son insuperables.

## **6. RECAÍDAS**

Las recaídas son un proceso más de la intervención y forman parte del proceso de aprendizaje, altibajos en la adquisición de cualquier repertorio, y sobre todo si hay pautas repetidas en la historia del individuo. El momento del alta clínica se recomienda a la persona que vuelva a la dirección deseada por sí misma en el menor tiempo posible. Esto quiere decir que al incorporar un repertorio más flexible en el cliente o nuevos modos de responder ante la situación que le genera malestar tendrá momentos de crisis en los que se dejará llevar de nuevo por esos eventos privados (pensamientos, sentimientos, emociones, sensaciones) y actuará como lo ha hecho siempre evitando (como lo lleva haciendo toda su vida o en su historia), fusionado a esos eventos privados, sin perspectiva y con inflexibilidad. Si alguien lleva usando la mano derecha para escribir durante toda su vida, y ahora ha aprendido a utilizar la izquierda (cambiar hábitos), habrá veces que automáticamente vaya a escribir con la mano derecha, sobre todo cuando necesite escribir rápido o en momentos de malestar. Se hace explícito que lo importante es darse cuenta con qué mano está escribiendo el guion de su vida, a dónde le ha llevado esa escritura y si está dispuesto a hacer un esfuerzo por escribir de manera torpe al principio usando otra técnica, otros hábitos para habitar en otro lugar.

A la hora de flexibilizar el repertorio, hay que contar que es en esos momentos de mayor estrés cuando el repertorio de la persona va a volver a lo que había hecho siempre, sobre todo al principio, porque es lo que venía haciendo desde hace mucho tiempo; cambiar de hábito es lo más complejo que existe. El ser humano va a preferir transitar por los caminos de siempre, pero tras pasar por la intervención con FACT sabe en qué punto está cada

obstáculo, ha obtenido refuerzos con anterioridad y va a seguir volviendo al repertorio para obtener esos nuevos reforzadores que han facilitado una clase de respuesta diferente. No obstante, cabe contextualizar las recaídas como «habituales», sin culpar o tildar de fracaso ni al cliente ni al terapeuta. A veces es necesario muchos ensayos para que la persona tome conciencia de lo que de verdad quiere hacer en su vida y cómo quiere vivir. Esos comportamientos en la mayoría de las ocasiones y sujetos al refuerzo intermitente se hacen muy pegajosos de extinguir, por lo que solo queda persistir y volver de nuevo a los raíles si ha descarrilado de la trayectoria hacia donde se dirigía. La mera consciencia de «darse cuenta» que no es la vida que quiere es suficiente para sacudirse el polvo del camino tras el tropiezo y continuar una y otra vez, de manera amable y compasiva. La plegaria de la serenidad lo resume: concédeme serenidad para aceptar todo aquello que no puedo cambiar, valor para cambiar lo que soy capaz de cambiar y sabiduría para entender la diferencia.

Por ello, deben reservar un gran espacio para depositar: la culpabilidad, el remordimiento, los «debería», los «y sí, lo he vuelto a hacer», los «no voy a ser capaz», etc., y ponerlos en una dirección de valor. Se toman estas circunstancias como parte del proceso de recuperación, respetarse y aprender a perdonarse (autocompasión), aceptando que somos humanos y no es posible no equivocarse, y si alguien deja de equivocarse algún día, una de dos, o se ha iluminado, o mal asunto, ¡está muerto! Alguien que no se equivoca es alguien que no actúa o hace siempre lo mismo.

Si en el proceso de trabajo con el cliente no tiene una recaída, es probable que esté evitando ciertas situaciones o contextos en los que aparece el malestar, lo que significará que no se dirige en dirección a sus valores. La recaída es un indicador de que la persona se está moviendo en la dirección valiosa, está intentando flexibilizar su repertorio y está tomando contacto con esas situaciones y sensaciones que anteriormente evitaba. Normalizar las recaídas es lo que permite tener la suficiente perspectiva como para estar vacunado frente a los momentos más difíciles, buscar de nuevo la brújula (valores) y continuar, en lugar de lamentarse.

Casi con seguridad en muchas ocasiones van a existir recaídas y no por ello se dejan de conseguir avances, por lo que el malestar estará en la misma



dirección hacia donde quiere llegar. Si le duele es porque le importa, si no, no sería fracaso, usaremos las recaídas para moldear conductas. Por ejemplo: «¿quién está teniendo estos pensamientos?», «¿quién va a ganar, tú o tu mente?», «¿qué consigues lamentándote o volviendo a donde siempre?». Para que el cliente tome consciencia de que está luchando por algo y tiene que estar dispuesto a aceptar la situación y a caerse de la bici para levantarse y seguir pedaleando. Los mejores ciclistas tienen mayores probabilidades de caerse porque van en bici casi todos los días. Aquí se utilizan metáforas como la del monje y del jinete, o la metáfora de escalar una montaña, que ilustrarían bien este proceso: en una escalada también hay bajadas y eso no quiere decir que no estés subiendo la montaña. Un recorrido en zigzag nos conducirá a la cima de igual manera que si la realizamos en sentido vertical, lo importante es saber cómo llegar arriba, es decir, sabiendo cuáles son los valores de cada persona. Los intentos fallidos por lograr escalar la montaña formarán parte de esa escalada y serán vistos como oportunidades para aprender y practicar lo trabajado, siempre y cuando no se pierda la dirección hacia donde se dirige la persona.

Puesto que la intervención que aquí se propone es de carácter breve, pero profunda, se busca conseguir el máximo cambio posible. Se incluyen también estos ejercicios y metáforas en la sesión final, para que actúen como reglas de seguimiento que acompañen al individuo mucho tiempo después de la terapia. Pero, por otro lado, también se promociona y refuerza la ocurrencia de CCR3. Es decir, la aparición de respuestas verbales de descripción funcional de las conductas del cliente, o de la relación entre terapeuta y cliente, o bien de las similitudes entre lo que ocurre fuera y dentro de la sesión. A lo largo de la última sesión se introducen también estos ejercicios y reglas verbales para que puedan acompañar a los participantes una vez que la terapia haya finalizado. De esta forma se pretende conseguir que las personas guíen su propia vida, tengan claro el camino hacia sus valores y sepan analizar nuevas situaciones de una manera funcional, haciendo uso de los repertorios y funciones ya aprendidos durante las sesiones clínicas, además de producir cambios en el contexto a nivel macro para promover la consolidación de los cambios.

Desde el enfoque conceptual y terapéutico aquí expuesto se asume que gran parte de la psicopatología o el sufrimiento humano es de naturaleza

interpersonal, y la relación o vínculo que se establezca con el cliente es un elemento crucial para lograr los objetivos terapéuticos y la mejoría clínica. Aquí resulta fundamental el énfasis analítico en la descripción del comportamiento en términos de funciones del comportamiento. Esta concepción clínica se integra y encarna con FACT de manera armónica, puesto que ambas comparten la misma dimensión de las conductas problemáticas y el análisis experimental del comportamiento como base explicativa del mantenimiento de esos problemas. De esta forma, es posible unificar los ejercicios, metáforas, el análisis de conductas clínicamente relevantes y la utilización de la relación terapéutica con el moldeamiento continuado del terapeuta. El diseño cronológico de las sesiones está organizado para que la primera sesión establezca el contexto y vínculo humano con los participantes, y se avanza algunos procesos importantes como la evitación experiencial, el control como problema, la aceptación, análisis funcional, valores, desesperanza creativa y defusión, para su posterior extensión y desarrollo con más ejercicios y metáforas, al tiempo que se desarrolla todo ese proceso en una relación terapéutica de intimidad, atendiendo a las conductas clínicamente relevantes y la función que tienen, tanto dentro de la sesión como en su vida diaria, y utilizando el moldeamiento como procedimiento fundamental para ir cambiando la conducta del individuo en directo, y enseñándole repertorios verbales que le sirvan para asumir los objetivos y valores que quiere para su vida.

# 12

## Una terapia basada en los procesos de cambio

«No es la especie más fuerte la que sobrevive, ni la más inteligente, sino la que responde mejor al cambio.»

CHARLES DARWIN (1809-1882)

La ciencia que promueva intervenciones con un *rationale* de trasfondo y no solo con evidencia empírica, a través de unas leyes sólidas que entiendan y aborden las problemáticas humanas de forma integral, será el futuro. Estamos en una nueva era de la psicoterapia en la que parece que la clasificación sindrómica y los protocolos para tratar síndromes, etiquetas e intervenciones basadas en la eliminación de síntomas están mostrando su poca validez, acorde con las críticas de diversos autores que han demostrado en sus estudios que no se han encontrado causas o marcadores biológicos para los «trastornos mentales», y no hay evidencia de que los «trastornos» sean causados por un desequilibrio químico. La ciencia clínica parece haber llegado a un punto de inflexión. Un nuevo paradigma que cuestiona la validez y utilidad del modelo biomédico está empezando a emerger (López y Costa, 2014; Pérez-Álvarez, 2018). Tras examinar ideográficamente los procesos de cambio y que individuos con problemas similares difieren de los procesos que les condujeron a esos problemas, se promueve una psicoterapia basada en el análisis funcional, pilotado por una ciencia contextual-funcional sobre el ser humano. FACT puede ser un buen ejemplo de intervención que tiene ese *rationale* en su fundamentación, y propone algunos de esos principios comunes a una amplia variedad de problemas psicológicos.

### 1. LA IMPORTANCIA DEL *RATIONALE* COMO FILOSOFÍA DE

## CIENCIA

Esta nueva forma de enfocar la intervención psicológica puede contemplarse a lo largo del libro, enfatiza el papel clave de la evaluación funcional al enfocar los problemas del cliente y elegir qué estrategias de los tratamientos existentes se pueden aplicar a una persona o grupo en particular. Se pueden considerar múltiples hipótesis para determinar las variables contextuales que rodean a diferentes tipos de sufrimiento. Si los clientes están luchando con dificultades interpersonales (por ejemplo, un repertorio que les impide conectarse socialmente con otras personas), entonces los aspectos de un tipo de intervención concreta sobre esas dificultades y su contexto social y verbal pueden ser más útiles que otra forma de intervención que se centre en «eliminar los síntomas». Ese mismo cliente puede tener dificultades con su angustia emocional, por lo que es probable que el uso de otros componentes para manejar esa angustia, saber aceptarla y verla en perspectiva podría ser más beneficioso para su intervención. Esto no descarta la posibilidad o incluso la probabilidad de que haya especialistas en psicoterapia que tengan una habilidad apreciable en el tratamiento de ciertas formas de sufrimiento humano (por ejemplo, intimidad interpersonal) y que utilicen principalmente una terapia.

El propósito es generar un estándar de práctica y un modelo que entienda de la misma manera el sufrimiento humano, que pueda aplicarse, replicarse y generalizarse a toda la población. Al utilizar estrategias analíticas funcionales para establecer comportamientos objetivo, el clínico puede rastrear esos comportamientos a lo largo del tiempo, utilizando estrategias de diseño de caso único y participar en un alto nivel de responsabilidad sobre los cambios conseguidos. Esto permite, además, el acceso a un enfoque que comprende y trata el sufrimiento humano basado en principios universales, impulsado por la evaluación funcional y que utiliza las tecnologías de tratamiento contemporáneas disponibles. Puede permitir que un clínico se convierta en un faro de la ciencia al servicio de mejorar la calidad de vida del ser humano. La próxima ola de terapia puede integrar los enfoques existentes para comenzar a evaluar al cliente, no basándose en el trastorno, sino basándose en una evaluación funcional de esa persona única.

La ventaja de seguir una forma de intervención clínica que comparte leyes comunes es poder intervenir en problemas complejos con múltiples topografías, pero que tienen elementos comunes. De esta forma, las terapias deberían dirigirse a esos elementos comunes, y no organizar las técnicas de psicoterapia por categorías diagnósticas. En muchos casos, y tras un análisis funcional individual, los valores personales, la evitación experiencial, el contexto del lenguaje y sus funciones aversivas suelen ser esos elementos comunes en muchos problemas, por lo que las terapias deberían dirigirse a minimizar esas funciones de evitación experiencial a partir del lenguaje y crear un repertorio nuevo basado en la experiencia y las contingencias naturales que hagan la conducta del individuo más flexible y apegada a un horizonte de propósitos vitales que trasciendan al mero hecho de sentir malestar. Finalmente, desde este enfoque y a través de las conclusiones que se pretenden alcanzar, se propone un nuevo modelo basado en las características individuales de cada participante. Por otro lado, a lo largo de la interacción terapéutica se van a utilizar también otros mecanismos de cambio más amplios, lo que conducirá a una manera más idiosincrática de trabajar con las personas.

Esta nueva ola de terapias basadas en la evidencia está surgiendo con fuerza a partir de un enfoque que trasciende el diagnóstico (Hofmann y Hayes, 2019). La *evitación experiencial*, como se ha descrito a lo largo de este libro, se ha posicionado como una dimensión diagnóstica funcional/transdiagnóstica y alternativa a la clasificación diagnóstica tradicional. Por otro lado, y formando una definición clásica, la evitación experiencial se ha definido como un patrón inflexible y negativo para establecer contacto con experiencias privadas (pensamientos, emociones, sensaciones, recuerdos, sentimientos) y llevar a cabo acciones para alterar la forma o frecuencia de estos eventos. Los patrones inflexibles desde una perspectiva funcional estarían vinculados a múltiples ejemplos en los que el individuo actúa ciegamente o en coordinación con eventos privados, lo que evita la discriminación entre la diferencia entre «yo» y los pensamientos/emociones que emerge de su historia personal. Este patrón atasca la vida del ser humano, restringiendo el hecho de estar abiertos a otras funciones que tienen un significado trascendente.

La propuesta terapéutica presentada aquí y ahora, y que consideramos

innovadora, apuntando de nuevo al prólogo de este libro de Marino Pérez: «innovando algo ya innovador», sugiere una convergencia entre modelos con raíces filosóficas comunes desde el «contextualismo funcional». Este libro defiende la terapia basada en la evidencia (EBT) y los procesos más importantes involucrados en los resultados clínicos positivos (PBT), por tanto centrándose en las características empíricas subyacentes que originan los cambios clínicos, en lugar de desarrollar nuevos enfoques terapéuticos para cada problema específico. El propósito también es que los nuevos profesionales entiendan FACT como un tándem indivisible, en lugar de aprender ambas terapias por separado. El punto fuerte de esta intervención unificada es el *rationale* o la razón fundamental por la que esta intervención es eficaz, que es la filosofía de trasfondo que articula los fundamentos de la psicoterapia descrita por medio del contextualismo funcional. Sin esta filosofía de ciencia, las técnicas se quedan desnudas, a merced de variables extrañas y serían meros placebos debido a que cualquier técnica, de cualquier enfoque, «puede» ser eficaz, pero no eficaz por lo que dice que es eficaz. Por tanto, nuestra intervención está respaldada por el conductismo radical, fundamentada en el laboratorio y ahora aplicada en otros contextos, pero siguiendo su espíritu de salvaguardar el control, la predicción y sin perder el rumbo humano que rige a las personas en la intimidad emocional que se establece en la relación terapéutica, como técnica en sí misma y como interacción con propósitos y comportamientos específicos, adheridos a un sistema de análisis de conducta.

Esta idea va en contra de crear una receta de cocina. Esta intervención está diseñada con elementos funcionales y conceptuales, comunes a todos los seres humanos (efectos de las contingencias, control contextual, la evitación experiencial, los valores, la relación terapéutica como mecanismo de cambio, la aceptación, la toma de perspectiva, etc.). El análisis funcional debe establecerse ideográficamente, ya que los individuos con problemas aparentemente similares pueden diferir en los procesos que los llevaron a ellos (Fisher et al., 2018). Por tanto, si los procesos son estudiados en un nivel normativo, y las conclusiones son extraídas siguiendo niveles generales, el análisis será erróneo, así que las intervenciones deben basarse en similitudes funcionales. Integrar este *enfoque unificado con los componentes esenciales*

*en ambas terapias puede ser el futuro, y FACT puede ser una alternativa para ello.*

## **2. TERAPIA BASADA EN LOS PROCESOS DE CAMBIO**

La terapia basada en procesos (PBT) se define como el «uso contextual específico de procesos basados en evidencia vinculados a procedimientos para ayudar a resolver los problemas y promover la prosperidad de las personas» (Hayes y Hofmann, 2018). Dentro de estos principios, la selección de procesos y procedimientos debe ser sensible a las variables contextuales, la historia individual y los estresores situacionales. Los procesos basados en evidencia deben estar vinculados a procedimientos basados en evidencia y viceversa. En otras palabras, los procesos deben ser manipulables por los procedimientos disponibles, y los procedimientos efectivos deben ser capaces de cambiar los procesos de cambio. Sin estos enlaces, los procesos de cambio y los procedimientos se vuelven inútiles, porque no se pueden mover o no tienen impacto respectivamente.

Finalmente, PBT tiene un objetivo específico: resolver problemas y promover la prosperidad. Por tanto, su objetivo no es simplemente encontrar vínculos empíricos entre procesos y síntomas predecir trayectorias de procesos y síntomas o incluso operacionalizar y clasificar estos eventos, es tener un impacto significativo en la calidad de vida. Esto quiere decir que ahora es importante reducir la sintomatología, conocer el malestar psicológico, pero también saber de dónde se han generado esos procesos psicológicos, por qué han aumentado/reducido y qué variables están involucradas en esos cambios, con el objetivo de poder ser más precisos, desarrollar herramientas más sensibles, ahorrar costes en los servicios sanitarios, contribuir en la reducción de las listas de espera y que la población pueda adquirir recursos o incluso una filosofía de vida para enfrentar situaciones de estrés. Se deberían examinar ideográficamente los procesos de cambio, ya que individuos con problemas similares pueden diferir de los procesos que les condujeron a esos problemas. Asimismo, no rechaza ningún modelo o intervención y acepta la coexistencia de supuestos filosóficos, dando la bienvenida a elementos útiles de diferentes corrientes que puedan aliviar el

sufrimiento humano, pero basándose en un modelo teórico consistente y apoyado en la evidencia. Otra ventaja es que considera la literatura existente y utiliza los datos disponibles para dar forma y actualizar constantemente su andamiaje teórico.

El avance hacia una terapia basada en procesos garantiza un cambio fundamental en la forma en que los psicólogos entienden y conceptualizan comportamientos clínicamente relevantes e intervenciones efectivas. Aunque el campo de la psicología clínica se ha centrado históricamente en los resultados: qué intervención funciona mejor para reducir los síntomas, ahora con este nuevo paradigma basado en los procesos de cambio se centra la atención en las variables de proceso, alterando la ecuación y fijándose en qué procesos clave tienen que poseer las intervenciones para producir cambios clínicos.

Para esto tendría que cambiar la conceptualización y abrir alternativas en clasificaciones funcionales, orientadas a esclarecer las variables individuales. La ventaja de los supuestos que subyacen a la ciencia conductual contextual ofrece una alternativa, donde la verdad se define con principios pragmáticos en términos de funcionalidad. Esto permite la predicción e influencia del comportamiento con alta precisión y profundidad. Algunos procedimientos que contribuyen a generar cambios son la exposición o la activación conductual y ciertos procesos de cambio vinculados a los resultados son la aceptación psicológica y la reevaluación cognitiva. Otros ejemplos incluyen el manejo de contingencias, el control de estímulos, la conformación, el autocontrol, la reducción o el manejo de la excitación, la flexibilidad atencional, la adaptación y la regulación de las emociones, la resolución de problemas, las estrategias de exposición, la activación conductual, las habilidades interpersonales, la flexibilidad cognitiva y la reevaluación, modificando o abordando creencias centrales, defusión/distanciamiento, aceptación psicológica, valores, atención plena, estrategias motivacionales y manejo de crisis, entre otros (Hayes y Hofmann, 2018). Cada una de estas competencias se centra en mediadores y moderadores probados, que vinculan estos métodos con los dominios y principios del proceso.

En un ejemplo de un terapeuta trabajando con procesos (más que psicopatologías o tratamientos «paquete»), se iniciaría con la recopilación de



datos, historia individual, diagnósticos previos, recopilación de datos de evaluación y un análisis funcional. Posteriormente se centraría en la evaluación de los probables procesos de cambio para modificar el comportamiento, teniendo en cuenta los objetivos terapéuticos que se marcasen junto con el cliente. Se terminarían tomando decisiones clínicas basadas en la evidencia de esos procesos y los resultados que se van obteniendo cambiando esos mismos procesos y los resultados sobre el comportamiento del cliente. Por ejemplo, en un ataque de pánico con agorafobia el proceso de cambio serían las respuestas a sus eventos internos. Se buscan relaciones entre los procesos de cambio y los comportamientos objetivos (tener ocio, acudir al trabajo, salir a la calle). Una mejora en el proceso produciría una mejora en el comportamiento objetivo. Tiene que haber una conexión directa entre los procesos de cambio y la conducta objetivo, por lo que no puede avanzar más rápido el objetivo que el proceso de cambio, o viceversa. Si se modifican los objetivos, quizá se deberían cambiar también los procesos de cambio.

Estos procedimientos son familiares para los analistas de comportamiento, donde la evaluación funcional ideográfica es la clave para observar qué variables están manteniendo el problema y qué procedimientos usar para alterar ese patrón, siendo coherente y sensible a cada contexto determinado, por lo que, para los analistas de conducta, la PBT no descubre nada nuevo. Los procesos de cambio deben ser examinados ideográficamente, porque han de aplicarse a individuos concretos. Los procesos de cambio son fenómenos individuales por su propia naturaleza idiográfica, mientras que los protocolos para los síndromes están determinados por un enfoque más centrado en los «síntomas», se busca que cambien las conductas «psicopatológicas» que se miden, pero no tanto los procesos comunes que puedan llevar a ellas.

### **3. FACT: UN EJEMPLO DE TERAPIA BASADA EN PROCESOS**

Los datos y experiencias hallados que han sido incluidos en este libro proporcionan pruebas de la eficacia y efectividad de las intervenciones breves con FACT aplicadas tanto en grupo como a nivel individual. Pero también representan un intento de adaptar los procesos más útiles basados en la

evidencia con la integración de dos enfoques contextuales con raíces filosóficas comunes. La Terapia de Aceptación y Compromiso y la Psicoterapia Analítica Funcional convergen en este enfoque basado en el análisis clínico de la conducta, donde se aplica el análisis del comportamiento en poblaciones clínicas, asumiendo una evolución de la terapia conductual tradicional que incluye evidencias de la conducta verbal o del análisis funcional del lenguaje. Estos dos modelos emplean el marco de conducta analítico y contextual para el abordaje de problemas clínicos complejos, incluida la aceptación emocional y la relación terapéutica intensa. Ambas aproximaciones utilizan principios conductuales básicos, como el refuerzo positivo y negativo, la evitación, el moldeamiento, el reforzamiento diferencial, el seguimiento de reglas, las relaciones de equivalencia, la RFT, etc., y la aplicación de todos esos principios conductuales a los pensamientos, sentimientos y relaciones intrapersonales.

Por un lado, las contribuciones únicas de FAP se pueden encontrar en el significado de relación terapéutica, una explicación analítica funcional del comportamiento, con su correspondiente mecanismo de cambio en el refuerzo contingente del terapeuta, así como el valor de la intimidad en las relaciones humanas. Las contribuciones únicas de ACT se pueden encontrar en la ubicuidad del sufrimiento humano como filosofía de trasfondo, la teoría de los marcos relacionales, el foco en el lenguaje, la inflexibilidad psicológica y la lucha humana hacia una vida valiosa.

Por tanto, la flexibilidad psicológica, o alterar la función de los estímulos verbales, está indisolublemente ligada al comportamiento observable y conlleva una consistencia entre el comportamiento y los valores, siendo el proceso que se hipotetiza como el motor del cambio en esta aproximación. Los procedimientos terapéuticos relacionados con la flexibilidad son amplios e incluyen ejercicios experienciales, metáforas, exposición y entrenamiento de habilidades. La comprobación de la efectividad se sitúa en una vida valiosa. Tanto ACT como FAP son prototipos de PBT, ambas filosofías basadas en unos principios comunes de entender el sufrimiento humano creando una combinación inmejorable. Asimismo, plantean el propio marco teórico que ambas comparten arraigadas en el contextualismo funcional, con métodos empíricamente validados.

Además, y como se ha demostrado anteriormente, esta simbiosis parece tener más éxito que cuando se usa cualquiera de las dos terapias por sí solas. Esta aproximación ha sido eficaz en el tratamiento de una gran variedad de problemáticas, tanto en adultos como en jóvenes, para condiciones clínicas que van desde síntomas psicóticos, dejar de fumar, ansiedad, depresión, estrés, calidad de vida, conductas agresivas, anorexia, trastorno de la personalidad, entre otros.

Este modelo, basado en los procesos más relevantes de acuerdo con la investigación básica aplicada durante años, converge en la integración de este enfoque unificado con los componentes esenciales en ambas terapias, siendo una alternativa para la psicoterapia del futuro, centrándose en aquellos elementos más importantes para producir cambios permanentes en las personas. Este enfoque inclusivo puede convertirse en referente formativo para otros profesionales a la hora de entender de forma unificada un modo de hacer psicoterapia, desdibujando escuelas, aunando y unificando esfuerzos para contribuir a mejorar la calidad de vida del ser humano.

#### **4. EL ANÁLISIS FUNCIONAL INDIVIDUAL COMO PROCESO CENTRAL**

El análisis funcional es la piedra angular de la terapia conductual contextual y es un proceso de prueba de hipótesis donde las supuestas variables causales se manipulan activamente para evaluar si afectan al cambio en el comportamiento. No solo es el elemento primordial de las terapias con base en el conductismo, sino que es la medida más sensible a identificar las variables que están manteniendo la conducta problema, siendo un elemento esencial y transversal a todos los modelos terapéuticos derivados desde esta filosofía. El análisis funcional permite la identificación empírica de los procesos de cambio que se aplican de forma específica para cada persona o a nivel grupal a través de similitudes funcionales, donde los análisis estadísticos de diferencias de fases, de tendencia en las curvas de datos y de series temporales permiten comprobar ese proceso de cambio a través del tiempo, durante la intervención. Se convierten en los instrumentos para probar esa eficacia, mostrando la relación entre lo que hace el terapeuta y el avance en la

terapia. No bastaría con los cambios habituales pre-post, en su mayor parte obtenidos a partir de cuestionarios, sino que los datos en líneas base y diseños de caso único permiten esclarecer la progresión del cambio como producto de la intervención o variable independiente, momento a momento (Ganz y Ayres, 2018; Holman y Koerner, 2014).

Un análisis funcional da como resultado la agrupación de variables que comparten propiedades similares, conocidas como clases funcionales. Se pueden identificar antecedentes, comportamientos o consecuencias que funcionan de manera similar, y esas clases se vuelven centrales para la conceptualización o formulación del caso de un cliente. Por ejemplo, en psicoterapia un cliente puede tener una gran variedad de comportamientos que cumplen la función evitar el sufrimiento, dependiendo del tipo de historia: tomar pastillas, alcohol, quedarse en casa, etc., todo ello con la finalidad de eliminar el malestar a corto plazo e hipotecarse poco a poco. Del mismo modo, el análisis funcional se centra en la especificación del comportamiento objetivo, así como los antecedentes y las consecuencias de esos comportamientos. Más precisamente, el análisis funcional es la identificación de estímulos discriminativos que preceden y señalan un comportamiento de interés (antecedentes) y los eventos de estímulo que siguen al comportamiento (consecuencias) que afectan a la probabilidad de que ese evento ocurra en el futuro. Estas consecuencias, reforzantes o punitivas, se entienden por su efecto real sobre el comportamiento (es decir, su función), no sobre su topografía o la intención de la persona que las aplica.

Desde el análisis funcional la conducta es evolutiva, está cambiando continuamente (bien en su probabilidad, intensidad o forma), y esa evolución tiene que ver con las consecuencias que recibe. Puesto que los problemas que presente un cliente son producto de su historia, de su contexto e interacciones anteriores, se asume que esos problemas han ido evolucionando por las contingencias recibidas. Igual que ocurre en la evolución filogenética de ese individuo, que es similar a todos los de su especie, ocurre en la evolución ontogenética de esa misma persona, que ahora sí es diferente a los demás miembros de su especie (Baum, 2017). Lo más relevante para el terapeuta es capturar la compleja variabilidad individual. «Cada individuo es un mundo», aunque comparta leyes comunes que regulan y guían el comportamiento, como

la mencionada «ley del efecto». Cada persona ha ido recibiendo desde su nacimiento contingencias diferentes que han ido fortaleciendo unas conductas y eliminando otras. Cuando emergen dificultades psicológicas que finalmente se traducen en acudir a consulta, esa evolución ha ocurrido con los mismos principios que otras muchas conductas, solo que su entorno ha ido «seleccionando» aquellas conductas que recibían más atención, eran más agradables a los demás o aquellas que más evitaban otras interacciones aversivas. Esa selección incluye el contexto verbal (Hayes et al., 2017), puesto que el lenguaje supone también una estimulación y una consecuencia que puede actuar sobre otras conductas, moldeando y cambiando la probabilidad o forma de esas conductas. De este modo, en esa evolución el individuo ha ido comportándose de una forma progresiva hasta llegar a una situación donde el contexto ahora considera que «es un problema». Por ejemplo, el contexto puede hacer que una persona sea muy callada, reservada, tímida, no exprese sus emociones ni sus opiniones, lo cual será reforzado en la niñez e incluso mantenido en la adolescencia por los padres (por ejemplo, les encanta tener un o una adolescente que no les da problemas), pero cuando esa persona se ha de relacionar en otros contextos, con los amigos o las amigas, con los compañeros o las compañeras de trabajo, con posibles parejas, con desconocidos... en ese momento el contexto marca que esa conducta ya no es adecuada, es un problema para un adulto, y ha de ir al psicólogo o la psicóloga para que trate su «psicopatología». Además, el profesional le da un nombre a ese problema (por ejemplo, ansiedad social) y la cultura fomenta y promueve formas de eliminarlo, bien con fármacos, cambiando distorsiones cognitivas o ahondando en sus complejos infantiles.

