

CROQUIS

Una guía clínica de Terapia de Aceptación y Compromiso

FABIÁN MAERO



EDITORIAL DUNKEN

Un croquis es un dibujo a mano alzada, el esbozo simplificado de una idea o un recorrido. Este libro ha surgido como eso: un croquis que proporciona algunas sugerencias a mano alzada para guiarse en la clínica de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). No se trata de una descripción canónica y definitiva de ACT, sino de un mapa que, aunque personal y provisorio, puede resultar útil para terapeutas con interés en el modelo.

En el texto se revisan los conceptos centrales de ACT: el modelo de flexibilidad psicológica y su vínculo con los procesos conductuales básicos, principios para conceptualización de caso, aspectos relevantes para la relación terapéutica y las intervenciones clínicas, entre otros temas.

Se trata de un texto que, con un poco de suerte, puede ayudarles a crear su propio croquis de ACT.

Fabián Maero

Psicólogo y Profesor en Psicología. Dilettante profesional en ciencia contextual conductual aplicada a la psicología clínica y nociones vinculadas, ha publicado varios libros sobre el tema, algunos de ellos de manera voluntaria. Docente en cursos de posgrado en la Universidad de Buenos Aires, sin perjuicio de lo cual ha dictado talleres y conferencias en Argentina y en Iberoamérica, en separadas ocasiones.

Otros libros por el autor

- Terapia de Aceptación y Compromiso con Adolescentes.
- Pugliese, Pugliese, Pugliese: principios de cooperación para agrupaciones musicales.
- Tratamiento de Activación Conductual para Depresión: protocolo y guía clínica.

FABIÁN MAERO

CROQUIS

**Una guía clínica
de Terapia de Aceptación
y Compromiso**

EDITORIAL DUNKEN

Buenos Aires

2022

Maero, Fabián

Croquis: una guía clínica de Terapia de Aceptación y Compromiso / Fabián Maero.

1a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Dunken, 2022.

Libro digital, EPUB

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-85-1878-7

1. Psicología. I. Título.

CDD 150

Contenido y corrección a cargo del autor.

Diseño de tapa e ilustraciones: Leslie Molina.

Ayacucho 357 (C1025AAG) - Capital Federal

Tel/fax: 4954-7700 / 4954-7300

E-mail: info@dunken.com.ar

Página web: www.dunken.com.ar

Hecho el depósito que prevé la ley 11,723

© 2022 Fabián Maero

e-mail: fabimaero@gmail.com

ISBN 978-987-85-1878-7

AGRADECIMIENTOS

A pesar de las apariencias, un libro no es resultado de un esfuerzo individual sino más bien el punto de convergencia de un esfuerzo sostenido por el apoyo de numerosas personas. Hay dos grandes grupos de personas a las cuales les debo gratitud: a las que permitieron que el autor permanezca aproximadamente entero, y a las que ayudaron a que el texto viera la luz de la mejor manera posible. Por la primera categoría querría agradecer a Tano Bonadío, Felipe González, Adrián y Stella, y a todo el equipo de Villa. Por la segunda categoría, querría agradecer a Julia Balakuniec por la transcripción inicial, a Guido Korman, Manuela O'Connell, María Noel Anchorena, y David Marder