Esta conceptualización funcional del comportamiento es una característica definitoria de un enfoque contextual funcional: se establecen y mantienen comportamientos basados en variables ambientales (es decir, antecedentes y consecuencias) y los problemas actuales son producto de la historia y evolución individual de cada persona. En un principio surgen como adaptación a las contingencias, pero con el tiempo se convierten en limitantes. Un análisis funcional tiene un vínculo directo con la intervención posterior, por lo que es fundamental su ejecución previa para intervenir. Es necesario averiguar las variables que están manteniendo esos problemas, esos factores comunes

(como se ha descrito con anterioridad) que se han creado en su historia relacional y que son responsables de la variedad (a veces) de comportamientos distintos y problemáticos que muestra un cliente en consulta. Se hace vasto, complejo y caótico operativizar las variables que regulan y mantienen la conducta problemática, puesto que, al contrario que un ratón en una caja de Skinner, tienen un contexto controlado y se pueden manipular las variables disposicionales, antecedentes y consecuentes, pero el ser humano habita en un contexto social, con infinidad de variables que inciden sobre la conducta y que además se encuentran en el pasado, aunque se manifieste ese eco en el presente. Captar y capturar esa variabilidad individual que se forja en la historia y que está en continua interacción con un mundo «ruidoso», modificándose constantemente esas variables, no solo de las variables que se muestran, sino también las que no se muestran es tarea del terapeuta, que tiene que registrar también las variables que no se han dado y que el comportamiento no se ha emitido por la presencia de diversos estímulos, sino por la ausencia. El ejemplo puede ser una persona que está dejando el alcohol y lleva una semana sin beber. Aparentemente acude a consulta contento porque no ha bebido durante esa semana. Pero al seguir explorando, vemos que quizá no ha bebido porque no ha visto a ninguno de sus amigos. En ese análisis funcional el terapeuta ha de recoger si una conducta está bajo control privado o bajo control del entorno; lo que ha aparecido en esa semana en la vida del cliente y lo que no ha aparecido (estímulos discriminativos), que es igual de importante. El cliente nos va a contar la *story* y el terapeuta ha de escudriñar la *history* para comprender en su totalidad cómo el cliente opera en el medio y bajo qué consecuencias.

La intervención correspondiente utiliza principios de comportamiento para alterar las variables identificadas en la conceptualización. Por tanto, la intervención no se centra en una lista de problemas predefinidos (o un diagnóstico), y no se presupone *a priori* el tipo de intervención que recibe el cliente. En cambio, el tratamiento se adapta a cada cliente en función de los resultados del análisis funcional. Por tanto, los procesos de evaluación y tratamiento están completamente integrados.

## 5. PROBLEMAS DEL ECLECTICISMO Y SU SOLUCIÓN

Desde esta perspectiva integral, de la que llevamos hablando a lo largo de estas páginas, es necesario mencionar el gran problema que implica mezclar diferentes técnicas o paradigmas, sin tener en cuenta los principios filosóficos o el *rationale* que guía el tratamiento. Por un lado, el integracionismo se diferencia del eclecticismo en que el primero proporciona «algún marco coherente» (por ejemplo, contextualismo funcional) para predecir y entender el cambio. El eclecticismo simplemente incluye en un «paquete» diferentes herramientas de paradigmas distintos, sin ningún orden o razón, solo porque como tal conjunto de variables los estudios afirman que son eficaces para tratar tal o cual psicopatología concreta.

Es preciso conocer y educar a los futuros compañeros de profesión en la finalidad de emplear determinados procedimientos en cada momento y su aplicación flexible basada en la historia personal de cada cliente, con un propósito, una función y un marco teórico coherente que respalde la viabilidad y fiabilidad de lo que estamos haciendo en cada momento. Un ejemplo ya habitual en muchos psicólogos y muchas psicólogas es mezclar el *mindfulness* junto con reestructuración cognitiva. El primero enseña a la aceptación y observación de los eventos privados, sin tratar de alterarlos, ni en frecuencia ni forma, mientras que el segundo busca alterar o cambiar la frecuencia del pensamiento, que ocurra lo menos posible, otorgándole un papel clave a los pensamientos como causa. Ambos enfoques son contrarios, e incluso diríamos incompatibles; el producto de ese eclecticismo sería que entonces el cliente se iría con mensajes opuestos: «¿Tengo que cambiar el pensamiento o aceptarlo?».

Una solución que se nos ocurre es la formación clínica, académica y profesional en procesos básicos que fundamentan los tratamientos psicológicos. No solo enseñar los procedimientos con base empírica, con respaldo científico, sino intentar explicar los principios por los cuales funcionan (aunque en muchos casos esos principios no se conocen del todo). Un ejemplo muy característico es que se enseña a los futuros psicólogos clínicos y futuras psicólogas clínicas que el mejor tratamiento para un trastorno obsesivo-compulsivo es la exposición con prevención de respuesta;

sin embargo, lo importante es llegar a comprender que esos dos procedimientos se basan en una extinción y en un bloqueo de la evitación. Así, es posible encontrar profesionales a los que «no les funciona», o que lo hace, pero después de un año de sesiones reaparece en el cliente tiempo después con otros rituales diferentes. Los profesionales que se limitan a «copiar» la técnica, a manejarla tal como les han dicho, sin comprender (ni conocer) los principios básicos que hacen que funcionen, presentan limitaciones. Así pues, lo importante es adaptar esa técnica a cada individuo en particular y conocer los principios filosóficos que regulan esa técnica insertada en un paradigma. Otro ejemplo podría ser en la insistencia de negar la veracidad de los pensamientos obsesivos de esa persona, que son exagerados, irracionales, negativos, etc., incluso algunos psicólogos o psicólogas entrarán al detalle del contenido de esos pensamientos, todo ello sin saber que están aplicando otro principio básico, como es el reforzamiento positivo de esos pensamientos que por otro lado quiere eliminar. Un terapeuta que usa el EMDR (desensibilización y reprocesamiento por los movimientos oculares), que por cierto tiene apoyo empírico, pero dicho funcionamiento resulta cuestionable con respecto a los mecanismos que la teoría asegura (Pérez-Álvarez, 2020). Dicho esto, se han obtenido resultados similares sin los movimientos «oculares». Asimismo, aunque acumule evidencia, su teoría no está respaldada por la neurociencia. Un terapeuta que emplee este procedimiento y obtenga resultados positivos lo achacará a los movimientos oculares, aunque lo que estén operando sean otras variables como la exposición al trauma, la confianza depositada en el terapeuta, el efecto placebo, entre otras posibilidades indetectables. En concreto, este apartado trata de esclarecer que los procedimientos que se utilicen produzcan mejorías por la razón de ser o fundamentación teórica que avale la técnica, más allá de los resultados positivos en medidas objetivas o evidencia empírica. La evidencia empírica ha de fundamentarse en un marco teórico que lo avale. Por tanto, si usamos la derivación de funciones aversivas a los intentos de evitación, castigando ciertos comportamientos y reforzando diferencialmente otros dentro de la relación terapéutica sesión a sesión, el conductismo radical operaría de trasfondo, ofreciendo explicación a dicho procedimiento. Un profesional ecléctico puede producir perjuicios en la salud de las personas, por lo que



conocer lo que se está haciendo en cada momento, saber el «para qué», «dónde está la fundamentación de la técnica» y «con qué finalidad» es clave para producir resultados positivos a largo plazo.

# 13

## Una terapia basada en las relaciones íntimas

«No existe tal cosa como una “persona hecha a sí misma”. Estamos compuestos de miles de otros.»

GEORGE MATTHEWS ADAMS (1878-1962)

Se va a describir aquí, sin pretensión de ser exhaustivos, cómo se ha concebido desde tiempos pretéritos el elemento más importante donde producir cambios: la relación terapéutica. Y, desde luego, cómo se aborda esa relación terapéutica desde las terapias contextuales y el modelo que se presenta en este libro. Este proceso se considera un mecanismo central que envuelve lo que anteriormente se ha descrito acerca de la importancia de ciertos elementos clave a nivel filosófico. Es igual o incluso más importante establecer un vínculo cercano, honesto y genuino como tener claros los principios comunes de las técnicas usadas basadas en un *rationale* común (contextualismo funcional), el uso del análisis funcional, los valores, el distanciamiento de los eventos privados, etc. Este apartado es una vuelta a los principios clásicos como inmutables o que no pasan de moda, teniendo en cuenta el número de *papers* enfocados en los mecanismos, procedimientos, técnicas, filosofía y perdiendo el rumbo de lo que realmente es importante: el contacto humano y el trabajo con personas. Este capítulo, por un lado, pretende contextualizar la importancia de la relación terapéutica desde un punto de vista histórico e inclusivo, con un apartado de convergencia entre las aproximaciones terapéuticas más importantes y cómo generar un vínculo saludable que perdure durante todo el proceso terapéutico o incluso de por vida. La técnica será el terapeuta y sus habilidades, encarnando un modelo de relaciones, principios y refuerzo social dispensado contingentemente basándose en cada historia ideográfica.

## 1. LA CONSULTA COMO ESPACIO SAGRADO

Las relaciones humanas son el contexto donde nos desarrollamos, somos felices o sufrimos, pero del que nunca podemos separarnos. En este caso la consulta constituye un contexto para las relaciones humanas, como cualquier otra faceta de nuestra vida. El análisis y mejora de la relación terapéutica tiene el propósito de preparar el terreno para el trabajo en el contexto clínico, para que los cambios producidos en las sesiones sean más profundos y duraderos.

Se ha reconocido desde todas las aproximaciones psicoterapéuticas que el vínculo que se establece en la primera sesión, junto con el encuadre del caso, será determinante para avanzar en el proceso terapéutico, mejorar la adherencia a la intervención, incrementar la confianza, honestidad y seguridad entre el cliente y el profesional. Algunas cuestiones son centrales para desenvolverse en la primera sesión con el cliente, desde recursos prácticos para abordar ese primer encuentro, cómo favorecer la vulnerabilidad e intimidad, crear un «espacio sagrado» que permita al profesional comprender la historia del cliente y que los cambios producidos dentro de la sesión puedan extenderse y generalizarse a la vida cotidiana del cliente. Se propondrán claves para promover los beneficios de la sesión a largo plazo, contribuyendo a una mayor consciencia y apertura por el cliente para el aprendizaje de estrategias que le permitan continuar el camino por sí mismo y prevenir las futuras recaídas.

Desde nuestra experiencia clínica y basándonos en la evidencia, consideramos el vínculo humano como un elemento esencial y determinante para la edificación de la relación terapéutica y los resultados obtenidos desde cualquier paradigma psicológico. Diferentes investigaciones (Kanter et al., 2020; Kuczynski et al., 2019; Maitland et al., 2016a) han mostrado cómo la intimidad dentro del contexto terapéutico está asociada con mejoras en la salud de los clientes y constituye un contexto emocional para producir el cambio. Tras revisar una multitud de casos clínicos y sus éxitos terapéuticos conseguidos, se pudo observar cómo detrás de cada avance en el motivo de consulta se había establecido un vínculo sólido y cercano en terapia. Es por ello por lo que consideramos el hecho de trabajar la intimidad un apartado

clave para trabajar desde cualquier paradigma y profesión que se dedique a la interacción con personas.

## 2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

La relación terapéutica se ha abordado desde todos los modelos terapéuticos como un elemento clave y diferenciador en las mejorías clínicas conseguidas con los clientes. Cada paradigma psicológico ha rescatado la noción de relación desde la aproximación filosófica pertinente a su modelo y fundamentos de la terapia en cuestión, adaptándolo a la manera de entender y abordar el sufrimiento humano.

Desde Sócrates, como uno de los pioneros en dejar una escuela que deja impresa en su mejor texto que es Platón, difundiendo su mensaje y algunos de los conceptos que aún perduran y se perpetúan en nuestro acervo popular, como el diálogo socrático, tan útil a la hora de abordar determinadas cuestiones y procesos en terapia. En la tabla 13.1 aparecen algunas de las frases más conocidas que concentran algunas máximas de la escuela socrática. Debemos al contexto histórico griego la mayoría de los principios de moralidad, ética y humanismo, que como civilización corresponden a la cuna de la ciencia, *areté*, reflexión, razón y buena praxis. Razonamiento clásico que aún permanece inmutable o que no pasa de moda en cualquier siglo que nos situemos.

TABLA 13.1

### *Algunas máximas de Sócrates relativas a la psicología*

- «Dejad que quien vaya a mover el mundo primero se mueva él mismo.»
- «Para encontrarte a ti mismo, piensa por ti mismo.»
- «No hagas a otros lo que te enfurecería si te lo hicieran los demás.»
- «Haz que la faceta pública y la privada del hombre sea una.»
- «Una vida que no ha sido examinada no merece ser vivida.»
- «Sé amable con todo el mundo, pues cada persona libra algún tipo de batalla.»
- «Habla para que yo pueda conocerte.»
- «El único conocimiento verdadero es saber que no sabes nada.»

«La muerte podría ser la más grande de las bendiciones.»  
«No hay que dejar que crezca la hierba en el camino de la amistad.»

Dando un salto hasta Freud y el psicoanálisis, se asientan las bases de la psicoterapia y de la psicología como profesión, que luego evolucionaría por otros caminos, pero compartiendo el mismo origen en la importancia de la relación terapéutica, su concepto de transferencia y contratransferencia como elementos de la buena gestión o dificultades en el proceso terapéutico y la «curación». Pero, además, no podemos negarle en sus lecturas, impregnadas de autores clásicos, una vía nueva «no filosófica» de entender los problemas psicológicos y también los problemas humanos. Puede que la poca rigurosidad de sus teorías, para contrastarlas con los datos, hiciese que se quedaran en cavilaciones sobre trasfondos misteriosos como causas de la conducta humana, apelando recursivamente desde unos conceptos a otros, sin probar ninguno. Sin embargo, supuso el comienzo de una forma de solucionar los problemas psicológicos basándose en el lenguaje, toda la consulta en el diván se realiza hablando, aunque sea en su mayor parte el cliente quien lo haga. Todas las psicoterapias posteriores utilizan el lenguaje como herramienta de interacción. Al igual que ocurre fuera de la consulta, toda interacción humana (y también la terapéutica) empieza por hablar sobre ello (el problema que viene a consulta).

Asimismo, desde el psicoanálisis se asume que cuando el cliente tiene un alto grado de ansiedad o una atenuación fuerte del síntoma el terapeuta deberá establecer un vínculo terapéutico reasegurador, protector y con capacidad de contención. Hay determinados factores en el cliente que también son cruciales en la construcción de la relación, tales como: el tipo de problemática, el momento vital del cliente, su nivel cultural, el nivel de inserción grupal, etc. Se considera clave el principio de flexibilidad como factor determinante en la construcción de la relación terapéutica dentro del enfoque psicodinámico. La flexibilidad es definida como la capacidad que tiene el terapeuta de ajustar sus actitudes y recursos técnicos de acuerdo con las necesidades particulares de cada consultante.

Desde que en la década de los años cincuenta del siglo pasado Harlow demostrara la importancia del apego en los monos de su experimento (Harlow,

1958), la teoría del apego ha ido desarrollándose y tomando cada vez más importancia. La hipótesis fundamental de Bowlby (1998) es que las contingencias de supervivencia (selección natural) han presionado a las madres y los bebés a abrazarse. Habría reforzadores para los comportamientos de apego (por ejemplo, aferrarse, volverse hacia el cuidador principal en momentos de angustia). Esta noción fue compartida tanto por Freud como por Skinner, y Bowlby dejó plasmado que el apego era algo integrado en los bebés y estaba programado para desarrollarse en un momento predeterminado. También la evidencia antropológica apoya el modelo general, pues en todas las culturas los comportamientos de apego, como volverse y aferrarse al cuidador principal en apuros y privilegiar a esa persona al calmar preferentemente la aflicción, se vuelven muy fuertes en el segundo medio año de vida. Si nos basamos en la historia de aprendizaje de un individuo sobre las contingencias experimentadas en sus experiencias de intimidad y relaciones afectivas con otras personas, habría una amplia gama de repertorios de comportamiento de apego que pueden influir en su propensión a entablar una relación íntima con éxito. Por ejemplo, el miedo al rechazo como un problema psicológico afectaría al desarrollo de relaciones cercanas, sería un claro resultado de su historia de refuerzo y castigo cuando ha tenido ese tipo de experiencias en el pasado.

Este tipo de aprendizaje también puede observarse durante la terapia, bien como CCR1 o como CCR2, dependiendo de cada cliente. Cómo haya aprendido a relacionarse íntimamente con otros influirá en cómo comienza a relacionarse con el/la terapeuta, influyendo positiva o negativamente en la creación de una relación terapéutica afectiva y de intimidad entre ambos.

Las preguntas importantes en el momento de iniciar la relación terapéutica son: «¿cómo gestiono ese apego?», «¿cómo me quiero relacionar con las personas que me importan en mi vida?», «¿cómo quiero relacionarme con esas sensaciones y pensamientos que no puedo controlar que aparezcan?», «¿cómo establezco un espacio entre yo y mis eventos privados sin que me impida relacionarme como me gustaría?». Estas son las preguntas que tiene que contestar tanto el cliente como el terapeuta.

Desde el conductismo también se ha considerado la relación terapéutica como importante para el cambio de conducta. En principio, por un análisis

funcional muy básico de la relación, y es que el terapeuta ha de ser una «audiencia no punitiva» (Skinner, 1953/1978), es decir, alguien que escucha, que absorbe lo que dice el cliente, que no juzga, que no critica. Esa será la base del inicio de una buena relación terapéutica basándose en la confianza y el entendimiento mutuo. Desde el análisis de conducta y también las terapias contextuales, esta es la razón para que en muchas ocasiones los clientes mejoren y comiencen los cambios ya desde la primera sesión, y a veces con una sola. El hecho de encontrar en la relación terapéutica alguien que se comporta de otra manera, que no castiga socialmente, que le comprende, que normaliza la situación, es suficiente para extinguir muchos de los comportamientos emocionales asociados a todos esos problemas psicológicos que el cliente trae a consulta, por ejemplo la preocupación de que lo que le ocurre es algo raro y que no debería sentirse como lo está haciendo en este momento. El normalizar y ofrecerle un espacio a esa emoción, contextualizándola en una situación normal de la vida cotidiana (ruptura, pérdida, fracaso escolar etc.), produce efectos positivos. Aquí se pueden ver también los principios que anteriormente se exponían: la validación emocional y el refuerzo positivo de una audiencia no punitiva, como adelantaba Skinner, serían una de las claves de la mejoría clínica, en lugar de asociarlo al *feeling* o a constructos no explicativos.

Desde la terapia cognitivo-conductual también se habla de «esquemas interpersonales», que contienen predicciones de los efectos que otros pueden ejercer sobre los estados del «yo» y su importancia radicaría en que estos regulan todas las relaciones humanas, y entre ellas también la relación terapéutica. Estos esquemas personales serían también producto de las interacciones anteriores del individuo, que el terapeuta ha de averiguar en su historia personal. Al establecerse el denominado *rapport*, el cliente comenzaría a cambiar esos esquemas interpersonales, volviendo la relación terapéutica más positiva, comenzando a cambiar la actitud y disposición hacia el terapeuta, aceptando sus instrucciones o recomendaciones. Pero esto lleva también al terapeuta a adoptar una determinada postura directiva frente al cliente, que es objeto de las instrucciones y tareas del terapeuta, y si surgen dificultades o el proceso terapéutico se vuelve más largo, podría aparecer un efecto opuesto a partir del cual la relación se vuelve más directiva. De

cualquier forma, desde este modelo los «esquemas interpersonales» son una forma de cognición más con los que actuar durante la terapia. Así pues, en el cliente se pueden cambiar estos procesos o esquemas a través del adecuado manejo de la relación terapéutica que se establece entre terapeuta y cliente, adaptando el encuadre de la relación a las estructuras personales y esquemas del cliente.

También desde las terapias cognitivas de tipo construccionista resulta fundamental el papel interactivo del psicólogo o la psicóloga, estableciendo con el cliente una relación que le permita indagar en su realidad e ir construyendo junto con él soluciones diferentes, formas alternativas de enfocar los problemas y comenzar a resolverlos. Eso exige siempre una fuerte unión entre terapeuta y cliente, que no sería solo una fuente de información, sino alguien que construye nuevas interpretaciones y soluciones para su mundo, todo ello con ayuda del terapeuta.

Desde la terapia centrada en el cliente de Rogers (1957/1981), sí que resulta fundamental establecer una relación positiva con el cliente. La terapia se supone «no directiva», por lo que el terapeuta es alguien que presta atención y que escucha, pero no dirige. Es una relación interactiva, donde los cambios a lo largo del progreso terapéutico estarían determinados por la forma en que el cliente experimenta dicho proceso. Desde aquí, para que esa relación funcione, se delimitan como habilidades básicas de un buen terapeuta: la empatía, la aceptación incondicional, la autenticidad y el respeto. Si el terapeuta se muestra «auténtico», será más probable que el cliente lo haga, creyendo en el potencial que todo ser humano posee. Rogers simplemente acompañaría en este proceso a través de estos principios.

Desde algunas de las llamadas «terapias posmodernas», aunque manejen conceptos diferentes, todas ellas enfatizan la importancia del quehacer profesional, de la relación afectiva, del terapeuta como responsable del cambio, pero también su postura ética como respeto y curiosidad, incluyendo la importancia del lenguaje en esa relación terapéutica (Arango y Moreno, 2009).

### **3. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA DESDE LAS TERAPIAS**



## CONTEXTUALES

Al final todos estos enfoques psicoterapéuticos convergen en que la alianza terapéutica es lo más importante de ese encuentro y algunas investigaciones clásicas que sitúan la eficacia de la relación que se establece con el cliente en un 30 % de los cambios finales producidos. Todos los enfoques terapéuticos han rescatado, de un modo u otro, la relevancia del encuentro y el vínculo establecido con el cliente, afirmando que una sólida alianza terapéutica es indispensable para la consecución de los objetivos propuestos. Todas las propuestas determinan que la interacción es un proceso que se sitúa entre dos personas en un contexto terapéutico al que cada una trae un estilo de relación interpersonal aprendido en el pasado. La cuestión que permanece es si la «relación terapéutica» es una técnica más, una variable a considerar y cambiar como parte del proceso, o es el proceso en sí mismo el que produce el cambio.

Las terapias contextuales comparten muchas de estas propuestas, si no tanto en los conceptos, sí en la forma o habilidades terapéuticas. La relación terapéutica, desde aquí, se convierte en el contexto dentro del cual se han de dar los cambios terapéuticos. Hay procesos y técnicas comunes a utilizar por el terapeuta, siempre con una aproximación individual, pero se han de desarrollar dentro de una relación terapeuta-cliente que propicie ese cambio. No se considera la relación como una técnica más, sino como el contexto, el contenedor, dentro del cual se desarrollan los cambios, que vienen dados por la interacción entre terapeuta y cliente. La forma en que se desarrolle esa interacción (teniendo en cuenta contingencias, funciones de las conductas, lenguaje, etc., como se ha explicado en otros capítulos) es lo que propicia el cambio, no la relación por sí misma.

Para crear ese espacio, o contexto en el que actuar, es fundamental crear un ambiente compasivo, evocador y de reforzamiento natural, en el que los clientes aprendan a mejorar sus habilidades de intimidad. La relación que se establece dentro de la consulta es representativa del contexto natural del cliente, el terapeuta y el cliente se encuentran en el mismo plano, ambos unidos por el dolor y el sufrimiento inherente a la existencia humana, y ambos unidos en la búsqueda de soluciones y vivir una vida con sentido. Desde este

enfoque, el comportamiento del profesional tendrá que ser terapéuticamente afectuoso y contingente con las conductas problema del cliente, es decir, el comportamiento dentro de la sesión debe tener una finalidad para mejorar la vida del cliente. Se tratará de realizar equivalencias funcionales entre las imperfecciones mostradas en sesión con la vida diaria del cliente. Se facilitará en la medida de lo posible un entorno que sea un «espacio sagrado» en el que los clientes puedan asumir riesgos interpersonales, que se permitan ser vulnerables y en el que puedan cuidar y ser atendidos, para que puedan reclamar la intimidad de la vida diaria.

Así, algunas características de las que se recomiendan para mantener ese espacio desde el que actuar terapéuticamente (Tsai et al., 2009) serían las siguientes:

1. Estar atento a la descripción que el cliente hace del problema y animarlo a hablar tratando de no interrumpirlo.
2. Ser objetivo en el manejo de las emociones y de los valores para que no influyan en el cliente, de tal forma que lo hagan sentir juzgado.
3. Escuchar de manera empática, para comprender el problema desde el punto de vista del cliente, ser capaz de ponerse en el lugar del otro.
4. Asegurar y mantener la confidencialidad, que es indispensable para que el cliente cuente sus experiencias con la seguridad de que estas no serán compartidas con nadie.
5. Ser flexibles, pues el terapeuta debe saber adaptarse a la compleja variabilidad intraindividual.
6. Ser auténticos, pues de la verosimilitud del terapeuta depende la fiabilidad de la relación; si el terapeuta finge o intenta adoptar un papel determinado, probablemente el cliente responda con desconfianza.

El concepto, pues, de relación terapéutica va más allá de ser un componente más de la terapia, es donde se produce la terapia y el cambio. Consiste en encontrarse con otro u otra para construir cambios que contribuyan a su bienestar. Ese encuentro sería un paso previo o requisito para la consecución de otros objetivos que se vayan proponiendo a lo largo de las sesiones y el proceso terapéutico. El terapeuta será un modelo de conducta que

actuará de forma congruente con lo que piensa, dice y hace en consulta. Esto producirá beneficios, puesto que uno de los problemas habituales consiste en hablar de empatía y no mostrarlo en consulta con el cliente, hablar de compasión y el terapeuta no ser compasivo con el cliente. Para que los cambios se traduzcan a largo plazo, el terapeuta a través de su conducta tiene que encarnar esos principios fundamentales que quiere transmitir en el contexto de la terapia dentro de la relación.

# 14

## Una terapia basada en las relaciones humanas

«Son las relaciones con las personas lo que da sentido a la vida, nada más.»

WILHELM VON HUMBOLDT (1767-1835)

Hemos podido comprobar en primera persona en este periodo de confinamiento que las relaciones sociales son tan importantes como pensábamos. No hemos podido estar cerca de las personas que más queremos y ha costado muchas semanas para mentalizarnos de no salir. En otros países no ha sido tan difícil porque en su día a día no tienen tanto contacto como nosotros con otras personas, además de otras cuestiones culturales. Quizá los españoles y latinos hemos sufrido más al contener la interacción social, porque nuestro clima y nuestra configuración invita al contacto humano. Además, somos de los países europeos donde menos población vive sola, en comparación con Dinamarca (44 %), en España viven un 25 % de personas solas y el resto acompañadas. Esto genera un modo diferente de vivir y un peso especial de las relaciones íntimas que se traslada a todas las facetas de nuestra vida.

### 1. SOMOS SERES SOCIALES POR NATURALEZA

Aunque vivimos en una era prolífica tecnológica que nos mantiene hiperconectados, esto no nos libra de sentirnos solos o vacíos, es la perversión del lado oscuro que conlleva esa continua interconectividad o el coste de *feedback* continuo a través de las redes sociales, pues podemos estar dando un paseo a solas y publicando una imagen, hablando con alguna persona

o pensando en alguien. Es difícil estar en contacto con uno mismo y eso produce dependencia o, lo que es peor, una vida vacía a merced del miedo: «¿Estoy con mi pareja porque la quiero o porque tengo miedo a estar solo?». La salud psicológica vendría de aprender a estar solo, disfrutar de ese espacio, y desde ahí se puede producir un encuentro orgánico con otra persona, también aprender a estar en compañía, siendo naranjas completas que se unen desde la complementariedad y no desde la carencia. No obstante, sin divagar por otros lares intelectuales, retomamos el camino de nuestro fondo de la escena de Atenas, citando a Aristóteles, que menciona que el ser humano es social por naturaleza y que solo en comunidad satisfacemos las necesidades, pues vivimos en un contexto y somos de naturaleza social. Las relaciones sociales son uno de los principales mecanismos que impulsaron la evolución del complejo cerebro y necesitamos una conexión social para prosperar. Por el contrario, los problemas con la conexión social pueden crear un sufrimiento profundo. Esta declaración se basa en un conjunto bien establecido de hallazgos científicos que habla de la importancia fundamental de la conexión social. De hecho, las empresas buscan perfiles que sepan relacionarse emocionalmente con otras personas en lugar de un currículum más denso.

Las investigaciones avalan la importancia de las relaciones sociales y tanto las relaciones deficientes (caracterizadas por conflictos) como las relaciones sociales limitadas (soledad) impactan negativamente sobre las hormonas del estrés, el funcionamiento inmune y el funcionamiento cardiovascular, entre muchos otros factores (Cacioppo et al., 2002). Los investigadores han estimado que los impactos negativos en la salud de tener relaciones sociales pobres o limitadas es equivalente a fumar quince cigarrillos al día (Holt-Lunstad y Smith, 2012), además de otros datos que apuntan a que las personas que viven en áreas aisladas pueden vivir 10 años menos de media. Tener malas o ninguna relación social (es decir, estar solo o percibir una falta de apoyo social) se asocia con una esperanza de vida más pobre (Beutel et al., 2017). Las relaciones íntimas de mayor calidad mejoran el bienestar personal y la salud física tanto para hombres como para mujeres. Cuando estamos a punto de morir también recordamos más los momentos pasados en familia o con amigos, lo que otorga de nuevo una vital importancia a pasar tiempo rodeado de personas importantes. En suma, mucho tiempo solo acorta la

esperanza de vida, aunque también es vital aprender a estar solo para valorar la compañía y disfrutar solo por si no hay compañía.

## **2. LA INTIMIDAD EMOCIONAL COMO UN PROCESO CLAVE**

La intimidad o vulnerabilidad implica asumir riesgos, especialmente en esta sociedad donde parece que todo es de usar y tirar, vamos con armaduras, desconfianza y barreras. La intimidad emocional puede ser una fuente de nuestras mayores alegrías y nuestro dolor más profundo. Hay momentos en los que el daño no puede ser reparado, como cuando alguien íntimo muere, o cuando por otras razones la relación de pareja termina antes de que los sentimientos íntimos hayan terminado. Los tiempos no nos lo ponen fácil tampoco, y cada vez vamos acumulando heridas que intentamos sanar de forma más patológica todavía. Esto conduce a la génesis de un repertorio desadaptativo y para nada ajustado a las contingencias naturales o la experiencia.

Desde el análisis de conducta se define la «intimidad» como un repertorio que surge de una secuencia de eventos donde la conducta vulnerable recibiría castigo interpersonal, pero es reforzada por la otra persona en la interacción. Ello conduce a un aumento en la probabilidad de mostrar conductas vulnerables ante esa persona, incrementando la probabilidad de reforzamiento también por ambas partes (Cordova y Scott, 2001).

Esta intimidad dentro del contexto terapéutico se considera como el acto de compartir los secretos más profundos y protegidos de uno con otra persona, validando y reforzando en cada momento para generar una atmósfera que facilite la apertura. En este acto de autorrevelación ofrece el contexto de una relación compasiva pero imperfecta. Es el acto de arriesgar el daño, e incluso ser lastimado, pero también experimentar esfuerzos para reparar estos daños.

Del mismo modo, las revelaciones de recuerdos autobiográficos personalmente significativos son los predictores más fuertes de la mejora de la intimidad (Alea y Bluck, 2007). Se requiere de honestidad, concebida como una franqueza que puede manifestarse simplemente como una observación sobre cómo el cliente participa en la terapia. Por ejemplo: «Me doy cuenta de que no estoy seguro de qué es exactamente lo que quieres lograr aquí», «Me

doy cuenta de que pareces bastante escéptico sobre muchas de las cosas que digo», «Me doy cuenta de que no sé cómo ayudarte y me gustaría que me ayudaras». Quizá la persona llega tarde constantemente, le podemos hacer contactar con nuestros sentimientos como profesional, además de que contacte con las emociones de personas que en su entorno también esperan que no llegue tarde. Esto favorece la empatía y la consciencia sobre su propio comportamiento y las consecuencias en los demás, que conduce inevitablemente a normalizar los problemas que pueden surgir en el contexto terapéutico, dado que tendrán una respuesta en su historia y en el trabajo que se desempeñe con los valores personales. El profesional está operando en el contexto de sus experiencias y reacciones reales y casi todas las reacciones provocadas pueden ser relevantes para la terapia (Knot et al., 2015).

Debido a que tales interacciones son complejas, matizadas e individuales, es importante que sean genuinas, con autenticidad, una relación real. Una relación terapéutica no debería ser más simple que una relación real y la actuación no es muy diferente, salvando la profesionalidad y el contexto terapéutico desde el que se trabaja conjuntamente. El calor humano es el alma máter o las velas de un barco en esta interacción. En segundo lugar, los seres humanos están equipados con una excelente capacidad para detectar la falta de autenticidad, es decir, cuando otros retienen respuestas o reacciones. Cuando se detecta falta de autenticidad, no es un hecho neutral. Aunque puede que no provoque una sensación primordial de amenaza, al menos provocará precaución y esto puede socavar la calidad de la relación terapéutica. Esta reacción es especialmente probable para clientes que han sido perjudicados o traicionados por otros.

### **3. ELEMENTOS QUE PROMUEVEN LA INTIMIDAD TERAPÉUTICA**

Desde las terapias contextuales, y específicamente desde FACT, se promueven distintos elementos en la relación terapéutica que pueden favorecer esa intimidad y calidez emocional durante el proceso. Entre ellas podemos destacar algunos comportamientos específicos, donde el terapeuta realiza su intervención clínica a partir de los principios de aprendizaje (Tsai et al., 2009,

2019; Valero y Ferro, 2018):

- *Refuerzo natural*. Actuar de manera natural supone un refuerzo de la intimidad, aumenta la probabilidad de revelación vulnerable del hablante en el futuro, así como la experiencia de intimidad en la díada. Las revelaciones vulnerables por parte de un orador aumentan la confianza. Cuando el hablante se involucra en un comportamiento vulnerable y la respuesta del oyente es reforzante y viceversa, se producen resultados positivos, siendo un modelo que dispensa consecuencias. En este sentido también el terapeuta puede mostrarse vulnerable, hacer autorrevelaciones y con ello aumentar y reforzar la intimidad de la relación. En la medida en que ambas personas se involucran recíprocamente en este patrón de vulnerabilidad, la capacidad de respuesta de ambos predice la cercanía.
- *Toma de perspectiva*. Es la capacidad de comprender la perspectiva de otro, ponerse en el lugar del otro. Esto permite trabajar con casos complejos, por ejemplo maltratadores criminales o que pueden generar emociones desagradables en nosotros, pero la comprensión de su historia y conocer que su padre abusó de él nos permite alejarnos, tener compasión y observar las funciones con la suficiente perspectiva como para seguir siendo profesionales.
- *Empatía*. Que se refiere a la capacidad de sentir lo que se siente al estar en esa perspectiva. He sentido dolor como tú y esto me conecta contigo, porque soy capaz de estar en presencia de tu dolor, sin tratar de cambiarlo, modificarlo o animarte, solo acompañarte. Quizá implique en algún momento si somos demasiado empáticos llorar y no tiene que ser contraproducente; al contrario, puede conectarnos más a través de esa emoción. El terapeuta tendrá que vigilarse a sí mismo para saber en qué punto se encuentra y si esas emociones le impiden su trabajo con el cliente, pero no vamos a forzar ni expresar emociones (a menos que lo requiera el caso) para seguir siendo profesionales, buscando la naturalidad y reconduciendo lo que vaya pasando momento a momento en consulta.
- *Aceptación*. Como la voluntad de experimentar los sentimientos que



surgen de esa toma de perspectiva, permitiendo lo que ya es, sin voluntad de rechazar nada de lo que está ocurriendo. El terapeuta ha de aceptar a la persona que tiene enfrente tal cual es, sin juzgar, sin aplicar categorías morales de bueno-malo, adecuado-inadecuado, correcto-incorrecto, etc.

- *Autoconsciencia*. Como sensibilidad a las necesidades del otro. Ser consciente de sus necesidades y sentimientos aumenta la probabilidad de que uno comunique esas necesidades y sentimientos de manera efectiva. Generalmente las dificultades en la intimidad señalan problemas interpersonales y una oportunidad para trabajar con esas situaciones que ocurren en directo durante la terapia. También es importante ser consciente del otro en la interacción. Este equilibrio entre la autoconsciencia y la conciencia del otro para el hablante puede ser particularmente importante para aquellos que son propensos a percibir a los demás de manera incorrecta. El profesional no puede ser insensible a las contingencias. A veces el terapeuta se arriesga sin consultar y no es sensible a la historia o a lo que está ocurriendo. Nos podemos arriesgar y «tirar a la piscina» con indicios, sabiendo que lo que hacemos puede tener un propósito o función y suponer las variables que mantienen el problema; no obstante, equivocarse es de humanos, y es muy frecuente también en los terapeutas. Es necesario tener una visión micro-macro del contexto, lo que denominamos conciencia contextual, para saber trabajar a lo largo de los 60-90 minutos que tenemos en la consulta, organizando la sesión y el tipo de relación que se establece con cada cliente en particular, conociendo esa variabilidad humana.
- *Expresión no verbal*. Desde la propuesta de Darwin, donde las emociones son adaptaciones evolucionadas que cumplen funciones fundamentales de comunicación social, la investigación ha revelado que la expresión regulada y auténtica de las emociones es beneficiosa para la interacción social en general y para el desarrollo de la intimidad en particular. El comportamiento también sigue los mismos principios de la selección natural, a través de las consecuencias que se producen al emitir la respuesta. Vigilar y observar para su análisis la conducta no

verbal del cliente nos va a ofrecer mucha información valiosa. Por ejemplo, observar cómo se sienta en la silla, cómo gesticula, cuándo hace determinados movimientos, sus expresiones faciales, etc., puede ayudar a ver esa autenticidad e intimidad, o a confirmar/rechazar la congruencia entre lo que dice y lo que hace. De forma similar, también el terapeuta ha de ser congruente en su conducta no verbal, que denote autenticidad, porque de otra manera no conseguiría aumentar y reforzar esa intimidad terapéutica.

- *Seguridad.* Se trata de proveer confianza, reciprocidad, mutualidad en la relación, que mi capacidad de respuesta esté determinada por la comprensión, validación y cuidado, construido a partir de una base de seguridad, que se expresa de manera no verbal y verbal. Mientras que el hablante está conectado para mostrar la expresividad emocional en las interacciones sociales, el oyente está conectado para imitar y corresponder con una sensibilidad contingente. En este sentido, la seguridad del terapeuta para prestar apoyo o para responder a preguntas, incluso cuando ha de decir «no lo sé», es fundamental para mantener esa naturalidad en la relación.
- *Congruencia.* El contenido emocional de la divulgación y la congruencia entre lo que uno dice y muestra probablemente es importante, ya que ayuda al oyente a responder; la congruencia entre lo que está diciendo y lo que siente predice la precisión empática del oyente, que a su vez predice el bienestar relacional. El terapeuta debe encarnar los principios que promueve en su interacción a través de su propio comportamiento con el cliente. También a lo largo del proceso terapéutico el profesional ha de mantener esa congruencia, sin contradicciones, mostrando esa compatibilidad entre lo que dice y hace a lo largo de la terapia. Las contradicciones y dudas del terapeuta serán también una fuente de dudas en el cliente.
- *Validación.* Implica expresar que se comprende el significado más profundo de la comunicación de otra persona. Validar el contenido emocional y proporcionar apoyo emocional, reforzando aspectos clave de la identidad e historia del cliente. Hay que saber cuándo brindar apoyo emocional y validación, para no reforzar comportamientos

disfuncionales que forman parte de la conducta problema. Por ejemplo, alguien que constantemente se queja para buscar la atención y el terapeuta durante toda la sesión escucha atentamente sin intervenir, probablemente ha caído en la trampa. También es frecuente que los intentos de apoyo bien intencionados, centrados en la resolución de problemas y el asesoramiento en lugar del apoyo emocional, no satisfagan las necesidades de las personas bajo estrés y pueden empeorar las cosas. La validación vendrá acompañada por las otras características de naturalidad, empatía, congruencia, etc., puesto que sin ellas difícilmente el terapeuta podrá validar (y reforzar) las conductas hacia una vida mejor del cliente.

#### **4. MÁS ALLÁ DE LOS LÍMITES DE LA TERAPIA**

A veces necesitamos cruzar los límites para poner límites. Encontrar la posición adecuada en la interacción es una tarea compleja que requiere de exploración y consenso entre lo que el terapeuta ve, el cliente quiere y el punto de encuentro entre ambos. Dentro de las metas y tareas específicas: horizonte bajo el cual se construye la terapia en el encuadre se produce esa distinción entre el profesional y el cliente, además de los honorarios establecidos y de estar al servicio de ayudarlo a vivir la vida que quiere. Tener una relación honesta, cercana y con vinculación emocional intensa, que es el cometido de este libro sobre psicoterapia, favorece la intimidad como elemento de cambio en los resultados propuestos.

Desde el modelo de referencia biomédico que otorga al cliente un papel pasivo, con distancia profesional, puede ser muy útil en su contexto para el abordaje de los problemas orgánicos, aunque ya se han observado los cambios y mejoras que sobre las «enfermedades físicas» produce un profesional biomédico cercano, comprensivo, empático y que valida emocionalmente. Pero cuando se abordan los problemas psicológicos se han de aplicar otros principios diferentes, puesto que estos no obedecen a una «causa interna» (ni siquiera cerebral), sino a múltiples causas que están en la historia, vivencias e interacciones y contexto actual del individuo. De esta forma, en lugar de adaptar el modelo biomédico para explicar y abordar el sufrimiento humano,

hay que adoptar una posición evolutiva y contextual. El comportamiento (y también el que se considera problemático) es producto de una evolución filogenética y ontogenética, y en esa evolución, aunque haya causas necesarias como el cerebro, lo que influye fundamentalmente es el contexto, las interacciones que el individuo tiene con su medio social, con las personas más allegadas, junto con las que desarrolla también esos comportamientos de intimidad y emocionalidad. Cuando el individuo acude a consulta, y sufre por lo que considera «problemas», los vemos en el momento presente y hemos de utilizar el análisis funcional para explicar las causas actuales que mantienen ese problema en el aquí-ahora, en su vida diaria.

De esta forma, la relación terapéutica que se ha propuesto en este modelo de psicoterapia FACT dista mucho, en forma y función, del modelo biomédico y psicológico de referencia. Aquí la relación terapéutica es el contexto actual donde comenzar a cambiar esos «problemas». El terapeuta va a poner en marcha distintas estrategias para que el individuo comience a tener otra perspectiva, comience a no estar enredado en sus pensamientos, decida qué valores quiere seguir en su vida y cómo quiere vivirla desde la terapia en adelante. Para ello la implicación emocional con el cliente será muy estrecha, sin perder la profesionalidad y el horizonte terapéutico al que se dirige. Precisamente, esa relación emocional es la que permitirá utilizar el reforzamiento de manera natural, el moldeamiento, las reglas verbales, las metáforas y los ejercicios experienciales en un contexto que permita la autenticidad y naturalidad, como en la relación profunda entre dos adultos.

La resistencia en terapia señala un *impasse*, dentro del proceso terapéutico, cuando no existe un avance, entonces podemos señalar un punto donde se necesita revisar diversas cuestiones. El terapeuta debe analizar los pasos y procesos esenciales hasta la fecha trabajados, además de hacer trabajo personal que le permita ser consciente de lo que está ocurriendo, analizar de nuevo los objetivos propuestos en la terapia, el motivo de consulta y consensuar con el cliente si ambos están en la dirección deseada.

En no pocas ocasiones hemos tenido que ir más allá de los límites dentro del contexto terapéutico para obtener los resultados deseados. Es difícil con determinados casos obtener avances dentro de la propia consulta por la complejidad de la historia, debido a que para evocar la conducta clínicamente

relevante o los problemas clínicos se necesitan los estímulos adecuados para que el cliente pueda generar un repertorio nuevo o aprenda a relacionarse con esos pensamientos y sensaciones de un modo más eficaz. En este punto es cuando se hace necesaria una *mayor creatividad* por parte del terapeuta. Es una habilidad más, necesaria también en los terapeutas, puesto que conociendo cuál es la función de la conducta o resultado que se quiere obtener, cualquier acción nueva-diferente-extraña-creativa que lo pueda conseguir será bienvenida. Se recomienda salir de consulta, hacer actividades novedosas, ejercicios experienciales que cambien el contexto del individuo, siempre que las circunstancias lo requieran, cuando se produzcan los avances deseados o sea difícil evocar la conducta que causa problemas. Suele enriquecer introducir tareas creativas, en todos los sentidos, para el progreso. Además, al terapeuta le ofrece una perspectiva más amplia para poder seguir trabajando y comprender de forma más profunda la situación a un nivel micro-macrocontextual.

Algunos ejemplos personales de ir más allá de la consulta han sido por ejemplo con un cliente con bulimia, donde la sesión se desarrolló en un bufet libre para que aprendiera a notar las sensaciones, dejarlas estar, decidir qué comer y no vomitar tras controlar una ingesta coherente. La propia interacción dentro del restaurante sirvió para afianzar la relación y el vínculo establecido con el cliente, para exponer en dirección a valores y para crear un comportamiento más flexible o adaptativo. Tras finalizar este encuentro, el cliente tuvo más confianza en sí mismo al poder gestionar la situación y supuso el punto de partida para avanzar en otras direcciones. En otro caso clínico, donde existía una exacerbada fobia a conducir, la sesión se hizo en el propio coche del terapeuta, donde se aprendió a gestionar el miedo y la ansiedad que surgían de la conducción, desde la aceptación y el compromiso con poder conducir para ser independiente. Desde hacerse pasar por banquero para dar terapia en casa de un cliente que odiaba a los psicólogos, hasta formar a un cantante para que sirviera como modelo y pudiera ofrecer un comienzo reforzante para poder seguir trabajando con ese cliente, además de fortalecer el vínculo terapéutico. Ir al cine, a sus casas, comer en el McDonald's o acudir a cumpleaños, bodas, comuniones, han sido algunas de las experiencias personales que han servido para generar un impacto emocional que permita

por un lado seguir avanzando y, por otro lado, estar en contacto con el entorno natural de los clientes que permita la observación y modificación de funciones que mantienen la conducta problema. Todas las situaciones que puedan conducir a mejorías clínicas (provocando CCR1 y reforzando CCR2 y CCR3), y esto supone salir de la zona de confort tanto del terapeuta como del cliente, son válidas siempre y cuando haya consenso por parte de ambos y se considere como requisito previo para la mejoría.

# 15

## Casos clínicos con diálogos reales

«Al final lo que importa no son los años de vida, sino la vida de los años.»

ABRAHAM LINCOLN (1809-1865)

Se describen en este capítulo algunos fragmentos tomados de la transcripción literal de diálogos durante las sesiones clínicas, como forma de ilustrar algunos de los procesos clave importantes en el cambio clínico que se han descrito en los capítulos anteriores. Aunque hayamos expuesto en este libro el contexto terapéutico a conseguir, la forma de manejar la relación terapeuta-cliente, las «reglas terapéuticas», los «ejercicios y metáforas», etc., todo ello no son sino «reglas verbales» que solo van a constituir parte del repertorio del terapeuta que quiera seguirlas, cuando las ponga en práctica y observe los efectos de su propia relación terapéutica, sus propias emociones, sus evitaciones personales, sus habilidades para reforzar de manera natural, su implicación emocional, etc. Se ha de poner en práctica para ver su efecto, el terapeuta ha de tener contacto con sus propias contingencias (tanto en su vida personal como dentro de la sesión con los clientes), y son estas las que le van a ir moldeando también su práctica profesional.

Por estas razones, incluimos en este capítulo diversos ejemplos de casos clínicos, sintetizados, en vez de describir el caso de forma íntegra, diseccionando los procesos más relevantes para producir el cambio terapéutico. Se describen diferentes momentos dentro del proceso terapéutico, con diferentes casos y circunstancias, donde el terapeuta tendrá que adaptarse de manera efectiva a cada historia en particular. En este capítulo se puede ver la integración armónica de FACT, que se ha descrito en los capítulos anteriores, ahora operativizada en diferentes casos y situaciones clínicas para que lo anteriormente expuesto alcance un sentido pragmático. El lector ha de

tener en cuenta el análisis funcional previo que se ha de realizar. Se toma el esquema o secuencia E-R-C (Estímulo-Respuesta-Consecuencia) como unidad de análisis. No se han incluido por su extensión, y porque es tema de otros manuales, los componentes y cambios que se registran y analizan en un análisis funcional. No obstante, la contingencia de tres términos (E-R-C) en la mayoría de las ocasiones se puede ampliar, introduciendo otros elementos, dada la complejidad de la conducta humana. Los principios de aprendizaje se aplican a cada historia en particular del cliente. Por ello, se debe considerar siempre que esos principios se adaptan a cada caso, tras un análisis funcional previo, y las intervenciones aquí expuestas no son rígidas, sino como reglas adaptadas al caso clínico.

## 1. CASO ISMAEL: FISCALIZACIÓN EN DOLOR CRÓNICO

El cliente se llamaba Ismael, de 42 años, y tenía un dolor crónico de espalda a causa de un accidente laboral. Se realizó el ejercicio clásico denominado «fiscalización» para la aceptación de las sensaciones dolorosas, cuyo objetivo principal no persigue la relajación, sino aprender a convivir con el dolor, sin que le impida realizar una vida digna de ser vivida. Dentro de la paradoja de la evitación, el dolor va a estar tanto si deja de hacer lo que le importa como si no, por tanto se orienta la vida hacia una vida significativa, aunque con dolor. En la medida en que la aceptación va surgiendo, el dolor se hace menos intenso, a la vez que las actividades que le dan sentido a la vida (deporte, música, ocio) refuerzan sus comportamientos, que van aproximándose a los valores. La toma de perspectiva frente a «yo no soy mis sensaciones» ofrece las bases para que el dolor se transforme.

TABLA 15.1  
*Diálogo con Ismael*

<p>T: Has estado evitando acontecimientos importantes en su vida por temor a que empeorase el dolor. Seguro que te ha costado gran esfuerzo privarte de hacer estas cosas. Pero, no te ha servido. Y por otra parte, ¿qué consecuencias ha tenido el dejar de hacer estas cosas? ¡Ah! Aunque no te ha quitado el dolor, ves a menos gente y cada</p>
--



vez te sientes más incapacitado. A veces tenemos que pensar que las soluciones que buscamos a los problemas a su vez nos traen más problemas. Casi podemos decir que se acaban convirtiendo en el principal problema de forma curiosa. ¿No lo ves así?

C: Bueno... verás... he dejado parte de mis actividades de lado, sobre todo el deporte y la música, no hago nada de esas cosas y también salgo muy poco por temor a que me pueda doler y empeore. Casi no veo a mis amigos porque me siento incapaz de hacer la vida que hacía antes. No le veo la solución por ningún lado.

T: No es que los problemas no tengan solución. Es la estrategia la que es inadecuada. Y tu experiencia es el mejor indicador, ¿Qué te dice tu experiencia con aquello que haces?

C: Que lo que hago no sirve para nada. Cada vez tengo más dolor y cada vez mi vida está más limitada. Pero es que sentir este dolor constante es una sensación muy desagradable, día tras día...

T: ¿Qué sensaciones tienes ahora?

C: Malestar físico y como presión en el pecho (arrugando la cara).

T: ¿En qué parte del cuerpo notas esa sensación?

C: Por toda la espalda, sobre todo en la parte inferior, y ahora tensión en el pecho (hace ademán de dolor).

T: Entonces, ¿qué haces cuando notas estas sensaciones?

C: Pues me tomo pastillas para el dolor, una valeriana para relajarme, no lo puedo evitar.

T: Te invito a que hagamos un ejercicio: a que te mantengas abierto a la sensación de dolor tal como lo notas ahora.

C: Ok.

T: Cierra los ojos. Quiero que notes el dolor y que intentes buscar una situación donde hayan aparecido sensaciones similares a las que estás notando ahora mismo.

C: Pues sí, ayer mismo, me dolía mucho e iba directo al cajón de las pastillas.

T: Intenta recordar ese momento, el lugar donde estabas..., con quién estabas..., observa qué hacías..., mira a tu alrededor..., etc.

C: Ya.

T: Dime, ¿qué estás notando en este momento?

C: Dolor... (abre los ojos).

T: Mantente con los ojos cerrados, Ismael.

C: ¡Ufff...!, es que con este malestar, claro, pienso en acostarme y mañana será otro día, tengo ganas de irme a la cama.

T: ¿Qué emociones tienes ahora?

C: Dolor y rabia.

T: ¿En qué parte del cuerpo notas el dolor y la rabia?

C: Es como una sensación de quemazón en la espalda (hace gestos, movimientos con la espalda). Y la rabia es como una tensión en la frente y una pesadez en el pecho.

C: Es que es demasiado.... no aguanto (se mueve nervioso en la silla).

T: Déjame preguntarte una cosa: cuando notas esta sensación, ¿qué sueles hacer?

C: Tomarme una pastilla y acostarme. O si estoy fuera de casa ir corriendo a casa.

T: Y cuando lo haces, ¿qué ocurre?

C: ¡Se pasa! Aunque luego vuelve.

T: Vale, ¿te gustaría, aquí y ahora, conmigo, hacer otra cosa con esta sensación?, ¿practicar estar con esta sensación e intentar hacer algo diferente para no huir?

C: Vale (suspira y solloza).

T: Quiero que localices ese dolor en tu cuerpo.

C: Es una quemazón en la espalda (necesita levantarse).

T: Mantente con el dolor en la espalda, e imagina que la prioridad ahora mismo es no moverte, quiero que te mantengas con esa sensación, no hagas nada por cambiarla y que te veas a ti mismo notando esa sensación.

C: Ya... Ahora en el pecho como si tuviera una bola de fuego incandescente.

T: Observa esa bola de fuego, no hagas nada, simplemente mírala delante de ti, ¿es grande o pequeña?

C: Es grande, abarca todo el pecho y parte de los hombros y espalda.

T: ¿Es liviana o pesada?

C: Es pesada, opaca, como un agujero negro que me absorbe.

T: ¿Es blando o duro?

C: Muy duro.

T: Vale, imagínate ahora que puedes coger esa bola negra entre tus manos, ¿la tienes?... y la colocas delante de ti. Ahora, contempla la bola delante de ti.

C: Estoy angustiado.

T: ¿A qué se parece esa angustia?

C: A que me quiero mover, no aguanto las ganas de seguir aquí, quiero terminar e irme.

T: ¿Se parecen estas sensaciones a las que normalmente tienes?, ¿podríamos aprovechar para notar este dolor sin hacer nada con el? O puedes irte, que es lo que sueles hacer. ¿Te ha funcionado para mejorar?

C: Vale, es la misma sensación que suelo sentir.

T: Imagina que la prioridad en este momento es quedarse completamente inmóvil, pongamos que quedarse inmóvil aquí y ahora es como cuidar de tu sobrina pequeña ¿Estás dispuesto?

C: Claro.

T: Mantén las ganas de moverte, nótalas, mantente cerca de ella.

T: Obsérvate a ti mismo notando esa sensación, y dime: ¿qué pensamientos vienen?

C: ¡Que no puedo más!, ¡me quiero mover!, ¡es insoportable!

T: Vale, deja que esos pensamientos salgan, imagínate que los escribes en una pizarra que hay delante de ti y los dejas allí. Nótalos, escríbelos y déjalos allí en la pizarra... ¿Qué sensación viene ahora?

C: La misma, que no puedo más y me quiero mover (sudando).

T: ¿Se parece en algo esta sensación de ganas de moverte a las de tu dolor?

C: Pues sí... Esa desesperación de antes.

T: ¿Te merecería la pena seguir adelante con ella, aprendiendo a llevarla al lado, y eligiendo hacer otra cosa? Ya conoces dónde te conduce irte...

C: Sí, venga.

T: Quédate un rato notando lo que dice tu mente ahora mismo..., nota las sensaciones y

ahora estás haciendo algo diferente con la sensación que tienes en el cuerpo. Tú eliges. Si renuncias a seguir o no... no te domine, ¡muy bien!

C: Renunciar sería cómo tomarme las pastillas e irme a la cama...

T: Elegir quedarte con esta sensación, se parecería a...

C: Estar con el dolor y vivir.

T: ¿Qué eliges hacer, Ismael?, tienes absoluta libertad para elegir el camino que quieras seguir.

C: Quiero dejarlo ya, pero voy a elegir seguir, venga... (se continúa desde el principio).

T: No se trata de ignorar el dolor, ni de resistirlo, sino de tener dolor sin intentar controlarlo y de hacer otras actividades satisfactorias que sean valiosas para ti a pesar de que tengas dolor. El dolor puede que mejore o no, pero seguro que hay otras cosas en tu vida que, al menos, se pueden mejorar. Pero estar de la cama al sofá no es la vida que me parece que quieras tener.

A lo largo de las sesiones, Ismael empezó a incluir en su vida acciones cotidianas que solía hacer, como el deporte, la música o el ocio. La aceptación de aprender a vivir para siempre con esa condición produjo un cambio en la función de dolor-evitación, hacia el patrón de dolor-acción, lo cual desactivaba el sufrimiento añadido a la experiencia que ya era. Con el tiempo, a pesar de sus altibajos, su relación con el dolor dejó de ser limitante, eliminó la medicación y al incluir la natación mejoró su condición clínica.

## **2. CASO SONIA: HISTORIAL DE ABUSO Y MIEDO AL COMPROMISO**

En este caso, Sonia era una mujer de 39 años que mostraba timidez a la hora de empezar una conversación, tenía un historial de abuso cuando tenía 10 años. Le gustaría tener pareja e hijos. Sin embargo, su vida era muy monótona y evitaba cualquier tipo de situación que pudiera ser nueva o requiriese de interacción social. Se había convencido de que, si quería ser madre, tendría que ser ella sola, porque «para lo que hay ahí fuera... mejor sola». El trabajo con FACT será moldeando CCR y flexibilizando su patrón de evitación con ejercicios de defusión y toma de perspectiva. Anteriormente se había trabajado la desesperanza con ella, la metáfora de los pasajeros y los escaladores, debido a que le gusta la montaña y funcionalmente permite identificarse mejor con esos ejemplos.

TABLA 15.2  
*Diálogo con Sonia*

- T: Me dices entonces que quieres tener pareja.
- C: Mmm, no sé...
- T: ¿No sé?
- C: Es que, a ver... sí que me gustaría, pero he tenido muy malas experiencias, y cada vez que intento algo me va muy mal. He optado por estar mejor sola.
- T: ¿Sientes menos miedo estando sola?
- C: Sí, pero también sufro...
- T: ¿Te ves estando sola en un futuro?
- C: Realmente no. Siempre me he visto con una familia.
- T: ¿Y qué hay que hacer para tener una familia?
- C: Tener pareja.
- T: ¿Y qué hay que hacer para tener pareja?
- C: Buscarla...
- T: ¿Y qué pasos has dado tú para eso?, es decir, ¿qué has hecho estas últimas semanas para acercarte a esa mujer que quieres ser en un futuro con familia?
- C: Nada, mi vida es muy monótona, voy de casa al trabajo, del trabajo a casa y los sábados quedo con alguna amiga.
- T: ¿Te acerca esto hacia donde quieres llegar?
- C: No.
- T: ¿Qué podemos hacer para la próxima semana?
- C: No sé, dime tú.
- T: Yo no lo sé, dime tú qué vida quieres tener...
- C: Quiero tener familia, pero tengo miedo.
- T: Sí, por el camino hacia tener la vida que quieres tener está el miedo, que te dice: «no lo vas a conseguir, te van a abandonar, es mejor quedarte sola, si total para lo que hay ahí fuera...». ¿Merece la pena pasar por ahí?
- C: Supongo, pero no lo veo claro.
- T: Te lo voy a plantear de otro modo. Imagina que en este edificio viven tres tipos de Sonias. En la primera está sola, llevando una vida muy monótona, quizá como la que llevas tú ahora. La ves viendo la tele, saliendo de casa para el trabajo, y poco más. En la segunda planta, Sonia tiene muchas dudas y miedo, lo intenta alguna vez con algún chico, pero finalmente lo deja porque tiene miedo a que le hagan daño. En la tercera planta, Sonia sigue teniendo mucho miedo, pero, aun así, decide buscar pareja y se hace de una red social para ligar. Al principio lo pasa muy mal, porque le hablan muchos chicos y ella no sabe a quién elegir. Se tira muchos meses buscando a alguien. Con algunos tiene malas experiencias, pero decide que para ella es muy importante tener familia y lo sigue intentando una y otra vez. Hasta que un día da con el indicado. Pasan varios años y Sonia es madre...
- C: Eso me encantaría.

T: ¿Qué pasos puedes dar de aquí a la semana que viene?

C: ¿Pero ya..., tan pronto?, necesito estar preparada, pensármelo, no sé...

T: ¿Cuánto tiempo llevas así? Mira tu experiencia, te ha dicho alguna vez: estás ya preparada. Quizá eso nunca ocurra y te quedes como la Sonia del primero.

C: Es verdad... Pero...

T: Te lo voy a preguntar de otra manera (véase ejercicio del funeral). ¿Y ahora qué?, ¿nos ponemos para la semana que viene a dar pasos hacia la Sonia del 3.º?

C: Lo tengo algo más claro la verdad...

T: ¿Y si quedas con alguien esta semana?

C: Estoy sintiendo nervios ahora.

T: ¿Es la misma sensación que ocurre fuera de aquí, en tu día a día?

C: Estoy sintiendo lo mismo de siempre.

T: Y si sentir esos nervios te acerca a la vida que quieres tener. ¿Puedes permitirlos y hacer lo que te propones?

C: Ahora mismo lo estoy permitiendo, aunque tenga ganas de salir corriendo.

T: Muy bien, veo que estás tomándote esto en serio y estás dando pasos diferentes para obtener resultados nuevos.

C: Gracias, la verdad que no es tan malo sentirse así, visto de esta manera.

T: Vamos a hacer un ejercicio para permitir eso que estás sintiendo.

Se realizó a continuación el ejercicio de fisicalización.

Tras esta sesión, el miedo y la timidez se pusieron al servicio de sus valores de ser madre y vivir acompañada. Se inscribió en una aplicación para conocer a gente y se permitió quedar con algunas personas. Además, mejoró sus relaciones sociales, se apuntó a baile, de ahí surgió un grupo de amigas con las que viajaba y hacía planes. Al cabo de tres meses había quedado con varias personas y con la última estableció una relación. En el seguimiento a dos años, continúa con la misma relación sentimental y se mantienen los cambios.

### **3. CASO MARÍA: DEPENDENCIA EMOCIONAL Y TEMOR A LA SOLEDAD**

María, de 42 años, profesora de instituto, acudió a consulta acompañada de su madre (CCR1), con problemas de asertividad, acoso laboral y dependencia. A continuación se expone otro ejemplo de moldeamiento en un caso de un cliente con diferentes miedos. Es importante evocar el malestar en sesión para

poder moldear hacia patrones más flexibles de comportamiento, que permitan alcanzar una vida valiosa que puedan reforzar los intentos por cambiar, al estar en la vida que el cliente quiere vivir.

TABLA 15.3  
*Diálogo con María*

- T: ¿Qué te impide venir sola a la consulta?  
C: Necesito encontrarme más fuerte para venir sola.  
T: ¿Esperas entonces a encontrarte más fuerte para que puedas venir sola?  
C: Sí, supongo.  
T: ¿Y qué tienes que hacer para encontrarte más fuerte?  
C: No sé, por eso vengo.  
T: Esperas entonces encontrarte más fuerte para poder venir sola. Como ahora te encuentras débil, no puedes afrontar venir sola. Y ahora te pregunto: ¿cómo aprendemos a nadar? (la cliente estuvo aprendiendo a nadar hacía unos meses).  
C: Pues nadando, me imagino.  
T: Anda, qué curioso, ¿no? Para aprender a nadar, uno tiene que meterse en el agua... y eso a veces supone que está fría y que me da miedo, porque no sé nadar. ¿Qué tendrías que hacer tú entonces, dime, qué hiciste para aprender?  
C: Mmm... Entiendo, ir a nadar para aprender, supongo que tendré que venir sola.  
T: No sé, dime tú. ¿Es eso lo que quieres?  
C: Sí, me gustaría ser independiente.  
T: ¿Y qué pasos tienes que dar para ser independiente?  
C: Hacer más cosas sola, venir sola a terapia y a más sitios que me gustaría ir.  
T: Pues venga, ¿te pones a nadar mucho esta semana?

Se reforzó naturalmente su conducta, para mantenerla en el tiempo.

En este caso el terapeuta ha incentivado a la persona a venir sola (CCR2), y a dar pasos hacia aquello que le importa, porque para sentirse más fuerte tiene que hacer aquello que le molesta. Esto desactiva el círculo vicioso de que, para hacer determinadas cosas, necesito determinados pensamientos, apelando a la experiencia. «¿Te has sentido más fuerte haciendo lo que haces normalmente? Mira tu experiencia». El objetivo es generar un estado de desesperanza para moldear respuestas alternativas y más flexibles que puedan llevar al cliente hacia donde quiere llegar: ser independiente. En la siguiente sesión acudió sola a terapia y fue dando pasos en dirección a aquello que

quería hacer: ser independiente. Se fue a vivir sola y realizaba actividades progresivamente más tiempo por sí misma. Aunque tuvo una recaída donde se fue varias noches a dormir a casa de sus padres, en la siguiente sesión volvió de nuevo a su casa, normalizando las sensaciones de soledad y aumentando la disposición a establecer contacto con el miedo. Se incorporó de nuevo al trabajo (había pedido una baja laboral) y fue haciendo vida normal. En el seguimiento a tres años seguía estable y trabajando esas sensaciones que continuaban estando con ella, pero ahora no le dificultaban vivir.

#### 4. CASOS JESÚS Y JAIME: ESTRÉS LABORAL Y PROBLEMAS DE CONDUCTA

Dos trabajadores (Jesús y Jaime) tenían diversos problemas personales que afectaban en el contexto laboral tanto al trabajo general de la empresa como a la relación entre ellos. A partir de la evaluación se consideraron como objetivos las conductas clínicamente relevantes (CCR1 y CCR2) de ambos clientes. En cada uno de ellos se eligió, a partir de sus propias afirmaciones, lo observado por el terapeuta en la primera sesión y la puesta en común de lo que el terapeuta observaba sobre su conducta. Estas CCR1 y CCR2 serían las conductas para cambiar progresivamente, reforzando o extinguiendo en cada caso mediante el moldeamiento del terapeuta. En la siguiente tabla aparecen ejemplos de esas conductas problema y las mejorías, que iban surgiendo como cambios positivos en los dos participantes. Finalmente, ambos empleados lograron mejorar en los objetivos propuestos tanto a nivel personal como profesional.

TABLA 15.4

*Conductas clínicamente relevantes de los casos de Jesús y Jaime*

Jesús	
Conductas problema CCR1	Conductas de colaboración CCR2
— Moverse constantemente.	— Darse cuenta de que está inquieto
— Adoptar una postura tensa y sentarse en el	y parar de moverse.

- borde de la silla.
- Coger el móvil en sesión.
- Mirar al suelo.
- Comer apartado de los compañeros y no establecer conversaciones.
- Dar rodeos a la hora de comunicar algo.
- Tensión y agobio al verbalizar eventos privados molestos.

- Sentarse apoyado en el respaldo de la silla de manera cómoda.
- Poner el móvil en silencio y no contestar a las llamadas.
- Mantener el contacto ocular.
- Comer con los compañeros y entablar conversación con ellos.
- Decir lo que quiere de manera directa.
- Hablar con naturalidad y reírse de sus eventos privados molestos.

Jaime	
Conductas problema CCR1	Conductas de colaboración CCR2
<ul style="list-style-type: none"> <li>— No relacionarse ni comunicarse con el resto de los compañeros.</li> <li>— Evitar el contacto ocular.</li> <li>— No comunicarse con el encargado, «tragar».</li> <li>— Seguir firmemente las directrices del supervisor, aunque él no estuviese de acuerdo.</li> <li>— Comportamiento apático, desganado.</li> <li>— Cabizbajo, rostro apagado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Saludar, hablar con los compañeros y hacer bromas.</li> <li>— Mantener contacto ocular.</li> <li>— Manifestar las incomodidades en el trabajo.</li> <li>— Sugerir formas alternativas de realizar su trabajo al supervisor.</li> <li>— Mayor implicación con el trabajo.</li> <li>— Actitud proactiva.</li> <li>— Muestras de alegría al equipo.</li> </ul>

El moldeamiento se hizo en dirección a valores de cada empleado, como, por ejemplo:

**T:** El jefe me ha dicho que te puede despedir si no cambias de actitud...

**C:** Sí, eso me ha dicho a mí también, la verdad es que estoy un poco preocupado.

**T:** Tiene para ti sentido entonces limar asperezas con tu compañero en dirección a conservar tu trabajo y mantener a tu familia.

**C:** Claro, hago lo que haga falta...

La actitud de ambos fue de colaboración; al incluir en el mismo marco de coordinación el trabajo y la familia con mejorar las relaciones entre ambos, el cambio se hizo por sí mismo. Las demás cuestiones dentro de la sesión, por



ejemplo mirar el móvil constantemente, se apeló a la relación en su matrimonio y si estaba ocasionando problemas. El proceso fue similar al diálogo del caso anterior.

## **5. CASO HELENA: TRASTORNO DE PÁNICO CON AGORAFOBIA, FOBIA ESPECÍFICA, TOC, ANSIEDAD GENERALIZADA E HIPOCONDRIA**

Como es muy frecuente en muchos casos clínicos, puede darse la comorbilidad entre las diferentes etiquetas diagnósticas, lo que no indicaría que el individuo tenga varias «psicopatologías», sino que las categorías son «etiquetas» o «cajones» donde clasificar los comportamientos problemáticos, de manera descriptiva, pero que no abarcan la extensión de los problemas psicológicos que habitualmente acuden a consulta. Aunque desde esta perspectiva contextual, alejada de la concepción sindrómica del DSM, y más en consonancia con los modelos transdiagnósticos, se ha empleado esta terminología para la comunicación de resultados entre profesionales. Sin embargo, realmente los objetivos terapéuticos propuestos se centraban en recuperar la vida que la cliente quería tener.

En el caso clínico que se presenta a continuación el coste de este patrón de evitación experiencial le suponía haber dejado los estudios por miedo a que le diese un ataque de pánico en clase, no se relacionaba con nadie, no se montaba en el ascensor, se negaba a usar el transporte público, etc. Se veían afectadas todas las áreas y entornos del cliente. En las siguientes tablas aparecen los aspectos fundamentales de la historia de esta cliente, el análisis funcional que se hizo y algunos ejemplos de las CCR1, CCR2 y CCR3 que se seleccionaron como objetivos durante el proceso terapéutico.

TABLA 15.5

*Aspectos más importantes de la historia de Helena*

- Mujer de 22 años, estudiante de medicina.
- Hija pequeña, con gran diferencia de edad sobre su hermano.
- Desde pequeña presentó problemas médicos.

- Sobreprotección constante.
- Padres muy miedosos con todo y retraídos socialmente.
- Han fomentado en su historia la evitación.
- Madre con ansiedad generalizada, fobias específicas y patrón de evitación.
- Experiencia con otros psicólogos muy negativa: *reiki*, flores de Bach y personal no titulado.

TABLA 15.6

*Algunos ejemplos de conductas clínicamente relevantes de Helena*

Conductas problema CCR1	Mejorías en sesión CCR2	Verbalizaciones del cliente CCR3
Movimientos constantes en la silla.	Moverse menos.	Darse cuenta de que está inquieta, parar y moverse menos.
Beber una botella y media de agua.	No beber nada.	Notar que tiene la boca seca y no beber agua.
Apoyarse en la mesa constantemente.	No apoyarse en la mesa.	Retirar la silla para no apoyarse en la mesa.
Mirar el reloj cada 5 minutos.	Venir sin reloj.	
No contacto ocular.	Incremento del contacto ocular casi todo el tiempo. Saludar al conserje.	
No subir en ascensor a la consulta.	Subir en ascensor a la consulta.	Subir por las escaleras, volverse y subir en ascensor.
Ponerse la mochila en las piernas.	Dejar la mochila en la entrada.	Querer ir con la mochila y dejarla en casa a última hora.
Evitar hablar de temas que le producen malestar. Rodeos.	Ir directo al grano.	
Anotar lo que hablamos.	No anotar nada.	Preguntar si le puedo enviar un <i>email</i> con la información y darse cuenta.

TABLA 15.7  
*Análisis funcional de los problemas de Helena*

Situaciones	Eventos privados	¿Qué haces?	Consecuencias
En clase. Con gente. Ascensores. Espacios abiertos.	Me va a dar un ataque de pánico. Me va a dar un brote y me voy a quedar loca. Me va a dar un infarto. Tengo un tumor. Me voy a quedar encerrada en el ascensor. Me voy a perder. No voy a saber llegar a casa. Se me va a olvidar dónde vivo. Ansiedad. Taquicardia. Sudores.	Ir por las escaleras siempre. Dejar de ir a clase. No salir de casa. Mirar por Internet. No salir a la calle de noche. No ir en bicicleta. Llevar siempre el móvil cargado. Ir con dinero siempre. Ir al médico constantemente. Darle vueltas (rumiar). Tomar pastillas. Ir acompañada siempre. Mandarle mensajes a su padre cuando salía de casa.	Rf + Sensación de control. Rf – Evitación del malestar. Rf + Seguimiento de reglas verbales.

En este caso clínico se registraron el número de CCR que aparecían en las sesiones, y así las CCR1 se redujeron de 25 en el pretest, a 5 en el posttest y a 2 en el seguimiento tres años después. De forma similar, en ese moldeamiento aumentaron las CCR2 desde una en pretest, a 20 en posttest y 24 en seguimiento. Finalmente, esta cliente logró retomar la vida que había dejado de hacer, recuperando las actividades valiosas como su carrera profesional, el ocio con sus amigos, volver a montarse en transporte público, acudir a clases, recuperar el sueño y no tener las compulsiones de comprobación. Aun siendo un caso crónico de más de 10 años, los efectos terapéuticos se consiguieron en seis sesiones, manteniendo los resultados en el seguimiento a tres años.

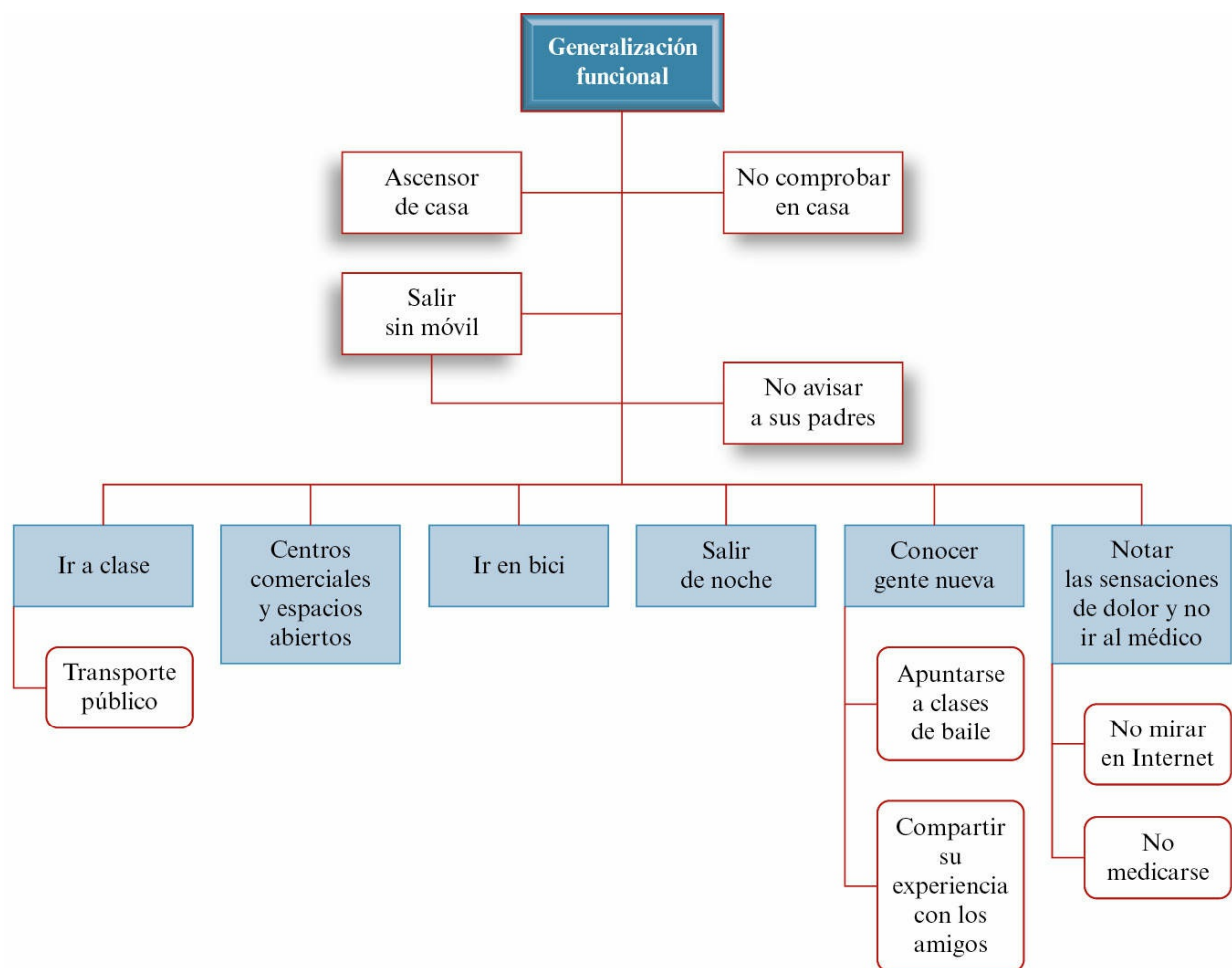


Figura 15.1.—Generalización funcional en diferentes contextos en el caso de Helena.

## 6. CASO AMANDA: PEREZA E INACCIÓN HACIA VALORES

Amanda era una chica que estaba opositando y durante algunas semanas estuvo a merced de sus pensamientos y sensaciones, procrastinando estudiar y evitando dar pasos hacia la vida que quería. Había vivido un tiempo en Reino Unido y solía hacer bicicleta en el gimnasio. Con estos datos se elaboró una metáfora, con el propósito de transferir y transformar las funciones aversivas de sus eventos privados, conectándolo con la vida que quería tener.

Tras la sesión, Amanda siguió estudiando, acordándose de la metáfora del «mal tiempo», como ella misma la llamaba, para contextualizar los días grises y lo que ella podía hacer, seguir caminando en la dirección que quería. Tiempo después aprobó la oposición y continuaba contenta y acordándose de los

procesos trabajados (como se describe en el siguiente capítulo).

TABLA 15.8

*Metáfora que conecta la historia de Amanda con la persistencia y transforma la función de evitación*

- Imagínate que tu vida depende del tiempo, y si está nublado, llueve o hace frío, te quedas en casa sin hacer esas cosas tan importantes que llevabas días planificando y que tantas ganas tenías, como por ejemplo estudiar lo que realmente quieres en la vida o hacer planes con tus mejores amigos. Entonces tu vida está al servicio de la tristeza, el malestar o las dificultades; cuando te sientes mal, dejas de hacer cosas.
- ¿Crees que los mejores ciclistas son aquellos que salen con la bici solo cuando hace sol? ¿O, sin embargo, se montan en la bici en cualquier situación meteorológica? ¿Serás mejor profesional si te paras ante la lluvia o aun con lluvia sales a hacer la vida que quieres tener, aquella vida valiosa que merece la pena ser vivida? ¿Y si la tristeza no se va en días, en meses?
- Acuérdate de cuando viviste en Inglaterra, allí llueve casi todos los días, y ¿sabes lo que hacen allí?: salen a la calle como si no pasara nada. ¿Crees que les gusta que llueva? Aun así, siguen haciendo su vida normal, porque si no, no vivirían.
- Nuestro objetivo es que hagas aquellas cosas que te propongas, aunque haya días grises y malestar. Ahora mismo hay mal tiempo, pero siempre sale el sol, aunque también se nubla. El objetivo es salir ahí fuera aun habiendo lluvia, aun estando triste, puesto que es algo que no podemos controlar, nuestros pensamientos o sentimientos, sí podemos controlar nuestros actos, que son los que perduran.
- También sabemos una cosa, y es que, si hace sol, solo se puede nublar y si está nublado que salga el sol. La vida te pondrá situaciones difíciles, entonces volverá el mal tiempo, el invierno, el frío, la lluvia o la nieve, entonces tú eliges qué hacer, porque el tiempo cambia, pero tus actos no. Nada es permanente, es lo único que sabemos. Pero tú eliges si quieres esperar a que salga el sol (estés animada) para salir a la calle o ponerte las botas de agua y salir a hacer tu vida.

## **7. CASO SOFÍA: PROBLEMAS DE AUTOESTIMA**

Los problemas de «autoestima» son el caballo de batalla de todos los profesionales clínicos. Puede ser un problema psicológico, que, aunque no esté considerado como una «psicopatología», es un problema al que se atribuyen otros problemas, y se utiliza como justificación o «causa» de porqué se hace o deja de hacer algo. Por ello, en este caso se explicita de forma clara

tanto la filosofía de trasfondo de «solucionar» el motivo de consulta más demandado de todos, normalizando el modo de gestionar esos eventos privados que forman parte del problema, que suelen denominar «autoestima», y ofreciendo claves para que esa autoestima deje de ser un problema, siendo vista como una sensación más y no la causa de lo que ocurre.

Sofía, de 22 años, acudió a consulta por problemas de autoestima, según ella misma contaba. La intervención tuvo como filosofía principal que la autoestima no necesariamente tiene que preceder a nuestros actos; al contrario, la autoestima es la suma de lo que hacemos, la consecuencia de nuestros actos, es su resultado más que su causa. Describimos a continuación, de una forma más genérica, no con diálogos exactos, cómo se abordaron las distintas preguntas y dudas que presentaba Sofía sobre la autoestima:

- *¿Entonces, si una persona viene a consulta y te pide tener más autoestima?* Es frecuente que nos pida que le ayudemos a tener más autoestima para poder conseguir determinados logros personales o realizar acciones que son importantes para la persona. Lo primero que le decimos es que a eso no podemos ayudarle, que la autoestima es el sentimiento de quererse a uno mismo y que no se pueden subir los sentimientos deliberadamente, que no existe un mando a distancia que puede elevar la autoestima al 8 si está en 5. No se pueden controlar ni los pensamientos ni emociones, por la naturaleza de las leyes del lenguaje. Por lo que hacer un cursillo teórico acerca de lo que es la autoestima difícilmente nos ayudará a largo plazo, porque la autoestima es una experiencia práctica y no teórica. Por mucho que nos cuenten cómo montar en bicicleta, uno no aprende hasta que no se monta. Pues lo mismo ocurre con la autoestima.
- *¿Entonces no puedes ayudarme a tener mayor autoestima?* No. Aunque si por autoestima se refiere a dar pasos en una dirección valiosa, una vida con significado, que merezca la pena ser vivida, aun sintiendo que no tiene autoestima, a eso sí podemos ayudarle. No podemos controlar los sentimientos, y la autoestima es la opinión o consideración que uno se tiene a sí mismo. Lo que sí podemos controlar es lo que la persona hace en su vida cuando aparece esa «baja

autoestima». Podemos ayudar a las personas a que sus vidas no estén al servicio de la autoestima, a que para hacer determinada acción valiosa la persona no dependa de si tiene o no autoestima. A dirigirse hacia aquello que es importante, aunque considere que no tenga autoestima. A que se mire al espejo y diga: no tengo autoestima, pero mi vida ha merecido la pena, he hecho aquello que quería hacer.

- *¿Cómo se mantiene la baja autoestima?* No necesitamos tener autoestima para hacer aquello que queremos. Por ejemplo, si para poder ligar con un chico o una chica necesitamos determinados pensamientos y sentimientos... en tu caso «siempre que no he tenido autoestima no he hecho aquello que quería hacer, por lo que he evitado la situación; cuando he visto a un chico que me gustaba, sentía baja autoestima y no me atrevía a decirle nada, me iba corriendo». Al final esto se convierte en una trampa: evito las situaciones que puedan herir mi autoestima, pero el coste es que dejo de hacer cosas importantes para mí. La estrategia funciona a corto plazo, aliviando el malestar que supone hacer algo que causa vergüenza, pero a largo plazo cada vez la vida está más limitada, no haciendo aquello que me importa (acercarme a un chico) y dependiente de no sentir baja autoestima para actuar. Es así como se desarrolla el «trastorno de evitación experiencial», que es un patrón rígido e inflexible que la persona tiene de relacionarse con sus experiencias internas, evitando: pensamientos, sensaciones, emociones, sentimientos y situaciones.
- *¿De qué trampa me hablas?* ¿Qué ocurre si nunca aparece la autoestima en mi vida y para mí es importante tener pareja? Puedo esperar a que aparezca la autoestima o la seguridad en uno mismo para empezar a hablarle a una chica... ¿Pero y si esto nunca aparece? ¿Dejamos de hacer lo que es importante para nosotros? ¿Y si nuestros pasos dependen de si tenemos o no autoestima? ¿Y si la autoestima aparece dando pasos hacia aquello que queremos? La autoestima es la consecuencia de nuestros actos y no al revés. Aquí estaría la trampa: es aquello que hacemos lo que tiene un impacto en nuestra manera de vernos a nosotros mismos, pero si nuestros pasos van a depender de si tenemos o no autoestima, nunca se va a conseguir. Esa es la trampa del círculo vicioso: para hacer

determinada acción necesito autoestima, pero para tener autoestima tengo que hacer...

- *¿Cómo sube uno su autoestima?* Exponiéndose a situaciones que son importantes para uno mismo. Las personas que tienen mayor autoestima son aquellas que dan pasos hacia aquello que quieren en la vida, aquello que es valioso, aquello que da sentido a sus vidas, aquello que seguirían haciendo si vivieran en la tierra de manera permanente o si le quedaran días de vida, aquellas acciones las cuales uno no quiere morir sin hacerlas. Eso reporta autoestima.

Para terminar, no sé si mejorará o no tu autoestima dando pasos hacia aquello que te importa, pero lo que sí te puedo asegurar es que habrás hecho aquello que querías hacer en tu vida. ¿Y cómo te sientes cuando haces algo que consideras importante? ¿Por qué? ¿Lo importante es tener autoestima o lo que consigues teniendo autoestima? Las personas que describen sus vidas como «felices» antes de morir son aquellas que en la vida hicieron aquello que consideraban valioso.

Por cierto, lo que perdura son las huellas de nuestros actos, las pisadas de nuestros pasos, lo que hemos hecho o lo que hicimos, no cómo nos vemos o cómo los demás nos ven a nosotros.

### TABLA 15.9 *Diálogo con Sofía*

**T:** Pongamos un ejemplo: para coger peso una persona necesita estar más fuerte, pero... ¿cómo una persona se hace más fuerte?, cogiendo peso. Para poder ligar uno necesita tener autoestima, ¿cómo consigue autoestima?, exponiéndose a esas situaciones que son importantes, al igual que uno se hace más fuerte cogiendo peso.

**C:** Ya, ya, eso parece muy fácil, pero ¿y si fracaso?

**T:** Llevas razón. Es mejor que te quedes en casa pensando en cómo te gustaría vivir la vida, qué te hubiera gustado haber hecho o qué te gustaría hacer, admirar a la gente de la tele o vivir una vida incompleta. Hagas lo que hagas, lo vas a pasar mal, pero tú eliges qué merece más la pena, si quedarte con: ¿y si lo hubiera intentado?, o con: hice aquello que quería hacer, aquello que daba sentido a mi vida, aunque fracasé, pero si volviera a la misma situación, haría lo mismo que hice.

**C:** Nuestra mente nos sabotea y vienen pensamientos que nos dicen: y para qué vas a



hacer eso, te vas a sentir idiota, tú no eres capaz, eres un inútil, no vas a poder, eres feo, van a pensar que estás haciendo el ridículo, mejor no lo hagas, etc.

T: Pero... ¿cuántas veces te han venido los pensamientos de que no ibas a ser capaz y finalmente lo conseguiste?, ¿a quién le vas a hacer caso, a tu mente o a tu experiencia?

## 8. CASO MARÍA: ROL DE ENFERMO

María tenía 70 años y acudió a la primera y única consulta por petición unánime de sus familiares. Se negaba a colaborar y, previamente, la reunión que tuvimos con la familia dieron algunas claves importantes para comprender la situación. Presentaba un rol de enfermo, con ganancias secundarias, es decir, obtenía beneficios de la queja constante y la inactividad. El entorno mantenía este comportamiento, por lo que se dieron pautas a los familiares para alterar las consecuencias, cuando ella se quejaba de que nadie le prestase atención. Asimismo, se realizaron algunos movimientos estratégicos en la sesión, aunque algo contundentes, pero conociendo la función exacta de lo que se estaba haciendo en cada momento: derivar funciones aversivas a la queja y a su comportamiento actual. Se trataba de promover un cambio hacia sus valores familiares y hacia vivir. Todos sus comportamientos tenían la misma función: no ser responsable de lo que le pasaba, victimizar y tener el rol de enfermo para que los demás le prestasen atención. Quizá habría sido una forma de pararse, de buscar apoyo, afecto y cariño. Esta actitud no se juzga, seguramente necesitaba en su vida ese apoyo y cariño, sino que se trataba de modificar el patrón de comportamiento que había adoptado para conseguir eso, con el consiguiente malestar que esa actitud provocaba en toda la familia.

TABLA 15.10  
*Diálogo con María*

C: Antes salía, cuando mis hijos eran pequeños, a hacer los recados, comprar. Trabajaba mucho.

T: ¿Desde cuándo te encuentras mal?

C: Mucho (yo tengo la memoria muy mal).

T: ¿Y ahora qué haces?

C: A las 9:00 de la mañana me levanto.  
T: ¿Y qué haces?  
C: Las tareas, limpiar, lavar, aunque viene una muchacha y limpia. Ahora lo compra todo mi marido (yo no puedo cargar), pero mi hijo Emilio le ayuda a su padre. Mi marido cocina en casa, a él le gusta.  
T: ¿Y después de comer, qué haces?  
C: No puedo salir a la calle, tengo muchos dolores.  
C: No sé de qué me salen las manchas...  
T: Yo sí, demasiado tiempo en casa. Es normal que te salgan manchas.  
T: ¿Sabes lo que puedes hacer? Estar en la cama y te mueres antes y listo, se acaban los dolores. Con el dolor uno se muere y no hay dolor, si el problema es ese.  
C: Es que me encuentro tan mal... sufro mucho.  
T: Si yo le preguntara a tu familia que piensan de ti, ¿qué me dirían?  
C: Ellos están cansados de verme mal.  
T: Así todo el día, no hay quien aguante. Todo el día quejándote... Llevamos 15 minutos y no te has parado de quejar, me imagino que a lo largo de un día tiene que ser horrible...  
C: Es lo que ellos me dicen también, llevan razón.  
T: ¿Se quitan los dolores quejándote? Lo normal es eso, a más años, más dolor. Pero la vida te pregunta: ¿te vas a quejar o vas a vivir? Si uno deja de vivir o sigue viviendo.  
C: No puedo salir...  
T: ¿Te ata el dolor a casa?  
C: Me come el dolor. Hay otras personas que tienen más suerte...  
T: ¿Cómo te gustaría que te recordaran tus hijos y tus nietos cuando no estés? ¿Te gustaría que los últimos años de vida que te queden te recordaran quejándote?  
C: No me gustaría.

María se comprometió a seguir acudiendo a terapia, pero el día antes llamó para anular la cita. Se mantuvo el contacto con la familia durante un largo periodo de tiempo y mejoró su conducta en tan solo una sesión. No obstante, hay que tener en cuenta que el ambiente fue determinante aquí para que comenzaran los cambios, dado que el entorno estaba manteniendo el problema. Durante este fragmento del diálogo la cliente pudo dar cuenta de los intentos fallidos por procurar resolver el problema, además de contactar con sus emociones como motor para el cambio, debido a la importancia y distanciamiento que se estaba produciendo en la familia. Habría sido relevante continuar las sesiones para hacer más cambios, pero se sabía que con mucha probabilidad solo iba a venir a esta sesión, por ello se hizo tan explícito todo este proceso, bloqueando y planteándole estimulación aversiva.

## 9. RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA EL TRABAJO DEL PSICOTERAPEUTA

Es casi obligatorio contar con un proceso de supervisión tanto personal como profesional, crear una red de compañeros siempre ayuda en los primeros casos que vamos teniendo, se pueden compartir los atascos, dudas, momentos de resistencia por parte del cliente, limitaciones personales, etc., además de trabajarse a uno mismo o de pulirse día a día, vigilando, observando nuestro cuerpo y nuestros propios pensamientos y emociones ante la interacción con el mundo, especialmente con los demás. Si vigilamos ambas partes, estaremos en una dirección adecuada. Estas podrían ser algunas indicaciones (sin ser reglas) que pueden resultar útiles:

- *Es obligatorio el cuidado personal.* No leer solo de psicología, no tener solo amigos psicólogos, no hablar siempre de los mismos temas, cuidarse implica aprender a desconectar y ser congruente también con las indicaciones que les damos a los clientes en muchas ocasiones, aprender a estar en la vida en la que queremos y si necesitamos hacer cambios, estar en esa dirección al menos. Esto no quiere decir que el psicólogo o la psicóloga no debe tener problemas; al contrario, generalmente se nos acusa de «enfermos mentales», pero no le hagamos caso a tal aseveración, quiere decir que hay que ser consciente de nuestra historia personal y estar en el camino de mejorarnos.
- *Ver a otros terapeutas en consulta o ser coterapeuta.* Nos va a ofrecer desprendernos de miedos, de cosas que dábamos por hecho y luego no eran así, además servirá para acumular mucha experiencia en poco tiempo. Es la mejor forma de empezar a tomar contacto con la realidad clínica y paso a paso ir independizándonos.
- *Derivar clientes cuando sea necesario.* Lo ideal es aprender a ir más allá de nuestra zona de confort para instruirse, siempre y cuando se pueda ofrecer un servicio profesional y no me impida ayudarle a vivir la vida que quiere. Si derivamos rápido, al final acabamos siempre con el mismo tipo de clientes y es probable estancarse al no extendernos como profesional. Aprendemos de los retos y de intentar superarlos. No

obstante, si vemos que no podemos ocuparnos en este momento de determinados casos, es imprescindible ser honesto con nosotros mismos y con los clientes.

- *El miedo no se va a ir.* Lo siento mucho (bueno en realidad no lo siento), es natural, si te importa algo, duele y si no duele, quizá no importe. Tendrás que exponerte a tus primeros casos con miedo; en la medida que lo vayas haciendo, el miedo se irá haciendo más pequeño, pero quizá nunca se vaya del todo. Esto querrá decir que estás donde quieres y te importa tu trabajo. Sin embargo, el miedo deja de ser molesto cuando aprendemos a ser amigo de él, entonces deja de limitarnos y empiezan a ocurrir cosas maravillosas. Pero la experiencia viene de la práctica y de los errores, hazlo con cautela y con algún paracaídas, pero hazlo.
- *En la primera sesión no tengo que olvidar que soy un humano.* Lo primero es generar un vínculo con esa persona que viene sufriendo a ver a un desconocido, no nos olvidemos de entablar una conversación que sea reforzante, afectuosa, de manera estratégica y natural, ayudar al cliente con un propósito a través de nuestro propio comportamiento. Una vez se sienta más cómodo, podemos empezar con nuestras preguntas de psicólogo y delimitar el motivo de consulta, pero dar un margen para ir quitando «capas de cebolla» en todo su repertorio.
- *Cree en lo que haces y en tu modelo.* Es común ver frases como: sé tú mismo, pero creer en lo que haces no quiere decir hacer las cosas con seguridad, eso vendrá luego, creer en lo que hago es ser coherente con mis principios como ser humano, que se alinean con una verdad que acontece delante de mis ojos. Quiere esto decir que tenemos que confiar en las estrategias que usamos, porque estamos fundamentados en ellas, la hemos probado con nosotros mismos, con los demás y funcionan, además de creer por dentro que el modelo y lo que hago le da sentido a mi vida, tanto a nivel personal como profesional.
- *Congruencia y autenticidad.* Ser congruente, consciente de nosotros mismos, estar en el presente, acoplarme y acompasarme al cliente de forma orgánica, conocer nuestras emociones, nuestra historia, encarnar aquello que explicamos con la conducta que ofrecemos día a día. Esto

quiere decir ser natural y no hacer un papel en sesión, forzando algo que no somos. Tampoco quiere decir que no podamos mejorarnos y trabajar en una dirección entrenándonos en determinadas habilidades que no poseemos, pero en la medida de lo posible encajar las habilidades con nuestro propio estilo. Hay que tomar estas palabras de forma flexible, tampoco quiere esto decir hacer siempre lo que queremos, solo adaptarnos al contexto siendo congruentes con cómo vivimos. El trabajo será un área más de nuestra vida y se traducirá si estamos bien con nosotros mismos. Si esto no es así, tengo que detenerme en la calzada y tomar otras opciones.

# 16

## El proceso terapéutico en primera persona

«Cuando dejamos que nuestra propia luz brille, inconscientemente damos permiso a otras personas para hacer lo mismo.»

NELSON MANDELA (1918-2013)

Este capítulo intenta ofrecer una perspectiva honesta de 360° sobre las vivencias de los clientes durante el transcurso de la terapia FACT. En otros capítulos del libro se han recogido, por un lado, las bases de las terapias contextuales, tanto los antecedentes históricos como del material que está «hecha» la terapia, hasta cómo se abordan los casos. Ahora se muestra cómo vive en primera persona el cliente la relación con el profesional y el proceso. Se han delimitado cuatro preguntas que consideramos fundamentales para reflejar la experiencia de los clientes, al hilo conductor de la intimidad como proceso clave y mecanismo de cambio para esclarecer los elementos que han podido facilitar el cambio. Aunque parezca un capítulo de marketing o autopromoción, realmente el propósito ha sido clarificar el impacto de la intervención en términos de calidez humana del terapeuta y saber qué recursos han sido los más importantes, incorporándolos a sus vidas tras la terapia. Además, es un reflejo también del ejercicio de «carta final de despedida» que se utiliza en FAP como forma humana y emocional de poner punto final al proceso terapéutico (Tsai et al., 2017; Valero y Ferro, 2018).

Los criterios de inclusión al seleccionar los comentarios de los clientes han sido: haber realizado al menos seis sesiones con FACT, haber realizado el seguimiento a los tres meses, seis meses y un año, además de que los cambios se sigan manteniendo a esos plazos. Se han recogido literalmente los testimonios de varios clientes tras realizar el último seguimiento, algunos de

ellos a los cinco años y algunos todavía concluyendo el proceso. Se han incluido tanto hombres como mujeres, en un rango de edad comprendido entre 18-50 años. Cada pregunta va seguida de las correspondientes respuestas de ellos de forma correlativa, preservando el anonimato con otros nombres.

Este apartado no tiene la pretensión de ser una prueba de la eficacia de FACT, para eso están las investigaciones formales y los datos contratados, sino dar un testimonio de las íntimas relaciones que se establecen durante la terapia y recoger también las opiniones de los propios clientes sobre cómo ha sido ese proceso, qué han valorado más, qué les ha servido más, qué factores o interacciones con el terapeuta consideran que les han cambiado más, etc. Habitualmente los estudios sobre eficacia de las psicoterapias se centran en los datos cuantitativos, en la significatividad estadística, sin considerar que un cambio significativo en los resultados de un cuestionario puede no tener ninguna significatividad clínica, puede que al final la terapia no haya conseguido cambiar la vida o los problemas de las personas, solo cambiar los datos en un autoinforme verbal. La investigación clínica debería también tener en cuenta los cambios clínicos (Barlow, 2011; Kazdin, 2003), los cambios fuertes en la vida del individuo, la resolución final de los problemas que venían a consulta, considerando en esa evaluación la información *a posteriori* que los propios clientes proporcionan y sobre dónde consideran que ha ocurrido el cambio y por qué.

Este capítulo recoge la importancia que los profesionales de la salud mental tienen para mejorar la vida de las personas a largo plazo y destacar las variables que, según su opinión, han tenido mayor trascendencia en ese cambio. Las preguntas clave han sido las siguientes: «¿cómo fue la relación que estableciste con tu psicólogo y qué te ha marcado más?», «¿qué fue para ti lo más útil durante tu proceso en terapia?», «¿qué sigues teniendo hoy día presente de la terapia y qué crees que ha hecho posible el cambio?» y «¿cómo de diferente te ves después de la terapia?».

Finalmente, ha sido emocionalmente difícil excluir y seleccionar los casos más representativos del estilo y esencia de la terapia FACT que se ha plasmado en este libro. De los más de 1.000 clientes que han pasado por la consulta e investigación, mi gratitud infinita hacia todos ellos y los que no se han podido recoger por motivos de extensión.

## 1. ¿CÓMO FUE LA RELACIÓN CON TU PSICÓLOGO Y QUÉ TE HA MARCADO MÁS?

**Antón.** La relación con mi psicólogo fue y es estrecha. Se puede decir que empezó siendo relación psicólogo-cliente, pero, después del alta, mantenemos el contacto y no solo para superar alguna que otra crisis sino para saber el uno del otro. Se podría decir que mantenemos una relación de amistad después de acabar la terapia. Lo que más me marcó, y tenía experiencias con muchos psicólogos y terapias, fue su credibilidad. Es un terapeuta que te hace creer en su terapia porque la ves vivenciada en él. Además, resaltaría, entre miles de aspectos positivos, esa sensación de paz interna que desprende, su rapidez mental para «bloquearte» o «hacerte cuestionar» pensamientos que te rumian durante la terapia, también su disposición total hacia mí y mi evolución. Incluso quedamos para ir a la montaña (afición que ambos tenemos) como parte del tratamiento... Su labor profesional es tan remarcable porque es su vocación, y si a eso le unes que le gusta colaborar y ayudar a las personas, pues te encuentras con un gran profesional de la psicología y una gran persona, y para el cliente es una gran suerte encontrar ese cóctel en un psicólogo.

**Imanol.** Para mí lo más importante desde la primera sesión fue el trato tan cercano que me proporcionó mi psicólogo. Fue como tratar con un igual, como con un amigo que te escucha, alguien a quien tienes ganas de ir a ver porque te proporciona tranquilidad, apoyo, confianza y sin que por ello se diluyeran los roles de cliente-terapeuta. Durante la terapia lo que más me marcó del vínculo con mi terapeuta fue sentir que podía contar con él, más allá de la mera consulta, y tener la posibilidad de contactar con él a través de una llamada o de WhatsApp en caso de necesidad o para realizar un seguimiento. Posteriormente a la terapia también ha sido muy importante poder seguir contando con él y saber que está ahí para ayudarme si lo necesito o, simplemente, poder contarle cómo estoy, compartir alguna reflexión, etc.

**Esther.** Desde el primer momento fue una relación cómoda, sencilla, como entiendo que tienen que ser las relaciones que nacen con vocación de dejar huella. Con un lenguaje y un tono sereno, sin grandilocuencias y dando cabida siempre al «silencio». No fue mi primer psicólogo, pero sí el que permanece. Me marcó su postura neutra y esa forma sutil de hacerme reflexionar sin



ejercer ningún tipo de control sobre mí o mi conducta. «El no juicio».

**Adolfo.** Mi relación ha sido muy buena en lo personal y profesional. Supongo que hubo algún tipo de conexión espontánea. ¿Por qué surge esa conexión? Sinceramente no tengo ni idea, pero la conexión se manifestaba o, por lo menos, así lo interpreto *a posteriori* con cierta admiración (chaval tan joven y doctor... jo, este tío habla idiomas y viene de otro país...) y posiblemente en algún sustrato emocional que compartimos. Sea como sea, nos llevamos bien y eso, indudablemente, ayuda en el proceso terapéutico.

**Dani.** Mi relación diría que fue transparente. Siento que conectamos desde el primer momento, ya que me sentí comprendido y arropado desde primera hora. La entrega en su trabajo, su presencia, su claridad y su sabiduría es lo que más me marcó de él y lo que más me marcó de mi vínculo con él.

**Lolo.** La relación que establecí con mi psicólogo fue siempre cordial. Todo empezó encontrando que era una persona muy correcta y atenta, pero terminó con un trato muy cercano. Continuó y así sigue siendo. Ha pasado de ser un terapeuta a ser un amigo, una persona de las que siempre están ahí. Y eso lo ha demostrado ayudando profunda y desinteresadamente a las personas que más me quieren. Lo que más me ha marcado de mi vínculo con él es la paz que transmite.

**Israel.** Pues la relación fue genial. Desde el primer momento que entré a la clínica sentí una vibración buenísima, una vibración de paz, seguridad, y simplemente vi la entrada, imaginaos cuando pasé a la consulta. Nada más entrar recuerdo ver su ordenador, unos caramelos, un vaso de agua y, lo que más me impactó, ver a la persona que me ayudaría a coger el camino correcto, para que todo fuese mejor. Pero bueno, resumiendo, mi relación con él es de diez, y lo que más me ha marcado de mi vínculo con él ha sido esa cercanía, su preocupación por saber qué tal vas con los ejercicios que te recomienda, esa tranquilidad que transmite, que te entran ganas de estar todos los días en la consulta, porque sientes que ahí todo va a ir bien. Pero bueno, la solución estaba en los ejercicios y la voluntad por querer crecer psicológicamente y hacerte fuerte.

**Sandra.** Muy cercana. Me sentí cómoda desde el primer momento. La sensación durante las sesiones era de seguridad y confianza, de poder expresar libremente cualquier pensamiento y/o sentimiento que no había sido capaz de

verbalizar con otras personas. Me transmitía serenidad. Lo que más me marcó fue la cercanía. En mi cabeza estaba la idea de que la relación con el psicólogo debía ser buena y de confianza, pero que habría cierta distancia entre ambos. Desde la primera sesión me quedé con ese sentimiento de cercanía y calidez. Me hacía sentir muy cómoda y eso ayudó en terapia para que pudiera expresar todo sin reparo.

**Curro.** Desde el principio noté cercanía y tranquilidad, lo que me hizo estar relajado desde el primer momento. Me impactó un poco su juventud, pero conforme iban pasando los minutos me di cuenta de que no existía ese vínculo médico-cliente, sino que más bien era como si fuera una relación de amigo a amigo.

**Pedro.** Mi relación fue muy buena, de total confianza, a diferencia de otros psicólogos con los que he tratado, sentí un *feeling* especial desde el primer momento y eso ayudó mucho. Lo que más me ha marcado es ese vínculo especial, sentía que podía/quería quedar con él más allá de las horas de terapia, de una forma más distendida o diferente a la relación psicólogo-cliente.

**Juan.** Fue una relación de ser humano a ser humano, más que de autoridad profesional a cliente. A medida que pasa el tiempo la marca es mayor.

**Carlota.** La relación que establecí fue muy positiva, cercana y de gran ayuda. También hubo momentos en los que sentí que se reflejaban muchas cosas de mis otras relaciones con él, lo que me ayudó a sanarlas y a saber reaccionar y gestionarlas de una manera más adaptativa. Me marcó mucho la sensación que me transmitía de sentirme en un lugar seguro en el que podía abrirme sin juicios y en el que se tenían en cuenta mis emociones sin rechazarlas. Además, su disponibilidad ante mis crisis y recaídas en las que me ayudaba a «subir la montaña» fueron muy importantes para mí.

**Marín.** La relación con mi psicólogo desde el principio fue muy buena. Destacaría la conexión personal que tuvimos entre ambos. Me fascinó su forma de interpretar la vida y cómo llegar a conseguirlo. Me marcó la serenidad y paciencia con la que me guiaba y las sesiones cargadas de conocimientos y experiencias. Enseguida descubrí que era posible caminar junto a él y que podría ayudarme a afrontar mi sufrimiento y a alcanzar la forma de vida que quería para mí.

**Javier.** La cercana relación, edad similar, amena interacción. No sabría decir exactamente qué, pero la cercanía profesional y el trato me llamaron mucho la atención.

**Sebastián.** Acudir a terapia fue un proceso muy complejo, a la vez que necesario, por lo que desde la primera sesión establecer una buena relación fue clave para avanzar. Sentí que trabajábamos juntos, además de empezar a valorar nuevas alternativas en busca de experimentar un gran cambio en mi vida. Fue muy importante que desde el primer instante empezásemos a conocernos bien entre nosotros, e incluso a mí mismo. Para ello elaboramos un «jardín imaginario» donde las diferentes «parcelas» de este significaban aspectos de mi vida (familia, estudios, amigos, pareja, etc.), de los cuales, en ese momento, algunas parcelas del jardín eran más «regadas» que otras. Es por eso que, desde ese mismo instante, trabajar sobre aquellas áreas fuese importante para avanzar en el cambio.

**Alberto.** Ha sido una relación bastante cercana y positiva, que ha supuesto un pilar importante en mi vida, ya que la ayuda profesional se ha convertido en una amistad en la que he podido expresar mis problemas personales y sobre todo sentirme comprendido y apoyado. En este vínculo ha sido fundamental la conexión entre mi psicólogo y yo en diferentes aspectos en común como gustos, motivaciones, puntos de vista, lo que ha reforzado bastante nuestra relación y ha servido para abrirme más y que esta perdure.

**Alfredo.** Aún no veo un pero en su perfil profesional, me parece una maravillosa persona que tiene muchísimo que ver en el buen estado que atravieso en los últimos meses. Siempre me ha parecido una persona cercana, que ha empatizado conmigo desde el minuto uno, que sabe muy bien escuchar y que me ha ayudado y sigue haciéndolo una barbaridad. Como le dije hace bien poquito, creo que gracias a él soy una mejor persona. Un tío de diez. Una alegría que, su compañero, me facilitara su contacto y también, no sé si achacarlo al destino, casualidad o qué, no fue el único contacto que me pasó su compañero (el psicólogo que nos ayudaba con terapia de pareja a mi novia y a mí), pero sí con el que, simplemente, a través de un par de wasaps, noté más *feeling*. De esto hace más de un año y qué cambio abismal ha habido en mi mente y mi persona de aquella fecha a ahora...

## 2. ¿QUÉ FUE PARA TI LO MÁS ÚTIL DURANTE TU PROCESO EN TERAPIA?

**Antón.** Volvería a excederme en mi respuesta porque fueron muchas cosas, pero señalaría entre las más útiles durante la terapia que me enseñó a parar de pensar, a que la cabeza no pensara en las experiencias pasadas, a que viviera el presente sin estar evaluando esas situaciones en el pasado. En todas las terapias que había seguido anteriormente sobre todo trabajamos el pasado (experiencias, traumas...) y este otro tipo de enfoque me ayudó muchísimo. Durante el proceso de terapia también sufrí alguna crisis y también fue muy útil el aprender a observar los síntomas o reflejos que se daban en mi cuerpo, a aceptar el miedo (la ansiedad y el pánico) que esos síntomas producen y que al darles tanto poder se acrecentaban y, en cambio, observando el cuerpo y dejándolos estar, junto a la atención en la respiración, todo acababa antes y sin tanto sufrimiento. Ahora mismo llevo meses que, de tanto aceptarlos, han llegado a desaparecer y lo mejor es que si vuelven tengo las herramientas que me proporcionó la terapia para aceptarlo y no llegar a un estado mental de sufrimiento.

**Imanol.** Es difícil ser específico aquí porque en general todos los nuevos conocimientos y ejercicios que aprendí desde el primer día de terapia fueron útiles. Cada uno contribuyó como una pieza más del proceso. En cuanto a los conocimientos, comenzar a entender el significado y la importancia de la aceptación fue algo radicalmente nuevo y transformador para mí. Que mi psicólogo me dijera el primer día que estaba perfecto que estuviera sintiendo todo lo que sentía fue realmente chocante (yo creía que iba al psicólogo a que me «curase» de esas sensaciones), pero sin duda el inicio del cambio. Fue muy importante que me enseñase a no enredarme en mis pensamientos mediante la toma de consciencia cuando estos suceden, para acto seguido volver al presente; y mediante la formulación de autopreguntas a las que tenía que responder únicamente con sí o no. También fue clave para mí entender que todo lo que me estaba sucediendo era un proceso y que no había algo que tuviera que ser «superado», sino que hablamos de una «línea» de vida continua que a veces es más cuesta arriba y otras cuesta abajo, y que todo lo que nos pasa va en nuestra «mochila». Asimismo, fue importante aprender que

los bajones y subidas que uno tiene son como un ciclista que cae y se levanta, al principio le cuesta más, luego se levanta cada vez más rápido. Otro aspecto relevante a lo largo de este proceso fue aprender a que no tengo que hacer nada con los pensamientos que vienen, sino aceptarlos como son, a eliminar el control mental, a continuar con lo que quiero o considero es valioso en mi vida independientemente del contenido mental. También la importancia de aceptar que a veces hay que permitirse tener un mal día. Igualmente, útiles fueron las metáforas aprendidas, como la del autobús que uno conduce en el que hay que permitir que suban los miedos, pero sin hacer lo que ellos te dicen, la visualización de vídeos como el del samurái y la mosca, el de Buda y su discípulo, etc., así como los audios de meditación guiada.

Uno de los aspectos para mí más necesarios e importantes fue poder contactar con mi terapeuta entre sesiones para hacer seguimiento o en caso de extrema necesidad. Sus audios a través de WhatsApp y las llamadas me ayudaron mucho a reforzar las claves de esta filosofía, y me ayudaron mucho a sobrellevar alguno de los momentos más difíciles.

Otro aspecto crucial para mí fue leer y aprender sobre la filosofía de la terapia en paralelo a las sesiones. Leer también me ayudó mucho a sobrellevar los momentos más difíciles, y a la vez me permitía reforzar la nueva filosofía que estaba aprendiendo. La práctica de ejercicios también fue determinante, aparentemente tan sencillos, pero que poco a poco me fueron ayudando a estar más en el momento presente, a tomar conciencia de mi cuerpo y sus sensaciones, y lo más importante, a ser consciente de mis pensamientos y convertirme en un observador de mi mente. La meditación fue crucial, para mí se convirtió en la base que sustentaba al resto de prácticas de la terapia. También muy importante el ejercicio del «objeto» que te sacas de dentro, y el observar los papeles escritos con los miedos, pues me ayudó a sobrellevar los episodios más difíciles.

**Esther.** Aprender a aceptar, incluso aceptar que a veces no funciona ese aprendizaje y que todo depende de los múltiples factores de nuestro contexto. Sentirme más libre y menos juiciosa, para elegir las parcelas de mi vida que más quiero regar y donde más necesito estar implicada.

**Adolfo.** Lo más útil han sido las meditaciones, sin duda. Y el hecho de conectar y a veces llegar a aceptar lo que hay dentro de mí.

**Dani.** Sinceramente, absolutamente todo me fue muy útil, ya que venía de estar muy perdido en mi vida y el psicólogo puso la luz en mi interior. Si tengo que destacar algo sería los libros que me recomendó, el cambio de perspectiva hacia una vida arraigada en el presente y la práctica de la meditación hasta convertirlo en hábito.

**Lolo.** Lo más útil no fue un solo factor. Fue útil aprender a meditar y llegar a convertirlo en rutina que formó parte de mi vida. Fue útil, y lo sigue siendo, aprender a controlar la respiración abdominal. Fue muy útil saber que no soy lo que pienso, saber que lo cognitivo no es más que eso, algo que pienso, que yo mismo puedo elegir qué pensar y que de esos pensamientos soy yo dueño y controlador, no son ellos los que me controlan a mí. Me fue muy útil la bibliografía que me ha recomendado (o incluso regalado), la seguridad de unos conceptos tan naturales como necesarios. Me es útil para muchos aspectos de la vida diaria, así como para la educación de mis hijos, persiguiendo siempre que crezcan sin miedo. Guiarlos para su formación como personas es algo mucho más pleno de lo que nos enseñaron en nuestra infancia, sin descartar lo bueno de aquello.

**Israel.** Realmente, como he comentado en la pregunta anterior, los ejercicios que me recomendaba, si los haces como él te dice, le pones ganas, y los entrenas día a día, te aseguro que todo irá mucho mejor. Y por supuesto no callarte nada de lo que sientas o pienses, tienes que soltarlo todo, para que la persona que quiere ayudarte pueda entenderte mejor, y así llegar juntos a la cima de la montaña de forma más rápida y fácil.

**Sandra.** Tomar consciencia. Ser capaz de ver las cosas desde un punto de vista más objetivo y no aferrarme a ellas, sino saber dejarlas estar y soltar lastre, mucho. Por otro lado, me facilitó mucho la toma de decisiones y poder actuar, pues en ese momento estaba «paralizada».

**Curro.** Una de las cosas que más me sirvió en mi proceso de terapia creo que fue la forma de encauzar el problema, la perspectiva que me daba de mi estado y la manera de afrontar el comienzo de mi recuperación. Fui dejando poco a poco la medicación, me propuso una serie de ejercicios de visualización y meditación, y me daba otro punto de vista.

**Pedro.** Conseguir librarme de muchos lastres, aprender a observar dentro y fuera de mí, saber discernir entre lo que quiero yo y lo que quieren los demás,

aprender a meditar.

**Juan.** Conocer el funcionamiento de la mente humana. Adquirir nuevos conocimientos me situó en la rampa de salida para convertirme en un ser cada vez más libre.

**Carlota.** El enseñarme a «regar siempre mi jardín», independientemente de cómo me sintiese emocionalmente. Antes me dejaba llevar por cómo me sentía y si notaba tristeza o ansiedad automáticamente, dejaba de lado las cosas que eran importantes para mí y evitaba esas emociones. El enseñarme a no controlar y aceptar mis emociones fue lo más útil que he aprendido jamás (aunque también lo más difícil). La meditación me ha ayudado mucho para este fin y he conseguido mayor autocontrol y saber relacionarme con mi mente de otra manera. Antes vivía creyendo todo lo que mi cabeza me decía... ahora me siento más libre, yo no soy lo que mi mente me dice, y por consiguiente no le hago caso cuando me dice que no sirvo para algo, que no hago las cosas bien, que nadie me va a querer, etc.

**Marín.** Lo más útil es que las sesiones se prolongaban en el día a día a través de los distintos ejercicios, meditaciones, reflexiones. Siempre intentando buscarme a mí mismo a través de ellos y esforzándome por conseguir que volvieran a aflorar en mí los valores que siempre he tenido.

**Javier.** Lo más útil fue la filosofía de la terapia, la meditación, el aprendizaje a convivir con los problemas. No utilizar diversas estrategias para solucionar el problema, como el deporte. A largo plazo va cobrando más fuerza aún lo trabajado en terapia. Me ha sorprendido estar tan bien en el confinamiento.

**Sebastián.** Durante el proceso me di cuenta de que evitar aquello por lo que sufres no te lleva a ser lo que quieres ser, si es que detrás de ese sufrimiento se encuentra aquello que quieres alcanzar. Digamos que evitar me ha llevado a multitud de ventajas, pero todas a corto plazo, lo cual es algo que verdaderamente ha marcado. Evitar el sufrimiento me ha dirigido a sentir un pequeño placer por soslayar aquel proceso que consideraba aversivo. En otras palabras, a corto plazo evitar implicaba «poner una tirita», pero que más tarde no sanará la herida, es por eso que aprendí durante el tiempo en terapia que quizá era necesario aceptar que ese sufrimiento forma parte del camino para llegar a aquello que quería conseguir. Esto es algo que en la actualidad sigo

teniendo presente todos los días, por lo que aprender y aceptar que el sufrimiento forma parte del proceso es clave para afrontar cualquier objetivo. En todas las sesiones es algo que hemos trabajado mucho, y lo considero muy útil y necesario.

**Alberto.** Principalmente me han sido de gran utilidad los consejos, técnicas, orientaciones que me han ayudado a afrontar mis problemas y a superar las dificultades. En particular hay dos claves que han potenciado bastante mi progreso: la respiración, como forma de compresión y aceptación de mis pensamientos (ya sean negativos o positivos) y la sinceridad mostrada por ambas partes. También de gran importancia me ha sido la perspectiva de visualizar mis metas futuras y trazar o enfocar el camino a seguir para que estas se cumplan y no descuidar aquello que valoro.

**Alfredo.** Creo que me sería imposible nombrar tan solo una cosa como lo más útil, pero intentaré dar únicamente dos: ese no huir ante pensamientos o situaciones que incomodan, sino «enfrentarme a ellos» (algo que yo había interiorizado al verlo en numerosas ocasiones en comportamientos paternos), y esa técnica de darle forma, color y ubicación a sentimientos de ansiedad, moverlos a encima de la mesa, ponerlos en el suelo... con la única pretensión de hacerme ver que yo hago con ello lo que quiero y que soy 30 veces más grande y fuerte.

### **3. ¿QUÉ SIGUES TENIENDO HOY DÍA PRESENTE DE LA TERAPIA Y QUÉ CREES QUE HA HECHO POSIBLE EL CAMBIO?**

**Antón.** Pues por lo dicho antes, tengo presentes tantas cosas. La práctica del estar en el momento presente es algo que he introducido como uno de mis hábitos cotidianos que en terapia aprendí y que me ayuda muchísimo en mi vida. Tengo presente todo lo que trabajamos. A través de la terapia en mi vida se produjo una fuerte transformación, la cual ahora autogestiono de igual manera, principalmente porque, en parte, aprendí a parar los pensamientos del ego, el cual me ponía las trabas y los miedos que hacían que no tuviera una vida más libre y plena. Para que este cambio vital se produjera se conjuntaron varios factores. Un gran profesional de la psicología: creíble, coherente, bien formado, un buen guía. Después, una terapia acorde a mis necesidades, con un



enfoque de aceptación y que no busca respuestas ni porqués, que te ayuda a parar el ajetreo mental y te hace ver lo fácil que es vivir en plenitud, si identificas y abandonas muchas ideas que uno tiene como dogma vital y simplemente se deja llevar por la aceptación. Y, finalmente, también hizo posible este cambio mi propia actitud de querer trabajar para cambiar, porque llegué a la terapia harto de que mi miedo a los ataques de ansiedad y de pánico paralizaran cada vez más las parcelas enriquecedoras de mi vida.

**Imanol.** En general, tras la terapia todos los conocimientos destacados anteriormente siguen viniendo a mi mente en momentos concretos, cuando alguna situación me pone a prueba y tengo que aplicarlos. Sin duda, un aspecto clave para mí, que me ayuda a seguir consolidando el cambio, es entrenar cada día la capacidad de observar mis pensamientos, de hacerme consciente de ellos, de dejarlos como están sin identificarme con ellos. También entreno el dejar de discutir con mis pensamientos cuando algo no sale como quiero y siento la necesidad de repetirlos compulsivamente. Cuando tengo sensaciones desagradables, trato de permitirlos y dejarlos como son.

Por otra parte, entreno siempre que puedo el estar en el momento presente, anclándome en la respiración, en los sonidos, en las sensaciones de mi cuerpo y en la tarea que estoy haciendo en cada momento. Todo lo anterior lo sustento además en seguir aprendiendo de esta filosofía a través de la lectura de libros afines y en la práctica de la meditación casi a diario.

**Esther.** Para mí la diferencia está siempre en los pequeños detalles y eso es lo que posibilita el cambio. Hay una serie de ideas básicas que ahora siempre tengo presentes, frases sencillas que se han convertido en potentes herramientas para mí, sobre todo en momentos de conflicto. Me vienen a la cabeza esos relatos o historias que me contó mi psicólogo que me ayudan a volver a la conciencia. Y, sobre todo, lo que creo que más evidencia el cambio es la flexibilidad, ser menos controladora de mis emociones y, en general, de lo que me rodea porque he aprendido a focalizar mi atención en el momento presente.

**Adolfo.** Siento que sigo en el proceso y por tanto no puedo decir nada concluyente todavía. Pero el simple hecho de haber vuelto a hablar de mis emociones y el abrirme a ellas me recuerda a diario la importancia de ese «ejercicio».

**Dani.** Como digo, el psicólogo puso la luz en mi interior y en todo momento me hizo consciente de que el camino no había hecho más que comenzar. Él me preparó para que siguiera mi camino yo solo, y lo que siempre me ha acompañado desde aquel momento ha sido el hábito de la meditación, el cual comencé con él. Por tanto, esta práctica y vivir alrededor de ella es lo que sigo teniendo presente hoy día después de casi tres años.

**Lolo.** Lo que ha hecho posible el cambio ha sido su modo de trabajar y lo que él transmite. Desafortunadamente, no puedo hablar de un profundo cambio porque no he llevado a cabo los conceptos que en aquel momento trabajamos. La rutina de meditar se fue rompiendo mientras quedaba en algo de lo que me acuerdo a diario, pero pocos días hago. A partir de ahí, de la meditación, surge todo, pero hay que mantenerla y un defecto mío es la falta de constancia a largo plazo.

**Israel.** Pues sigo teniendo presentes muchas cosas, ya que nunca debes olvidarlas, cuando va pasando el tiempo todo lo aprendido se va haciendo más monótono, y ya lo haces rápidamente; un ejemplo: dejar estar a un pensamiento, nunca intentes apartarlo, ni luchar contra él, simplemente entender que, por algún motivo, llegó a ti y tiene algo que enseñarte. A mí antes me duraban los pensamientos o sentimientos meses, luego fueron siendo días, meses más tarde, horas, y hoy en día me duran minutos, ya que empiezas a saber manejarlos y dejarlos estar.

Y lo que ha hecho posible el cambio es la constancia y el querer vivir, disfrutar cada momento, que cada instante no sea un sufrimiento, estés donde estés, cansa mucho mental y físicamente, y por eso decidí cambiar y, por casualidad, acudí a uno de los mejores psicólogos, al menos a mi parecer. Eso también hizo que el cambio fuese más sencillo y llevadero.

**Sandra.** Lo que ha hecho posible el cambio ha sido, sin duda, la toma de consciencia. Considero que es la clave para gestionar todo. Obviamente hay altos y bajos, cosas que parece que se olvidan después de terapia y vuelves a cometer los mismos errores y vuelves a entrar en las mismas dinámicas pero, cuando me doy cuenta de ello, sé reconducir y volver a tomar consciencia. Otra cosa que sigo teniendo muy presente es no aferrarme a sentimientos, saber reconocerlos, experimentarlos y saber dejarlos estar. No siempre es fácil, ni siempre lo pongo en práctica en el momento en el que me invade

dicho sentimiento, pero, como siempre, una vez tomo consciencia, puedo gestionarlo mejor.

**Curro.** A día de hoy sigo teniendo muy presente la terapia y creo que el cambio que he experimentado ha sido fruto de cómo sus consejos y ejercicios me han hecho darme cuenta de que había otro camino, otra realidad y otra forma de ver la vida.

**Pedro.** Todo lo mencionado antes lo sigo teniendo presente, pero sobre todo la meditación, es mi punto de anclaje a la tierra, al presente. El cambio ha sido posible gracias a que he podido experimentar los beneficios de la meditación y de las demás herramientas, por lo que recurro a ellas, ya que sé que me funcionan.

**Juan.** La relación con el dolor y su transformación en mejora. La atención plena. Hacer grandes cosas dentro de ti es lo que genera el verdadero cambio.

**Carlota.** Tengo muy presentes mis valores. Son mi brújula, y el actuar y comprometerme con ellos me ayuda cada día a mejorar. Además, siempre recuerdo las metáforas que el psicólogo me contaba y el vídeo de la lucha (inútil) contra los pensamientos. Se ha convertido más en una filosofía de vida que en una terapia que hice con él. Cada día llevo a cabo conductas que me acercan más y más a la persona que quiero ser, como él me enseñó.

**Marín.** El proceso de terapia me ha ayudado a darme cuenta de que no siempre el camino más corto es el más adecuado. Mis recaídas o los momentos duros del proceso me han servido para crecer y para conocerme mejor. Los primeros meses tenía que replantearme las mismas preguntas y pensaba en algunos valores, puesto que no tenía el control de mí mismo. Con el paso del proceso he conseguido afianzar muchos valores y creo que en la actualidad soy más fiel a mí mismo y a lo que quiero, sin dejarme influir o sin depender de nadie.

**Javier.** Sigo teniendo ansiedad, pero al convivir con ella se me pasa y no hay ningún problema, aunque haya días que cueste más convivir con ello. Sigo meditando y teniendo presente la terapia. La voluntad para seguir las indicaciones también ha sido relevante.

**Sebastián.** Hace unos dos años que dejé de ir a terapia, pero es un proceso que sigo teniendo muy presente en la actualidad. Fue muy importante conocerme durante todo ese proceso, en el que sin más dilación, y como

mencionaba previamente, dejé de «regar» muchos de los ámbitos más importantes de mi vida; es por eso por lo que para volver a «regar» dichas parcelas del jardín era muy importante atender a las consecuencias a largo plazo del proceso, el cual sería duro, pero tarde o temprano florecería. Dejé de ver a amistades, familiares, empecé a no ir a clase, cancelar planes e incluso evitaba hacer aquellas cosas de las que previamente disfrutaba. Cierta período de mi vida se convirtió en una especie de agujero negro, del cual mi manera de salir de ahí consistía en seguir cancelando planes, seguir sin ver ni a familiares ni amigos o continuar sin ir a clase, entre otras cosas. Claramente estaba equivocado, porque este tipo de soluciones eran a corto plazo, y eran «tiritas» que no iban a curar la herida.

**Alberto.** Como ya he comentado, algo que ha sido fundamental para afrontar aquellos problemas y dificultades, por lo que requerí el apoyo profesional, es la aceptación de todos aquellos pensamientos y emociones como una parte inherente a mí, esto ha hecho que pueda conocer y comprenderme más a mí mismo y no creer que por pensar o sentir ciertas cosas estoy loco o soy menos humano. Esto es un enfoque que aplico en mi día a día y que ha sido transcendental para lograr muchos objetivos.

Entre los factores que han influido en mi progreso creo que lo principal ha sido la voluntad propia de querer un cambio y mejoría; sin embargo, sin el apoyo profesional y familiar seguramente no habría sido posible.

**Alfredo.** Varios aspectos: la insistencia en los ejercicios de meditación que siempre me ha hecho; el permitir que todo tipo de pensamientos se me vengan a la mente y no huir de ellos, sino al contrario, abrazarlos y ser consciente que seguirán viniendo y lo que está en mis manos es cómo me afecten cada vez que estén presentes en mi mente; y también ha sido muy importante el aspecto de poner límites, algo que he empezado a hacer hace relativamente poco y que me está siendo de una enorme utilidad.

#### **4. ¿CÓMO DE DIFERENTE TE VES DESPUÉS DE LA TERAPIA?**

**Antón.** Me veo muy diferente, pues ha sido una profunda transformación que continúa, aunque ahora sin la terapia, pero sí reforzando y teniendo presente todo lo que trabajé en ella. Dejé de ser muy artificial, de fingir, de

obsesionarme con el qué dirán y así abandoné ese mundo de miedos que me provocaba tantos ataques y sufrimientos. Tal ha sido la transformación que actualmente la vida la acepto tal como es, ya no doy vueltas a los pensamientos y no vivo en el miedo y en la parálisis personal o social. Ahora me amo, me acepto y todo lo bueno y lo malo fluye sin tener ni subidones eufóricos ni bajones depresivos, emocionalmente estoy siendo otro. He cambiado tanto que hasta el miedo a la muerte está desapareciendo, y lo estoy aceptando cada día como una parte de la vida. Finalmente, creo que encontrar una terapia y un terapeuta que te cambie tu vida y que conecten con lo más íntimo y lo transformen es realmente complicado. Por suerte, yo lo encontré tanto que he pasado a vivir una vida de verdad y no a deambular entre miedos que había ido coleccionando o dejar de estar centrado en mí; en ese yo artificial que se miente y que está hecho para un rol social que momentáneamente da alegrías, pero que normalmente sufre y se deprime porque es imagen y tiene miedo a defraudar y no ser perfecto. A través de aspectos tan simples como la aceptación y el trabajo de la respiración no para calmarme sino para permitir lo que aparece, esa transformación se produce y yo soy el vivo ejemplo de ello.

**Imanol.** En general, si vuelvo la vista atrás ahora me veo una persona con mucha más aceptación de las cosas como vienen, tanto desde mi interior como si son factores externos. Ahora trato de ser menos exigente, de no quejarme tanto cuando algo no sucede como me gustaría, de actuar más sobre lo que puedo cambiar y reaccionar menos hacia lo que no puedo cambiar. A su vez esto me ayuda a ser más flexible, a permitir más y a castigarme menos, y a ser más respetuoso y compasivo conmigo mismo.

Por otra parte, aprender a dejar de controlar la mente me está ayudando a no vivir tan controlado por ella. Ahora me siento más fuerte para hacer lo que yo considere que tengo que hacer cuando vienen pensamientos compulsivos (haz esto, revisa aquello, piensa en eso otra vez, etc.). También he vuelto a disfrutar más de mi relación sentimental y en el trabajo consigo disfrutar más de lo que hago, estar más centrado y no dejarme llevar por pensamientos angustiosos.

**Esther.** No me veo diferente en esencia, la diferencia está en la manera de manejar las emociones. Sigo siendo y sintiendo como siempre, pero la

aceptación lo hace todo más llevadero, hasta el punto de llegar incluso a la insignificancia.

**Adolfo.** La terapia me sigue dando cierta perspectiva distinta. Sentir me siento igual, pero pensar, pienso distinto.

Lo primero: he dejado de pensar que la ansiedad me mata. Parece una perogrullada, pero exactamente eso es lo que pensamos los ansiosos. El hecho de dejar de sentir lo que sientes como una amenaza existencial ayuda «un huevo».

Segundo: abrirme a la emoción es fundamental e intento llevarme esto a mi vida habitual, aunque a veces me cueste todavía. Él es un excelente profesional y, sobre todo, creo que es buena persona y eso ayuda. A veces parece retraído y hasta ensimismado, pero supongo que esto es simplemente él.

**Dani.** Hoy en día me siento una persona completamente distinta. Más feliz, seguro de mí mismo, confío en la vida más que nunca y me siento muy agradecido. El cambio no fue tan drástico, sino que ha ido poco a poco, tal y como me dijo desde primera hora. Digamos que él me dio las herramientas y yo las he usado, diría que bien porque el resultado en mí mismo ha sido fantástico. Es un psicólogo absolutamente recomendable. La pasión por su trabajo, la claridad en su forma de expresar ideas complejas, su empatía y la manera de escuchar... reúne todas las cualidades importantes que, según mi criterio, debe tener un terapeuta.

**Lolo.** No lo sé, supongo que lo que me veo de diferente es la multitud de nuevos conceptos básicos que he ido adquiriendo. Lo que me ha hecho diferente es saber ver la vida de una manera muy distinta a como siempre la había visto. Y lo más sustancial, que quizá no vea porque ya me he acostumbrado a ello, es una desaparición en mí. Desapareció un monstruo interno que yo mismo había creado involuntariamente, sin darme cuenta del daño que me hacía a mí mismo. Era un monstruo que ni siquiera sabía que existía, pero que me llevaba a pensar que me vería encerrado por voluntad propia en un zulo, sin querer tener contacto con el exterior. Era un monstruo que me conducía al fracaso más absoluto. Y si bien empecé con este psicólogo por unos problemas ocasionados por mis propios pensamientos, estos pensamientos no han desaparecido de mi vida. Forman parte, supongo, de mi

propia manera de pensar. Y puede ser que me inciten a pequeños fracasos y me lleven incluso a hacerlos realidad, pero ya no es todo aquello dueño de mí. Lo más importante es que he aprendido, vuelvo a decir, que no soy lo que pienso. Ya no existe una inquietud interna que me conduzca a la autodestrucción. Aún me cuesta no anclarme en esa manera de crear mis pensamientos. Es siempre más cómodo permanecer en un mismo modo de actuar a pesar de que así nos hagamos daño. Pero ahora sé que es posible un cambio. Y, si bien ese cambio no es un triunfo ni una meta, es un paso más de una vida construida sobre mi manera de ser. Se trata de un proceso que se puede hacer extensible a muchas personas, fundamentalmente porque es otra manera de vivir y de ver la vida.

No me cabe duda de la gran profesionalidad de este psicólogo, lo que no podía desde un principio esperar es la cercanía personal que perdura en el tiempo. Por otro lado, los conceptos que en su día me ayudó a conocer y entender hay que renovarlos y saber hacer que formen parte de uno mismo sin miedo al cambio. Porque ese cambio es sustancial para vivir el ahora.

**Israel.** No me lo creo aún, ha sido un cambio impresionante, y no lo digo porque quiera convencer a nadie, sino porque es lo que siento. Yo estaba realmente destrozado, no tenía ganas de seguir en esta vida, todo estaba muy oscuro, no veía luz por ninguna parte, era muy difícil sacarme una sonrisa, estaba aferrado a pensamientos muy negativos, pensamientos que nunca imaginé tener, pero todo cambió. Con el tiempo empecé a ver una pequeña luz, la cual quería tocar, llegar a ella, pero la oscuridad me hacía tropezarme una y otra vez, y ahí estaba él, ayudándome a llegar a esa pequeña luz a final del túnel, la cual, por fin, empecé a ver.

Cada día de terapia la luz se iba haciendo más grande, poco a poco empezaba a ver los objetos con los cuales tropezaba, y empecé a esquivarlos, a entenderlos, a vivir con ellos, porque nunca se van, simplemente tienes que entender por qué están ahí. Hasta que un día me asomé y era todo tan bonito..., esos árboles, esos animales maravillosos, personas con sonrisas de oreja a oreja, mi música, que ya sonaba por los valles, la familia, amigos, etc.

Sinceramente nunca imaginé ser la persona que soy hoy en día, después de la terapia me siento más fuerte, con ganas de cumplir mis sueños, ganas de ayudar a quien lo está pasando mal, incluso a la señora que va cargada con las bolsas del Mercadona. La vida me ha dado un vuelco tremendo, y siempre

agradeceré el esfuerzo que hizo conmigo y toda persona que estuvo a mi alrededor. Hoy en día mantengo una relación muy buena con él, ojalá pronto pueda verle en persona y darle un abrazo gigante, creo que sabe lo que le aprecio, pero a la vez no tiene ni idea, es un sentimiento inexplicable, un sentimiento especial, y bueno, con esto termino.

Quiero dar muchos ánimos y mucha fuerza a toda persona que esté pasando por un mal momento ahora mismo, que todo pasará, volveréis a sonreír, a ver la vida de otra manera, son solo baches que te pone la vida para crecer como persona y entender el porqué de todo lo que está ocurriendo y, sobre todo, paciencia, no pasará en un día la tormenta, pero cuando llegue la calma, habrás aprendido a manejar toda tormenta que vuelva, lo digo por experiencia.

Bueno, mil gracias, espero que todos tus proyectos se cumplan como es debido, eres una persona estupenda, nunca me cansaré de decirlo, y siempre, siempre, estarás en un pedacito de mí, un abrazo gigante y espero verte pronto, gracias de nuevo.

**Sandra.** He vuelto a estar segura de que gestiono mi vida para mí, he vuelto a reencontrarme con la que era, con mi esencia, pues en el momento en el que acudí a terapia no me reconocía ni estaba cómoda conmigo misma. Saber reconocer que en muchas ocasiones estás interpretando roles, versiones de ti misma que deberían ser así porque tú eres así y no te dejan libertad para poder actuar de otra manera, me ha ayudado mucho al cambio. He ganado seguridad en mí misma. Hay muchos pequeños cambios que han hecho posible un cambio más global. Ahora mismo siento la tranquilidad de poder enfrentarme a las diferentes situaciones de una manera más controlada, dependiendo de mí y no de la situación en sí. Pon un psicólogo en tu vida.

**Curro.** A día de hoy y sobre todo mirando al pasado, pienso que me he dado la vuelta como un calcetín. Al principio tenía que trabajarlo todos los días, tenía que estar alerta de mi forma de actuar, pero conforme van pasando los meses eso se va convirtiendo en tu nueva normalidad. Puedo decir a boca llena que hoy por hoy soy una persona nueva. Quiero añadir que, después de pasar por otros psicólogos, que, si bien algunos han hecho que mejorara de forma puntual en algunos periodos de tiempo, el método de este psicólogo me ha llevado hoy en día a estar limpio y sin medicación. Una de las cosas que más valoré al principio de conocerlo fue el hecho de ponerme, entre comillas,



una fecha en la que estar totalmente recuperado. A veces te encuentras con otros profesionales que alargan en el tiempo tu terapia con ánimo de lucro, te recomiendan libros que para mí no tienen sentido y te recetan pastillas antidepresivas que, desde mi punto de vista, maquillan el problema, y sus efectos secundarios son fatales; con él ha sido todo lo contrario.

Transmites tranquilidad y equilibrio, y lo más importante es que haces ver que hay otros caminos y que no es difícil seguirlos. No te olvidas de tus clientes y sabemos que estás ahí cuando hace falta. En apenas tres o cuatro visitas se produjo un cambio radical. Ahora tenemos una vida «normal», lo que siempre había querido, y tú eres una parte muy importante de ella. La palabra «gracias» se queda corta. Te deseo mucha suerte, un abrazo. Nunca te estaré lo suficientemente agradecido, gracias, un abrazo y espero que tu libro ayude a muchas más personas.

**Pedro.** Me veo con más recursos, con otra forma de sentir o abordar los «problemas». De alguna forma siento que voy por la vida más seguro y sin miedos, no porque no los tenga, sino porque los acepto como parte del juego. El responder a estas preguntas me ha ayudado a refrescar ciertos aspectos de la terapia y a echarla de menos.

**Juan.** Me siento libre y sin miedos. Qué más se puede pedir. Son tiempos de cambio. Habrá luz para todos. Mis más sinceros agradecimientos a él, así como a todos sus colegas y colaboradores en esta metodología de terapia, que está aportando un valor imparable a la humanidad.

**Carlota.** Muy diferente. Pienso en la persona de hace un año o dos y no me reconozco en comparación a ahora. He cambiado muchas conductas tóxicas que llevaba a cabo y tengo mayor estabilidad emocional (entendiendo que siempre va a haber días malos en los que no me sienta bien, pero esos días no me paralizan ni tienen un gran impacto en mi vida). Estoy teniendo la vida que siempre he querido tener, pero que nunca llevaba a cabo. Me siento orgullosa de todas las metas que he conseguido y del tipo de vida que tengo ahora. Ha sido una experiencia que me ha marcado y enseñado muchísimo. No ha sido nada fácil, pero ha merecido la pena. Sigue habiendo momentos difíciles, pero tengo herramientas muy valiosas que me ha enseñado Juanjo para saber llevarlos mucho mejor. Le estoy infinitamente agradecida por tanta paciencia, confianza y validación, siempre en mi corazoncito.

**Marín.** Aunque mi proceso aún no ha terminado del todo, considero que estos meses me han servido para afianzarme de nuevo en mi proyecto de vida. Cuando comencé era otra persona a lo que soy ahora, creo que me ha ayudado a redescubrirme e intentar sacar lo mejor de mí. He aceptado que todos tenemos sufrimientos y problemas y que hay que combatirlos antes de que te derroten. Que no hay que detenerse ante la adversidad y que te puede maravillar recuperar una afición, un libro, tus estudios o un café con un buen amigo. Después de todo este tiempo de terapia también he comprendido que puedo ser más libre, autónomo e independiente y que no necesito ni me deben influir las opiniones o los comentarios de los demás. En definitiva, creo que soy más libre y que disfruto más de la vida. Por último, añadiría el trato personal de mi psicólogo. Me ha ayudado a verlo como un referente y a que es posible ser feliz sin tener que hacer lo que todo el mundo hace (alcohol, sexo, vicios). Me ha ayudado a ver la vida con otros ojos y a sacarle la belleza en todo lo que realizo.

**Javier.** Mi vida ha cambiado mucho después de la terapia. Cada vez soy más «yo mismo» y hago las cosas que realmente quiero, que antes me afectaban a mi día a día a la hora de hacer mi vida cotidiana. El convivir con la ansiedad ha sido clave, para fluir más con mi vida y estar orgulloso.

**Sebastián.** A día de hoy mi manera de afrontar alguna situación complicada es muy diferente, ya que la experiencia y mi historia me han hecho asimilar que evitar no es la solución. Evitar sentir tristeza o pena y luchar contra dichas emociones me han llevado a sentirlas a un mayor grado, por lo que sigo teniendo muy presente que es necesario dejarlas estar y que forman parte del proceso. Digamos que esta mentalidad hizo que en su momento fuera posible el cambio que buscaba y necesitaba.

Algo que me gustaría destacar durante mi proceso terapéutico es la importancia que tuvo el considerar tabú el dar a conocer a mis allegados que estaba «visitando a un psicólogo», a ser clave el asumirlo y hablarlo con naturalidad. Ese primer paso de acudir a terapia fue muy importante para mí. Aprendí mucho sobre mí, sobre todo la capacidad para desenvolverme en nuevas situaciones a las que nunca imaginé enfrentarme.

**Alberto.** Me veo cambiado en muchos aspectos, destacaría sobre todo la capacidad de afrontar las dificultades, el aceptar el fracaso y el sufrimiento

como parte de la vida, el luchar por mis sueños y creer que estos son posibles, el ser constante, confiar más en las personas, la importancia de pedir ayuda, madurez emocional y en definitiva me siento más conforme conmigo mismo. Creo que es importante decir que muchas personas tienen una especie de prejuicio (entre las cuales yo me incluía), a la hora de pedir o recurrir a una ayuda profesional, puesto que se cree que somos capaces por nosotros mismos de solventar o resolver nuestros problemas, pero la experiencia me ha demostrado que el buscar una ayuda exterior sobre todo de un especialista y persona con dedicación puede ser crucial para salir adelante. Además, el grado de mejoría depende en gran parte de la implicación del psicólogo y de la confianza que el cliente deposite en el método que este aplique. Hoy en día sin duda alguna puedo decir que todos los pasos y metas alcanzadas desde que acudí a terapia no habrían sido posibles sin el apoyo incondicional de mi psicólogo, por lo cual estoy profundamente agradecido.

**Alfredo.** En mi caso personal, pienso que la terapia aún no ha acabado. Seguimos «viéndonos» una vez al mes, aproximadamente; pero el cambio que he notado en mí mismo, sinceramente, me parece espectacular: he aprendido a gestionar internamente muchas emociones, pensamientos y cambios a última hora, que hace no mucho tiempo estoy convencido que no habría sido capaz. Sentí un gran orgullo y emoción cuando me dijo que quería incluirme en su libro, entre más de 1.000 clientes, ¡yo era uno de los elegidos! Faltó poco para que se me saltaran las lágrimas. Esto no es más que otro motivo que me incita a seguir valorándome, como él siempre me ha dicho. Espero haber sido de ayuda. Gracias por todo.

## **5. DATOS QUE INDICAN QUE EL PSICÓLOGO NO ES UN SUPERHÉROE**

Este apartado es la otra cara de lo que se acaba de ofrecer. A modo de bajar al psicólogo de su ego y de su alcazaba intocable, donde cree que puede cambiar la vida de todas las personas, existen diversos aspectos a tener en cuenta para tener una visión más amplia de las limitaciones que tenemos como profesionales. Hay veces que no podemos cambiar la vida de las personas y toca trabajarse a nivel personal esta cuestión. Contemplar todos los factores

solo puede ofrecer un mejor camino para mejorar nuestra profesión y hacerla transparente.

Según diversas revisiones (Lambert et al., 1994, 2011), la terapia psicológica es más eficaz que el no tratamiento, aunque el 10 % puede empeorar. No obstante, a veces el ego tiende a jugar malas pasadas, decirnos que somos unos absolutos magos por producir cambios en personas que estaban realmente graves en poco tiempo y a veces es verdad que la interacción terapéutica es determinante, además del vínculo emocional que se crea y que se fortalece por el grado de mejoría percibido por el cliente. Esa alianza explicaría el 30 % de los cambios producidos en la terapia, sobre el 15 % de las técnicas, como se mencionaba anteriormente.

Los factores interpersonales de los clientes son muy importantes para que el profesional pueda trabajar sobre ellos, por lo que tienen una gran responsabilidad en el cambio y en el efecto final de la varianza de cambio. En esta terapia FACT se utiliza la relación y el diálogo terapéutico como el contexto donde desarrollar los cambios, de forma que se trabaja precisamente ese 30 % en las habilidades del terapeuta, las funciones del lenguaje y el apoyo emocional desarrollado durante la relación. Con el propósito de contextualizar y relativizar, con gesto humilde, pero no devaluar la labor que ofrecemos, es necesario saber que los clientes mejoran en un 15 % antes de acudir a la primera sesión, por la expectativa de ponerse en manos de alguien. También el miedo a la evaluación, el que los demás lo conozcan, ser juzgado, etc., es un factor a tener en cuenta en las personas que asisten a las consultas psicológicas.

Por otro lado, las circunstancias reales del contexto clínico y los estudios sobre la recuperación espontánea, sin terapia psicológica formal, señalan que alrededor de un 30 %-40 % de las personas que necesitarían tratamiento, pero no acuden a la consulta, terminan resolviendo sus problemas. Además, la remisión espontánea se da sobre todo en los tres primeros años del trastorno, por lo que, sin intervención en tres años, los clientes mejoran sin tratamiento. Además del abandono del 65 %-80 % de los clientes antes de la décima sesión, dificulta saber el efecto de la intervención y de otras variables extrañas. Asimismo, los datos sobre la eficacia y efectividad de las terapias psicológicas se basan en los clientes que finalizan el tratamiento, y no el 50 %

de los que no aceptan o abandonan, junto con el poco aislamiento de otras variables que interfieren con el tratamiento como las circunstancias personales de la vida (cursos, fármacos, libros, amigos, pareja, trabajo, etc.). La pregunta sería: ¿qué grado de repercusión exacto tenemos en los clientes y qué ha hecho el terapeuta para que se produzca el cambio? La remisión total es extraña, suelen volver al cabo del tiempo y el seguimiento no suele ser más allá del año, lo que dificulta monitorizar todo el proceso y el impacto de la intervención (Wampold, 2015). La psicoterapia puede actuar de una forma breve e intermitentemente, y los aspectos que ocurran entre sesiones no son factores que se midan ni se tengan en cuenta; se asume que la media de los datos de la población ocultará esas otras variables y acontecimientos que ocurren a lo largo de las semanas y meses de terapia.

Conocer esta información tiene la finalidad de devolvernos al mismo plano que el del cliente, en el mismo mundo difícil que promueve que «enfermemos», a modo de proponer una actitud humilde que nos ayude a colaborar entre nosotros, estableciendo redes de apoyo entre profesionales y creando un marco unificado desde donde todos podamos trabajar en lugar de competir, solo colaborar. Este marco también nos quita presión como profesionales. Aunque nos coloca en un lugar importante en las vidas de los clientes, ello no está exento de las limitaciones de un trabajo amplio y complejo. Esa labor es casi infinita, por la cantidad de variables que inciden en la historia del individuo, en su día a día. El intento que hacemos por descifrar esas variables resulta, pues, todo un mérito, al aventurarnos a abordar el sufrimiento humano en el día a día e intentar mejorar la vida de las personas. Merece realmente la pena.

# 17

## Hacia el futuro de la psicoterapia

«No entres dócilmente en esa buena noche,  
Que al final del día debería la vejez arder y delirar;  
Enfurécete, enfurécete ante la muerte de la luz.  
Aunque los sabios entienden al final  
que la oscuridad es lo correcto.»

DYLAN THOMAS (1952)

Las estrategias de diseño de metodologías en el laboratorio para producir cambios son la solución para continuar evolucionando y mejorando como una *Ciencia Contextual del Comportamiento* (CBS; Biglan y Hayes, 2016; Hayes et al., 1993). Crear las condiciones precisas en el laboratorio puede suponer una gran oportunidad para implementar mejores métodos y procesos para mejorar la calidad de vida del ser humano como propósito central de la ciencia. El contextualismo funcional busca predecir e influenciar usando conceptos y reglas basadas en el empirismo. Este enfoque se basa en el principio de la verdad, extremadamente práctico cuando esas reglas y principios se usan para predecir e influir en eventos. La estrategia más efectiva para identificar las variables e influir en el comportamiento es la experimentación controlada. Sin embargo, desarrollar investigaciones y metodologías que puedan seguir los resultados que se han obtenido en el laboratorio en un mundo cambiante y complejo hace difícil emular las condiciones que se han diseñado en el laboratorio: «Una cosa es el plano y otra el territorio». Este apartado recopila algunas limitaciones de las psicoterapias y prepara el terreno para ofrecer soluciones en el siguiente capítulo: la vida. El ser humano es más complejo que una máquina y el modelo médico puede operar con la noción de síntoma (causa-efecto), pero el comportamiento humano sigue otros parámetros, porque las causas que originaron el comportamiento no están en el presente, se encuentran en el

pasado y en las contingencias que operaron a lo largo de la historia, con múltiples ejemplos. Además, esa historia y esos eventos están en continua retroalimentación con claves contextuales, lo que los hace dinámicos, cambiantes y crea una realidad profesional compleja (*challenging*) a la par que estimulante y apasionante.

## **1. ALGUNAS CONTRADICCIONES SALVABLES DE LAS TERAPIAS CONTEXTUALES**

La idea de que la evitación experiencial influye en los problemas psicológicos es un concepto antiguo en la psicología clínica y es reconocida por diferentes escuelas psicológicas como el psicoanálisis, la gestalt, la psicoterapia centrada en el cliente, la psicoterapia existencial, entre otras aproximaciones.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) propuso la *evitación experiencial* como un denominador común de muchos problemas psicológicos, situándola como una dimensión diagnóstica funcional, por lo que la intervención desde ACT consistiría en disminuir esa evitación experiencial con el objetivo primordial de aumentar la flexibilidad psicológica de los clientes. Esta terapia ha demostrado su eficacia en una amplia gama de condiciones clínicas. Sin embargo, existe un debate abierto entre la evitación experiencial como un proceso y no como un resultado o mecanismo de cambio (Chawla y Ostafin, 2007). Incluso se ha criticado la validez de la medida de autoinforme de flexibilidad psicológica más usada (AAQ-II, *Acceptance and Action Questionnaire-II*). Este instrumento ha servido para evidenciar a lo largo de los años el mecanismo de cambio en las intervenciones de ACT (Gloster et al., 2017). Sin embargo, Wolgast (2014) descubrió que esta medida tiene una validez discriminante pobre para la evitación experiencial y cuestionó la validez del AAQ-II, porque en su análisis factorial confirmatorio encontró que los elementos del instrumento se correlacionan más con las medidas del cuestionario de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21). Esto significa que la medida de flexibilidad psicológica puede ser considerada más como una medida del malestar psicológico (Tyndall et al., 2018) y como un afecto negativo, en lugar de como evitación experiencial/inflexibilidad

psicológica.

Estos resultados ponen en tela de juicio y cuestionan hasta qué punto esos supuestos mecanismos explicativos de «inflexibilidad» psicológica participan realmente en el cambio terapéutico, al ser más una variable que correlaciona con neuroticismo. De esta forma, si este instrumento no mide la evitación experiencial, el mecanismo de cambio no podría ser la flexibilidad psicológica, y no mediaría en el efecto sobre las otras variables generales de salud.

Teniendo en cuenta esta evidencia, habría que considerar la medida del cuestionario AAQ-II como simplemente otra medida que se correlaciona con otras medidas de salud psicológica, pero no evidenciaría necesariamente un mecanismo de actuación. Esta medida parece evaluar un constructo entre la evitación experiencial y el malestar, con dificultades en su validez discriminante, probablemente mayor investigación en los procesos de la RFT podría mostrar algo de luz sobre estos mecanismos de actuación (Törneke et al., 2015). Como solución alternativa, el cuestionario BEAQ (Vázquez et al., 2019) ha demostrado ser una medida más sensible para evaluar la evitación experiencial, lo que podría ser una opción válida para salvar este problema, al igual que el MPFI (Rolffs et al., 2018) como cuestionario multidimensional de los diferentes componentes del hexaflex en un solo instrumento.

No obstante, este capítulo no critica la validez de las intervenciones o la utilidad de este modelo, solo plantea algunas cuestiones relevantes sobre los mecanismos que subyacen al cambio. La evaluación en términos de ecuaciones estructurales que evalúan qué variable ha sido la que ha producido el cambio clínico ha sido una vía de investigación más provechosa (Dubler, 2018; Huck, 2020). Así, según Hayes (2019), en los seis procesos del *hexaflex*, si se trabajan de forma estricta, los resultados son positivos, aunque hay otras investigaciones que aseguran que los cambios en la flexibilidad psicológica no son necesarios para que los participantes se beneficien de la intervención y de las mejoras en las demás variables de salud psicológica. Junto con esto, también se ha encontrado un patrón de demora en las mejoras producidas por las intervenciones cuya filosofía implica la aceptación, ya que aumenta el malestar a corto plazo, demostrando mejoras más consistentes en el seguimiento.



Por otro lado, resulta harto paradójico que las terapias contextuales que promueven un modelo transdiagnóstico o se enmarquen como modelos alejados de las categorías diagnósticas, utilicen test que evalúan esas etiquetas como la depresión, ansiedad, etc. Existe una barrera epistemológica con respecto a los test y la subjetividad del que los diseña. También existe una barrera entre el sujeto y el objeto, ya que el mismo sujeto es el objeto de estudio. Desafortunadamente nos encontramos bajo las mismas contingencias que los demás modelos psicológicos y en el mismo sistema de juego. Además, la cultura promueve la supresión de síntomas y a veces las terapias contextuales van a contracorriente, aunque se pueden utilizar otros sistemas que no son los cuestionarios para evaluar el cambio, como la transformación de CCR1 (por ejemplo, mirar el reloj 10 veces en 10 minutos) hacia CCR2 (venir a terapia sin reloj). La medición de conductas directas por observación sería cuantificable, objetiva y alejada de las pruebas tradicionales. A nivel subjetivo, también contamos con indicadores que avalan la mejoría que no son los cuestionarios (por ejemplo, el individuo reporta mejor bienestar subjetivo, tiene relaciones íntimas más significativas, ha mejorado en su puesto de trabajo, etc.). Es decir, utilizar la validez ecológica o clínica como medición de los cambios reales obtenidos en la vida del individuo, tal como se ha descrito en capítulos anteriores.

Quizá el futuro a la hora de verificar la psicoterapia se encuentre en el uso de cuestionarios que puedan evaluar la evitación experiencial de manera independiente, puesto que correlaciona con un amplio espectro de la «psicopatología humana». Sería una propuesta más acorde, en lugar de usar los mismos cuestionarios sobre trastornos, ya que el propósito de estas terapias no es disminuir los síntomas, utilizar cuestionarios o mediciones que evalúen los recursos de las personas para que puedan resolver la situación que en el momento se encuentran o bien los cambios emocionales ocurridos tras los procesos de flexibilidad, defusión y aceptación. Por otro lado, también la evaluación de los «valores personales» podría reflejar los cambios en esos patrones o reglas verbales que sigue el individuo, y que cambian después de haber recibido la terapia. Así, la valoración subjetiva de qué valores son importantes para el individuo podría mostrar ese cambio de perspectiva y de compromiso que se busca en las terapias contextuales.

## 2. HACIA OTROS MECANISMOS DE CAMBIO TERAPÉUTICO

La nueva evidencia disponible, indica que no es necesario producir cambios en la flexibilidad psicológica para producir beneficios en las variables de bienestar. La inconsistencia de la construcción de la medida de flexibilidad psicológica, tal como se ha descrito en el apartado anterior, lleva a examinar otros aspectos como posibles mecanismos de cambio. Estas hipótesis podrían llevar a trazar un nuevo camino para descubrir otros mecanismos de cambio en las intervenciones.

Desde aquí se proponen otros mecanismos de cambio más complejos. Nuestras hipótesis al respecto, unidas a las de otros autores, se centrarían en las siguientes variables: valores, generalización funcional, refuerzo contingente, alianza terapéutica, cercanía/intimidad y el análisis funcional como procesos clave más profundos que la flexibilidad psicológica para producir cambios en las otras variables dependientes (Froján, 2011; Valero y Ferro, 2015). En otras palabras, podría asumirse la hipótesis de que si a lo largo del proceso terapéutico se consiguen *cambiar las reglas de seguimiento (valores)* que una persona sigue en su vida, estas le servirán para el resto de su vida e interacciones fuera de la propia relación terapéutica. Podría ocurrir que encontrar esos valores (o seguir nuevas reglas aprendidas en la terapia) sea un mecanismo que explique el cambio posterior en la vida del individuo.

Asimismo, el enfoque en el diseño funcional inicial de caso permite caracterizar funcionalmente el repertorio único del cliente, el terapeuta logra tener una visión más clara de las contingencias involucradas, construyendo los componentes y los comportamientos problemáticos. Lo que se propone es un retorno del énfasis en las contingencias de refuerzo relevantes para el análisis e intervención en los comportamientos del cliente y no tanto en los trastornos o en los tipos de problemas estandarizados (Callaghan y Darrow, 2015).

Por último, las variables de macrocontingencias o el entorno social también son determinantes para mantener los problemas psicológicos. Es necesario observar las variables del contexto que mantienen el comportamiento problemático y en determinadas ocasiones las personas se encuentran en contextos de los que no se puede escapar o donde las contingencias no permiten los cambios. De forma similar, la extensión de las

intervenciones en otros contextos, escuelas o familias es esencial que produzcan cambios en el entorno, siempre y cuando los propósitos de la investigación estén enfocados a producir efectos a largo plazo. Considerando que un comportamiento se mantiene si hay alguna fuente de refuerzo (positiva o negativa), ha de tenerse en cuenta que el terapeuta maximice esa futura fuente de reforzamiento. Han de conseguirse *reglas de seguimiento que obtengan reforzadores naturales* en el entorno real; en caso contrario, las reglas dejarán de seguirse, el efecto terapéutico será momentáneo y no se lograría cambiar realmente el contexto verbal que dirige al individuo en su vida.

Finalmente, los componentes: conocimiento, coraje y amor, como cualidades personales y como habilidades del terapeuta, los convierten en un mecanismo de cambio en sí mismo. Es el terapeuta en su interacción momento a momento quien está ejerciendo una influencia, *un moldeamiento progresivo*, que haga cambiar al individuo *in situ*; y quizá ese podría ser otro mecanismo de actuación de la psicoterapia. Otro aspecto a considerar es que el terapeuta debe ser consistente y honesto con sus palabras, porque el terapeuta encarna un modelo. Como ya se ha referido anteriormente, cuando el terapeuta habla de relaciones personales, por ejemplo, debe mostrar cercanía, empatía, validación emocional, refuerzo positivo, intimidad y tener estos valores con el cliente. Estas palabras, aunque suenen abstractas, conceptuales o etéreas, no son nada más que acciones concretas que el terapeuta hace en consulta. Así pues, la intimidad es lo que el terapeuta ha conseguido a lo largo de un proceso de interacciones guiadas por las leyes de aprendizaje.

La psicología puede contribuir a la optimización del aprendizaje y la enseñanza, a mejorar la vida de las personas. Las psicoterapias como parte aplicada de esa psicología científica constituyen las herramientas para producir ese cambio. En concreto, la psicoterapia FACT que hemos presentado aquí creemos que condensa toda una serie de principios de conducta que ya están más que probados y asentados, pero aplicados en un contexto natural, ecológico, en el diálogo entre dos personas adultas, en una interacción directa que produzca cambios dentro y fuera de ese contexto.

Lo importante para ser un buen terapeuta, creemos, es conocer los principios del comportamiento y el *rationale* de las técnicas que se están aplicando durante la terapia. Con esa base, el terapeuta puede adaptar y crear

situaciones nuevas que conduzcan hacia esos objetivos, no se limitará a imitar y repetir una y otra vez las técnicas estandarizadas que le han enseñado. Ha de adaptar esas técnicas y los nuevos conocimientos al trabajo individualizado con sus clientes.

Cada cliente es un mundo. Al igual que los árboles tienen formas y multitud de hojas distintas, las personas tienen planos y aristas diferentes, pero las leyes y principios por los que se forma esa diversidad evolutiva y personal son los mismos. Un árbol no tiene en su «interior» las causas de las ramas, hojas, colores y formas diversas que exhibe, sino que son producto del contexto donde crece, la temperatura, la luz, los minerales del sustrato, el agua que recibe, etc. De forma similar, los problemas psicológicos del cliente no vienen de su «interior», sino del contexto en el que ha vivido y de las circunstancias que tiene en el momento de la consulta. Si el terapeuta conoce esos principios, las razones o variables por las que se crean y modifican las conductas (también las problemáticas), puede adaptarse a cualquier tipo de problema psicológico. Tal vez estemos ante el comienzo de nuevas generaciones de terapeutas formados con una filosofía común sobre el funcionamiento del ser humano, y al mismo tiempo tengan repertorios más flexibles, dispuestos a resolver los retos futuros de la terapia psicológica.

## Epílogo

Para concluir y dejar un final abierto para que cada lector pueda hacer el trabajo personal de contactar con su historia, y quiera aplicar lo que aquí se ha explicado, hemos de compartir que este trabajo psicoterapéutico corresponde a una forma genuina de llevar a cabo una filosofía de vida. En el encuentro natural con el cliente no tenemos que forzar nada, solo alinearnos con nosotros mismos y compartir nuestra experiencia y conocimientos adquiridos de forma honesta, que se manifiestan de forma orgánica en ese encuentro íntimo y humano.

Creemos que el conocimiento tiene que servir para mejorar la calidad de vida del ser humano y mejorar la vida cotidiana de las personas, por lo que, en cualquier lugar que me encontrara y en cualquier época de la historia, estaría ayudando a los demás con lo que hiciera. Hoy día el grado de especialización es tal que la gran mayoría de profesionales no conocemos nada más allá de nuestro campo. Contextualizando el significado de lo que se quiere transmitir, aunque lo que se avanza en este libro arroje datos exclusivos, corresponde a un simple grano de arena del conocimiento existente. En este planeta es una simple mota de polvo en un multiverso infinito que se expande.

Retomando el sentido pragmático de lo que es la intervención clínica, compartimos con B. F. Skinner su visión de la psicoterapia como un recurso para un mal ya existente, o una vía de modificación del comportamiento, que indicaría ya la existencia de una problemática. El objetivo tendría que ser el desarrollo y promoción de pautas culturales más efectivas en las que el reforzamiento de topografías «psicopatológicas» no llegase a acontecer (Skinner, 1953/1970). La psicología se ha encargado durante décadas de conocer cómo estamos programados o condicionados a través de los genes, la cultura, la sociedad, nuestro entorno, etc. Desde la intervención propuesta en este libro tratamos de descondicionar al ser humano de esos patrones o hábitos que todos arrastramos, generando un espacio de consciencia entre el «yo» y nuestra historia, con la premisa de promover la libertad individual o de elegir

de manera consciente la vida que queremos vivir y no la que debemos vivir.

Para que la luz brille tiene que existir oscuridad, como en la alegoría de la caverna de Platón, o al menos incertidumbre, pero salir de las sombras implica el riesgo de quedar cegado por la luz, y cuanto más luz se arroja, más sombras se crean alrededor. Quiere esto decir que a veces el cambio es horriblemente doloroso y estamos diseñados para justificarnos, como parte ya del problema y no cambiar. A veces no es posible, no es el momento terapéutico, no es el modelo, el terapeuta, el cliente, etc. Aunque una vela pueda dar luz a cambio de consumirse, es muy gratificante poder ofrecer luz en la oscuridad de las tinieblas de la vida de otras personas que sufren como sufrimos todos. Debería ser un dogma poder extender todas las herramientas que puedan ayudar al ser humano a identificar que nosotros no somos nuestros pensamientos de fracaso o nuestra emoción de miedo o vergüenza, y que podemos elegir cómo relacionarnos con esos pensamientos y emociones de manera acorde a un sentido vital o a una manera de trascender en este mundo. Nosotros tenemos la libertad de despertar de esa oscuridad condicionada a lo largo de las variables y contingencias de nuestra historia, y convivir con ese lastre cultural y social que «cargamos» con nosotros, a veces sin saberlo. Romper un hábito es lo que más detesta el ser humano y cambiar implica romper con la «coherencia» de cómo se relaciona con el mundo.

De hecho, para que el ser humano cambie de raíz se necesita una gran voluntad para cambiar su contexto diario, que el terapeuta pueda y sepa hacer más probable el cambio conectando el sufrimiento con una vida digna de ser vivida, que las variables micro-macro acompañen en el proceso y/o el terapeuta sepa incluirlas en la intervención, de forma sistemática y científica. No obstante, incluso después de sobrevivir a un accidente de tráfico mortal por hablar con el móvil, hay personas que siguen usándolo. Y personas que fuman después de haberse «curado» de cáncer, otras siguen abusando de la comida aun después de haber pasado por una cirugía bariátrica, qué decir de las recaídas en adicciones, idas y venidas con relaciones tóxicas y un largo etcétera. También lo contrario, personas destruidas por una historia de vida espeluznante que logran levantarse y aprender a ser mejores personas gracias al dolor, además de contribuir a seguir ayudando a otros en su misma situación.

También quizá haya que aceptar que somos seres propensos al error, la recaída y el conflicto con nuestra propia sombra, como decía Carl Jung. Esto no implica no poder llevar una vida profunda, satisfactoria y congruente. Nuestro papel quizá sea más bien el de sembrar y ofrecer las claves para que la persona pueda cuidar esa semilla.

Finalmente, lo que se ha avanzado en este libro sobre FACT no es la receta psicológica para una vida plena, y desde luego tampoco un libro de autoayuda. Quizá supone aunar esfuerzos entre todos los profesionales, señalar un camino o una brújula hacia una dirección personal e intransferible y que cada cual decida si de verdad quiere transitarlo. El psicólogo podrá hacer más probable ese cambio, primero el suyo y el de los demás después. No queda más que desear mucha suerte a todos en este viaje compartido que es la vida y que podamos seguir creciendo juntos, apoyándonos entre la comunidad científica y derribando los egos profesionales. Al final todos queremos lo mismo y podemos luchar por un bien común, aportándonos y ayudándonos, cada uno desde su disciplina, con los conocimientos de la ciencia, pero al servicio humano. Merece la pena contribuir en ayudar a los demás y en crear un contexto mejor, más saludable y una red de apoyo personal y laboral que nos permita crecer en todos los niveles. La psicoterapia para muchas personas implica despertar, conlleva aprender a ver con claridad y romper con las cadenas del pasado que se van perpetuando generación tras generación, hasta que tenemos la suficiente consciencia como para derribar los hábitos que nos consumen y limitan en mejorarnos día a día. El contexto y la cultura no lo ponen fácil, vivimos en una sociedad que promueve la evitación, la supresión emocional, anestesiarnos con placeres a corto plazo que conducen al tedio y la búsqueda constante de sensaciones efímeras; en un caldo de cultivo insano es difícil conservar la cordura o es de locos estar sanos en un mundo de locos. Tenemos la capacidad de despertar y agitar la conciencia de nosotros mismos en primer lugar, para continuar con nuestro alrededor, recordando que vamos a morir y que podemos vivir cada día algo mejor de lo que lo hacemos, para sentirnos orgullosos antes de partir de este hotel llamado mundo, que acumular no sirve de nada y que es mejor compartir el conocimiento y las experiencias con los seres que amamos para ayudarnos los unos a los otros, que ya bastante complicada es la vida.

## Referencias bibliográficas

- A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. y Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 30-36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Alea, N. y Bluck, S. (2007). I'll keep you in mind: The intimacy function of autobiographical memory. *Applied Cognitive Psychology: The Official Journal of the Society for Applied Research in Memory and Cognition*, 21(8), 1091-1111. <https://doi.org/10.1002/acp.1316>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. APA.
- Anderson, C. M., Hawekins, R. P., Freeman, K. A. y Scotti, J. R. (2000). Private events: Do they belong in a science of human behavior? *The Behavior Analyst*, 23(1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/BF03391995>
- Arango, A. M. y Moreno, M. F. (2009). Más allá de la relación terapéutica: un recorrido histórico y teórico. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(2), 135-145. <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/286>
- Arco, J. L., López, S., Heilborn, V. y Fernández, F., (2005). Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo «La Cartuja». *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 589-608. <http://hdl.handle.net/10481/32650>
- Bach, P., Hayes, S. C. y Gallop, R. (2012). Long-term effects of brief acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behavior Modification*, 36(2), 165-181. <https://doi.org/10.1177/0145445511427193>
- Baldwin, S. A., Berkeljon, A., Atkins, D. C., Olsen, J. A. y Nielsen, S. L. (2009). Rates of change in naturalistic psychotherapy: Contrasting dose-effect and good-enough level models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 203-211. <https://doi.org/10.1037/a0015235>
- Barkham, M. y Shapiro, D. A. (1990). Brief psychotherapeutic interventions



- for job-related distress: A pilot study of prescriptive and exploratory therapy. *Counselling Psychology Reviews*, 3, 133-147.  
<https://doi.org/10.1080/09515079008254242>
- Barlow, D. H. (2011). *The Oxford handbook of clinical psychology*. Oxford University Press.
- Barnes-Holmes, D., Törneke, N., Luciano, C., Stewart, I. y McEnteggart, C. (2014). RFT for clinical use: The example of metaphor. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 305-313.
- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. M. y Juskiewicz, K. L. (2009). Enhancing the therapy relationship in acceptance and commitment therapy for psychotic symptoms. *Clinical Case Studies*, 8(3), 241-257.  
<https://doi.org/10.1177/1534650109334818>
- Baum, W. M. (2017). *Understanding behaviorism: Behavior, culture, and evolution*. Wiley Blackwell.
- Beutel, M. E., Klein, E. M., Brahler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., Wiltink, J. et al. (2017). Loneliness in the general population: Prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*, 17, 97-104.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1262-x>
- Biglan, A. y Hayes, S. C. (2016). Functional contextualism and contextual behavioral science. En R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes y A. Biglan (eds.), *The Wiley handbook of contextual behavioral science* (pp. 37-61). John Wiley and Sons.
- Blashfield, R. K., Keeley, J. W., Flanagan, E. H. y Miles, S. R. (2014). The cycle of classification DSM-I through DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 25-51.  
<https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153639>
- Bowen, S., Haworth, K., Grow, J., Tsai, M. y Kohlenberg, R. (2012). Interpersonal mindfulness informed by functional analytic psychotherapy: Findings from a pilot randomized trial. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 9-15.  
<https://doi.org/10.1037/h0100931>
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida*. Paidós.
- Brem, M. J., Gordon, K. C. y Stuart, G. L. (2020). Integrating acceptance and commitment therapy with functional analytic psychotherapy: A case study of an adult male with mixed depression and anxiety. *Clinical Case Studies*,

- 18(1), 34-50.  
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1534650119883351>
- Bryan, C. J., Corso, M. L., Corso, K. A., Morrow, C. E., Kanzler, K. E. y Ray-Sannerud, B. (2012). Severity of mental health impairment and trajectories of improvement in an integrated primary care clinic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 396-403.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22428939/>
- Burmeister, M., McInnis, M. G. y Zöllner, S. (2008). Psychiatric genetics: Progress amid controversy. *Nature Reviews Genetics*, 9(7), 527-540.  
<https://doi.org/10.1038/nrg2381>
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., ..., y Berntson, G. G. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 407-417.
- Callaghan, G. M. (2006). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) system: For use with interpersonally-based interventions including Functional Analytic Psychotherapy (FAP) and FAP-enhanced treatments. *The Behavior Analyst Today*, 7(3), 357-398.  
<https://doi.org/10.1037/h0100160>
- Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Marx, B. P., Kohlenberg, B. S. y Gifford, E. (2004). FACT: The utility of an integration of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 195-207. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.3.195>
- Callaghan, G. M. y Darrow, S. M. (2015). The role of functional assessment in third wave behavioral interventions: Foundations and future directions for a fourth wave. *Current Opinion in Psychology*, 2, 60-64.  
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.005>
- Cardila, F., Martos, Á., Barragán, A. B., Pérez-Fuentes, M. C., Molero-Jurado, M. M. y Gázquez-Linares, J. J. (2015). Prevalencia de la depresión en España: análisis de los últimos 15 años. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 267-279.  
<https://formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/118>
- Cattivelli, R., Tirelli, V., Berardo, F. y Perini, S. (2012). Promoting appropriate behavior in daily life context using Functional Analytic Psychotherapy in early-adolescent children. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 25-32.

<https://doi.org/10.1037/h0100933>

- Cavallé, C. (2008). *La sabiduría de la no-dualidad. Una reflexión comparada entre Nisargadatta y Heidegger*. Kairós.
- Cederström, C. y Spicer, A. (2015). *The wellness syndrome*. Polity Press.
- Chang, E. C., Tsai, W. y Sanna, L. J. (2010). Examining the relations between rumination and adjustment: Do ethnic differences exist between Asian and European Americans? *Asian American Journal of Psychology*, 1(1), 46-56. <https://doi.org/10.1037/a0018821>
- Chawla, N. y Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871-890. <https://doi.org/10.1002/jclp.20400>
- Cordova, J. V. y Scott, R. L. (2001). Intimacy: A behavioral interpretation. *The Behavior Analyst*, 24(1), 75-86. <https://doi.org/10.1007/BF03392020>
- Cosgrove, L. y Krinsky, S. (2012). A comparison of DSM-IV and DSM-5 panel members financial association with industry: A pernicious problem persists. *PLOS Medicine*, 9(3), e1001190
- Dalglish, T., Black, M., Johnston, D. y Devan, A. (2020). Transdiagnostic approach to mental health problems: Current status and future directions. *Special Issue of Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 137-195. <https://dx.doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 846-861. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007>
- Dixon, M. R., Hayes, S. C., Stanley, C., Law, S., y Al-Nasser, T. (2020). Is Acceptance and Commitment Training or Therapy (ACT) a method that applied behavior analysts can and should see? *The Psychological Record*, 1(21). <https://doi.org/10.1007/s40732-020-00436-9>
- Doane, L. S., Feeny, N. C. y Zoellner, L. A. (2010). A preliminary investigation of sudden gains in exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 555-560. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20304385/>
- Dougher, M. J. (1993). Clinical behavior analysis. Introduction. *The Behavior Analyst*, 16, 269-270.
- Dougher, M. J. (2020). Murray Sidman's contributions to clinical behavior

- analysis. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*.  
<https://doi.org/10.1002/jeab.644>
- Dougher, M. J. y Hackbert, L. (2000). Establishing operations, cognition, and emotion. *The Behavior Analyst*, 23(1), 11-24.  
<https://doi.org/10.1007/BF03391996>
- Dubler, B. A. (2018). *Psychological flexibility as a key mechanism in acceptance and commitment therapy: Shifts in flexibility as mediators of treatment effects* (doctoral dissertation). University of Rochester.
- Dystra, T. A., Shontz, K. A., Indovina, C. V. y Moran, D. J. (2010). The application of FAP to persons with serious mental illness. En J. W. Kanter, M. Tsai y R. J. Kolenberg (eds.), *The practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp. 205-224). Springer.
- Ehrenreich, B. (2011). *Sonríe o muere: la trampa del pensamiento positivo*. Turner.
- Feiss, R., Dolinger, S. B., Merrit, M., Reiche, E., Martin, K., Yanes, J. A., Thomas, C. M. y Pangelinan, M. (2019). Asystematic review and meta-analysis of school-based stress, anxiety, and depression prevention programs for adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 48, 1668-1685. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31346924/>
- Ferro, R. y Valero, L. (2017). A transdiagnostic hypothesis from Functional Analytic Psychotherapy: The problems in the formation of the self. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(3), 145-165.  
[https://www.researchgate.net/publication/322130117\\_Hipotesis\\_Transdiag](https://www.researchgate.net/publication/322130117_Hipotesis_Transdiag)
- Ferro, R., Valero, L. y López, M. A. (2016). Fundamentos, características y eficacia de la psicoterapia analítica funcional. *Análisis y Modificación de Conducta*, 165-166, 51-73.
- Fideles, M. N. D. y Vandenberghe, L. (2014). Psicoterapia analítica funcional feminista: posibilidades de um encontro (Feminist functional analytic psychotherapy: Possibilities of an encounter). *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 16(3), 18-29. <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v16n3p18-29>
- Fisher, A. J., Medaglia, J. D. y Jeronimus, B. F. (2018). Lack of group-to-individual generalizability is a threat to human subjects research. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(27), E6106-E6115.  
<https://doi.org/10.1073/pnas.1711978115>
- Flaxman, P. E. y Bond, F. W. (2010). A randomised worksite comparison of

- acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behavior Research and Therapy*, 48, 816-820. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.004>
- Foody, M., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Törneke, N., Luciano, C., Stewart, I. y McEnteggart, C. (2014). RFT for clinical use: The example of metaphor. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 305-313. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.08.001>
- Frank, J. D. y Frank, J. B. (1961). *Persuasion and healing*. Johns Hopkins University Press.
- Frankl, V. E. (1961). Dynamics, existence and values. *Journal of Existential Psychiatry*, 2, 5-16.
- Freud, S. (1966-1988). *Lecciones introductorias al psicoanálisis. Obras completas. Volumen XII*. Orbis.
- Frojan, M. X. (2011). ¿Por qué funcionan los tratamientos psicológicos? *Clínica y Salud*, 22(3), 201-204.
- Ganz, J. B. y Ayres, K. M. (2018). Methodological standards in single-case experimental design: Raising the bar. *Research in Developmental Disabilities*, 72, 3-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29655508/>
- Gaynor, S. T. y Lawrence, P. (2002). Complementing CBT for depressed adolescents with Learning through In Vivo Experience (LIVE): Conceptual analysis, treatment description, and feasibility study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(1), 79-101. <https://doi.org/10.1017/S135246580200108X>
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Pierson, H. M., Piasecki, M. P., Antonuccio, D. O. y Palm, K. M. (2011). Does acceptance and relationship focused behavior therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy for smoking cessation. *Behavior Therapy*, 42, 700-715. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.002>
- Gilbert, K. E., Tonge, N. A. y Thompson, R. J. (2019). Associations between depression, anxious arousal and manifestations of psychological inflexibility. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 62, 88-96. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.09.006>
- Gloster, A. T., Meyer, A. H. y Lieb, R. (2017). Psychological flexibility as a malleable public health target: Evidence from a representative sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6, 166-171.

<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.02.003>

- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P. y Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212144720301940>
- Glover, N. G., Sylvers, P. D., Shearer, E. M., Kane, M. C., Clasen, P. C., Epler, A. J. y Jakupcak, M. (2016). The efficacy of focused acceptance and commitment therapy in VA primary care. *Psychological Services*, 13(2), 156-161. <https://doi.org/10.1037/ser0000062>
- Gutiérrez, O., Luciano, C., Rodríguez, M. y Fink, B. C. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35(4), 767-783. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80019-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80019-4)
- Haas, E., Hill, R. D., Lambert, M. J. y Morrell, B. (2002). Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains? *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1157-1172. <https://doi.org/10.1002/jclp.10044>
- Hacker, T., Stone, P. y MacBeth, A. (2016). Acceptance and commitment therapy. Do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 190, 551-565. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.053>
- Hahs, A. D., Dixon, M. R. y Paliliunas, D. (2019). Randomized controlled trial of a brief acceptance and commitment training for parents of individuals diagnosed with autism spectrum disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 154-159. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.03.002>
- Hanna, F. J. (2002). *Therapy with difficult clients: Using the precursors model to awaken change*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10428-000>
- Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13(12), 673-685. <https://doi.org/10.1037/h0047884>
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C. (2019). Acceptance and commitment therapy: Towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry*, 18(2), 226-227.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*.



Kluwer Academic/Plenum Publishers.

- Hayes, S. C., Hayes, L. J., Reese, H. W. y Sarbin, T. R. (eds.) (1993). *Varieties of scientific contextualism*. Context Press.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L. y Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789411000666> via%3Dihub
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. y Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35(1), 35-54. [https://scholarworks.gsu.edu/psych\\_facpub/82](https://scholarworks.gsu.edu/psych_facpub/82)
- Hayes, S. C., Sanford, B. T. y Chin, F. T. (2017). Carrying the baton: Evolution science and a contextual behavioral analysis of language and cognition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(3), 314-328. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.01.002>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Strosahl, K. y Follette, V. M. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1151-1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hayes, S. C. y Follette, W. C. (1992). Can functional analysis provide a substitute for syndromal classification? *Behavioral Assessment*, 14(3-4), 345-365.
- Hayes, S. C. y Hofmann, S. G. (eds.) (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C. y Smith, S. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida: la nueva*

- terapia de aceptación y compromiso*. Declée de Brower.
- Haynes, S. N. y O'Brien, W. H. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. Kluwer/Plenum.
- Hilton, M. F., Whiteford, H. A., Sheridan, J. S., Cleary, C. M., Chant, D. C., Wang, P. S. y Kessler, R. C. (2008). The prevalence of psychological distress in employees and associated occupational risk factors. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(7), 746-757. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31817e9171>
- Hofmann, S. G. y Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37-50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Holman, G., Kanter, J., Tsai, M. y Kohlenberg, R. (2017). *Functional analytic psychotherapy made simple: A practical guide to therapeutic relationships*. New Harbinger Publications.
- Holman, G., Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (2012). Development and preliminary evaluation of a FAP protocol: Brief relationship enhancement. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 52-57. <https://dx.doi.org/10.1037/h0100937>
- Holman, G. y Koerner, K. (2014). Single case designs in clinical practice: A contemporary CBS perspective on why and how to. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 138-147. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.04.006>
- Holt-Lunstad, J. y Smith, T. B. (2012). Social relationships and mortality. *Social and Personality Psychology Compass*, 6(1), 41-53. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00406.x>
- Horvath, A. O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory: An introduction to the special issue. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 3-7. <https://doi.org/10.1080/10503300512331339143>
- Huck, R. L. (2020). *The role of implicit theories in psychological flexibility and mental health* (doctoral dissertation). Southern Illinois: University of Edwardsville.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E. y Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295-304. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.295>



- Jamieson, J. P., Nock, M. K. y Mendes, W. B. (2012). Mind over matter: Reappraising arousal improves cardiovascular and cognitive responses to stress. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(3), 417-422. <https://doi.org/10.1037/a0025719>
- Kanter, J. W., Kuczynski, A. M., Manbeck, K., Corey, M. D. y Wallace, E. C. (2020). *An integrative contextual behavioral science model of intimate relations*. En prensa. <https://doi.org/10.31234/osf.io/sjhke>
- Kanter, J. W., Manbeck, K., Kuczynski, A. M., Maitland, D. M., Villas-Bôas, A. y Reyes, M. (2017). A comprehensive review of research on Functional Analytic Psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 58, 141-156. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.010>
- Kanter, J. W., Tsai, M. y Kohlenberg, R. J. (2010). *The practice of Functional Analytic Psychotherapy*. Springer.
- Kazdin, A. E. (2003). Clinical significance: Measuring whether interventions make a difference. En A. E. Kazdin (ed.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (pp. 691-710). American Psychological Association.
- Kazdin, A. E. (2018). Single-case experimental designs: Evaluating interventions in research and clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 3-17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.015>
- Kihlstrom, F. (2002). To honor Kraepelin: From symptoms to pathology in the diagnosis of mental illness. En L. E. Beutler y M. L. Malik (eds.), *Rethinking the DSM: A psychological perspective* (pp. 279-303). American Psychological Association.
- Kissi, A., Harte, C., Hughes, S., De Houwer, J. y Crombez, G. (2020). The rule-based insensitivity effect: A systematic review. *Brain and Cognition*, PeerJ8:e9496. <https://doi.org/10.7717/peerj.9496>
- Knott, L. E., Wetterneck, C. W., Derr, J. D. y Tolentino, R. (2015). A functional analytic perspective of therapist intimacy in and out of session. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9(4), 6-10.
- Kohlenberg, B. S. y Callaghan, G. M. (2010). FAP and ACT: Similarities, divergence and integration. En J. W. Kanter, M. Tsai y R. J. Kohlenberg (eds.), *The practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp. 31-46). Springer.
- Kohlenberg, B. S. y Gifford, E. (1998). *FACT (FAP and ACT): Clinical*

- behavior analysts do it in-vivo*. En 24th Annual Meeting of the Association for Behavior Analysis. Orlando.
- Kohlenberg, R. J., Hayes, S. C. y Tsai, M. (1993). Radical behavioral psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13(6), 579-592. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(93\)90047-P](https://doi.org/10.1016/0272-7358(93)90047-P)
- Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y., Parker, C. y Tsai, M. (2002). Enhancing cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 213-229. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80051-7](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80051-7)
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. Plenum. Traducción al castellano en 2009. Málaga: Servicio Publicaciones UMA.
- Kohtala, A., Lappalainen, R., Savonen, L., Timo, E. y Tolvanen, A. (2015). A four-session acceptance and commitment therapy-based intervention for depressive symptoms delivered by master's degree level psychology students: A preliminary study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43, 360-373. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000969>
- Kuczynski, A. M., Kanter, J. W., Wetterneck, C. T., Olaz, F. O., Singh, R. S., Lee, E. B., ..., y Manbeck, K. E. (2019). Measuring intimacy as a contextual behavioral process: Psychometric development and evaluation of the awareness, courage, and responsiveness scale. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 199-208. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.02.004>
- Kyllönen, H. M., Muotka, J., Puolakanaho, A., Astikainen, P., Keinonen, K. y Lappalainen, R. (2018). A brief acceptance and commitment therapy intervention for depression: A randomized controlled trial with 3-year follow-up for the intervention group. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 55-63. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.08.009>
- Lambert, M. J. (2011). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En M. J. Lambert (ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 219-257). John Wiley and Sons.
- Lambert, M. J., Bergin, A. E. y Garfield, S. L. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En M. Hensen et al. (eds.), *Encyclopedia of Psychotherapy* (vol. I., pp. 709-714). Elsevier.
- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J. y Hayes, S. C. (2012). The impact

- of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy*, 43(4), 741-756. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.05.003>
- López, E. y Costa, M. (2014). *Los problemas psicológicos no son enfermedades: Una crítica radical de la psicopatología*. Pirámide.
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 3-14.
- Macías, J. J., Valero, L., Bond, F. y Blanca, M. J. (2019). The efficacy of functional-analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy (FACT) for public employees. *Psicothema*, 31(1), 24-29. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=4510>
- Maitland, D. W., Kanter, J. W., Manbeck, K. E. y Kuczynski, A. M. (2017). Relationship science informed clinically relevant behaviors in Functional Analytic Psychotherapy: The awareness, courage, and love model. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 347-359. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.07.002>
- Maitland, D. W., Petts, R. A., Knott, L. E., Briggs, C. A., Moore, J. A. y Gaynor, S. T. (2016a). A randomized controlled trial of functional analytic psychotherapy versus watchful waiting: Enhancing social connectedness and reducing anxiety and avoidance. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 16(3), 103-122. <https://psycnet.apa.org/fulltext/2016-38620-001.html>
- Maitland, D. W., Kanter, J. W., Tsai, M., Kuczynski, A. M., Manbeck, K. E. y Kohlenberg, R. J. (2016b). Preliminary findings on the effects of online functional analytic psychotherapy training on therapist competency. *The Psychological Record*, 66(4), 627-637. <https://doi.org/10.1007/s40732-016-0198-8>
- Mangabeira, V., Del Prette, G. y Kanter, J. (2012). Functional Analytic Psychotherapy: A review of publications from 1990 to 2010. *International Journal of Behavior Consultation and Therapy*, 7, 78-89. <https://doi.org/10.1037/h0100941>
- Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F. y Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 477-485. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.10.008>
- McHugh, L., Barnes-Holmes, Y. y Barnes-Holmes, D. (2004). Perspective-

- taking as relational responding: A developmental profile. *The Psychological Record*, 54(1), 115-144. <https://doi.org/10.1007/BF03395465>
- Meier, S. T. (2013). *Measuring change in counseling and psychotherapy*. Guilford Publications.
- Miller, A., Williams, M. T., Wetterneck, C. T., Kanter, J. y Tsai, M. (2015). Using functional analytic psychotherapy to improve awareness and connection in racially diverse client-therapist dyads. *The Behavior Therapist*, 4, 150-156.
- Molenaar, P. J., Boom, Y., Peen, J., Schoevers, R. A., Van, R. y Dekker, J. J. (2011). Is there a dose-effect relationship between the number of psychotherapy sessions and improvement of social functioning? *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 268-282. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21810106/>
- Monestès Ruiz, F. J., Miselli, G., Presti, G., Luciano, C., Villate, M., Bond, F. N., Kishita, N. y Hayes, S. C. (2016). Experiential avoidance as a common psychological process in european cultures. *European Journal of Psychological Assessment*, 34(4), 247-257. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000327>
- Niles, A. N., Burklund, L. J., Arch, J. J., Lieberman, M. D., Saxbe, D. y Craske, M. G. (2014). Cognitive mediators of treatment for social anxiety disorder: Comparing acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy. *Behavior Therapy*, 45, 664-677. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.04.006>
- Nolen-Hocksema, S. (2004). *Mujeres que piensan demasiado: cómo evitar los pensamientos repetitivos y vencer la ansiedad*. Paidós.
- O'Connor, D. B., Thayer, J. F. y Vedhara, K. (2020). Stress and health: A review of psychobiological processes. *Annual Review of Psychology*, 72(1). <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-062520-122331>
- O'Hora, D. y Barnes-Holmes, D. (2004). Instructional control: Developing a relational frame analysis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 263-284.
- O'Toole, C. y Barnes-Holmes, D. (2009). Three chronometric indices of relational responding as predictors of performance on a brief intelligence test: The importance of relational flexibility. *The Psychological Record*, 59(1), 119-132. <https://doi.org/10.1007/BF03395652>

- Öst, L. G. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105-121. <https://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>
- Páez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S. y Luciano, M. C. (2006). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1-20. <http://hdl.handle.net/10481/38011>
- Páez-Blarrina, M. y Luciano, C. (2012). La integración de ACT y FAP en el trabajo con patrones rígidos de comportamiento. En M. Páez-Blarrina y O. Gutiérrez-Martínez (eds.), *Múltiples aplicaciones de la terapia de aceptación y compromiso* (pp. 47-72). Pirámide.
- Paul, R. H., Marx, B. P. y Orsillo, S. M. (1999). Acceptance-based psychotherapy in the treatment of an adjudicated exhibitionist: A case example. *Behavior Therapy*, 30(1), 149-162. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(99\)80051-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(99)80051-3)
- Pepper, S. C. (1942). *World hypotheses: A study in evidence*. University of California Press.
- Pérez-Álvarez, M. (2012a). Third-generation therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 291-310.
- Pérez-Álvarez, M. (2012b). *Las raíces de la psicopatología moderna: la melancolía y la esquizofrenia*. Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M. (2018). Para pensar la psicología más allá de la mente y el cerebro: un enfoque transteórico. *Papeles del Psicólogo*, 39(3), 161-173. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2875>
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Paper*, 40(1), 1-14. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877>
- Pérez-Álvarez, M. (2020). El embrollo científico de la psicoterapia: cómo salir. *Papeles del Psicólogo*, 41(13), 174-185. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2944.pdf>
- Pérez-Álvarez, M., Sánchez, J. C. y Cabanas, E. (2018). *La vida real en tiempo de la felicidad: crítica de la psicología (y de la ideología) positiva*. Alianza Ensayo.
- Pérez-Álvarez, M. y González-Pardo, H. (2007). *La intervención de*

- trastornos mentales: ¿escuchando al fármaco o al paciente?* Alianza Editorial.
- Perls, F. S., Goodman, P. y Hefferline, R. (1951/2002). *Terapia gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Taylor Stoehr.
- Pinker, S. (2000). *Cómo trabaja la mente*. Destino.
- Polk, K. L. y Schoendorff, B. E. (2014). *The ACT matrix: A new approach to building psychological flexibility across settings and populations*. Context Press.
- Powers, M. B., Zum Vorde Sive Vording, M. B. y Emmelkamp, M. P. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 73-80. <https://doi.org/10.1159/000190790>
- Raskin, N. J. y Rogers, C. R. (1989). Person-centered therapy. En R. J. Corsini y D. Wedding (eds.), *Current Psychotherapies* (pp. 155-196). Peacock.
- Reis, H. T. y Gable, S. L. (2015). Responsiveness. *Current Opinion in Psychology*, 1(1), 67-71. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.01.001>
- Reyes, M. A., Miranda, E. M., Fresan, A., Vargas, A. N., Barragán, S. C., Robles, R. y Arango, I. (2020). Clinical efficacy of a combined acceptance and commitment therapy, dialectical behavioural therapy, and functional analytic psychotherapy intervention in patients with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(3), 474-489. <https://doi.org/10.1111/papt.12240>
- Richter, D., Wall, A., Bruen, A. y Whittington, R. (2019). Is the global prevalence rate of adult mental illness increasing? Systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(5), 393-407. <https://doi.org/10.1111/acps.13083>
- Rogers, C. R. (1957/1981). *Psicoterapia centrada en el cliente: práctica, implicaciones y teoría*. Paidós.
- Rojas-Marcos, L. (2010). *Superar la adversidad: el poder de la resiliencia*. Espasa-Calpe.
- Rolffs, J. L., Rogge, R. D. y Wilson, K. G. (2018). Disentangling components of flexibility via the hexaflex model: Development and validation of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI). *Assessment*, 25(4), 458-482. <https://doi.org/10.1177/1073191116645905>
- Rosenthal, B. y Wilson, W. C. (2008). Mental health services: Use and disparity among diverse college students. *Journal of American College*



- Health*, 57(1), 61-68. <https://doi.org/10.3200/JACH.57.1.61-68>
- Ruiz, F. J., Flórez, C. L., García, M. B., Monroy, A., Barreto, K., García, D., Riaño, D., Sierra, M. A., Suárez, J. C., Cardona, V. y Gil, B. (2018). A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.04.004>
- Ruiz-Sánchez, J. J. y Ruiz-Miñarro, I. (2018). *Psicoterapia analítica funcional de grupo*. EDUAL.
- Sandin, B., Chohrot, P. y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203.
- Sidman, M. (2009). Equivalence relations and behavior: An introductory tutorial. *The Analysis of Verbal Behavior*, 25, 5-17. <https://doi.org/10.1007/BF03393066>
- Singh, R. S. y O'Brien, W. H. (2017). A quantitative synthesis of Functional Analytic Psychotherapy single-subject research. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 7, 35-46. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.11.004>
- Skinner, B. F. (1938/1975). *La conducta de los organismos*. Fontanella.
- Skinner, B. F. (1953/1978). *Ciencia y conducta humana*. Fontanella.
- Skinner, B. F. (1957/1981). *Conducta verbal*. Trillas.
- Skinner, B. F. (1966). An operant analysis of problem solving. En B. Kleinmuntz (ed.), *Problem solving: Research, method, and theory* (pp. 133-171). John Wiley and Sons.
- Skinner, B. F. (1974/1977). *Sobre el conductismo*. Fontanella.
- Skinner, B. F. (1982). Contrived reinforcement. *The Behavior Analyst*, 5(1), 3-8. <https://doi.org/10.1007/BF03393135>
- Spidel, A., Lecomte, T., Kealy, D. y Daigneault, I. (2018). Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and Psychotherapy*, 91(2), 248-261. <https://doi.org/10.1111/papt.12159>
- Spleen, A. M., Lengerich, E. J., Camacho, F. T. y Vanderpool, R. C. (2014). Health care avoidance among rural populations: Results from a nationally representative survey. *The Journal of Rural Health*, 30(1), 79-88. <https://doi.org/10.1111/jrh.12032>

- Strosahl, K. D., Robinson, P. y Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change: Principles y practice of focused acceptance y commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Strosahl, K. D. y Robinson, P. J. (2015). *In this moment: Five steps to transcending stress using mindfulness and neuroscience*. New Harbinger Publications.
- Sun, H., Tan, Q., Fan, G. y Tsui, Q. (2014). Different effects of rumination on depression: Key role of hope. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(53). <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-53>
- Szasz, T. S. (1974). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. Harper y Row.
- Szasz, T. S. (2007). *The medicalization of everyday life*. (selected essays). Syracuse University Press.
- Titchener, E. B. (1916). *A text-book of psychology*. MacMillan.
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y. y Bond, F. W. (2015). RFT for clinical practice: Three core strategies in understanding and treating human suffering. *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 254-272). John Wiley and Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118489857.ch12>
- Tsai, M., Gustafsson, T., Kanter, J., Plummer Loudon, M. y Kohlenberg, R. J. (2017). Saying good goodbyes to your clients: A functional analytic psychotherapy (FAP) perspective. *Psychotherapy*, 54(1), 22-28. <https://doi.org/10.1037/pst0000091>
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C. y Callaghan, G. M. (2009). *A guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, courage, love and behaviorism*. Springer.
- Tsai, M., Mandell, T., Maitland, D., Kanter, J. y Kolenberg, R. J. (2016). Reducing inadvertent clinical errors: Guidelines from Functional Analytic Psychotherapy. *Psychotherapy*, 53(3), 331-335. <https://doi.org/10.1037/pst0000065>
- Tsai, M., Plummer, M. D., Kanter, J. W., Newring, R. W. y Kohlenberg, R. J. (2010). Therapist grief and functional analytic psychotherapy: Strategic self-disclosure of personal loss. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s10879-009-9116-6>
- Tsai, M., Yoo, D., Hardebeck, E. J., Loudon, M. P. y Kohlenberg, R. J. (2019). Creating safe, evocative, attuned, and mutually vulnerable therapeutic



- beginnings: Strategies from Functional Analytic Psychotherapy. *Psychotherapy*, 56(1), 55-61. <https://doi.org/10.1037/pst0000203>
- Tyndall, I., Waldeck, D., Pancani, L., Whelan, R., Roche, B. y Dawson, D. L. (2019). The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) as a measure of experiential avoidance: Concerns over discriminant validity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 278-284. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.09.005>
- Vaca-Ferrer, R., Ferro-García, R. y Valero-Aguayo, L. (2020). Efficacy of a group intervention program with women victims of gender violence in the framework of contextual therapies. *Anales de Psicología*, 36(2), 188-199. <https://doi.org/10.6018/analesps.396901>
- Valero, L. y Ferro, R. (2015). *Psicoterapia analítica funcional: el análisis funcional en la sesión clínica*. Síntesis.
- Valero, L. y Ferro, R. (2018). *Tratando con psicoterapia analítica funcional*. Pirámide.
- Vandenberghe, L. y Do Rego-Leite, U. (2018). Functional Analytic Group Therapy (FAGT) for depression: A pilot study. *The Psychological Record*, 68(2), 231-238. [https://www.researchgate.net/publication/324811759\\_Functional\\_Analytic\\_](https://www.researchgate.net/publication/324811759_Functional_Analytic)
- Vázquez, R., León, J. M., Martín, A. y Vázquez, A. (2019). Validation of a spanish version of the Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ) in clinical population. *Psicothema*, 31(3), 335-340.
- Veehof, M. M., Oskam, M.-J., Schreurs, K. M. G. y Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152, 533-542. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.11.002>
- Vicente, M. P., Macías, D., Fuente, C., González, D., Montero, D. y Catalá, F. (2013). Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el período de 2000-2011. *Revista Española de Salud Pública*, 83(3), 247-255. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272013000300004>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy: An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Watson, J. B. y Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), 1-14.

- White, R. G., Gregg, J., Batten, S., Hayes, L. L. y Kasujja, K. (2017). Contextual behavioral science and global mental health: Synergies and opportunities. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(3), 245-251. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.07.001>
- Wilson, K. G. (2007). *The hexaflex diagnostic: A fully dimensional approach to assessment, treatment, and case conceptualization*. Presidential address presented at the annual convention of the Association for Contextual Behavioral Science. Houston.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.
- Wittgenstein, L. (1949/1988). *Investigaciones filosóficas*. Crítica.
- Wolgast, M. (2014). What does the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) really measure? *Behavior Therapy*, 45, 831-839. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.07.002>
- World Health Organization (2011). *Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level*. Ginebra: World Health Organization. <https://www.who.int/iris/handle/10665/78898>
- World Health Organization (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. [https://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/)
- Yalom, I. D. (1980/1984). *Psicoterapia existencial*. Herder.
- Yalom, I. D. (2011). *La cura Schopenhauer*. Neri Pozza Editore.
- Zettle, R. D., Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Biglan, A. (2016). *The Wiley handbook of contextual behavioral science*. Wiley Blackwell.

Edición en formato digital: 2021

Director: Francisco J. Labrador  
© Juan José Macías Morón, Luis Valero Aguayo  
© Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.), 2021  
Calle Juan Ignacio Luca de Tena, 15  
28027 Madrid  
[piramide@anaya.es](mailto:piramide@anaya.es)

ISBN ebook: 978-84-368-4413-9

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del Copyright.

Conversión a formato digital: REGA

[www.edicionespiramide.es](http://www.edicionespiramide.es)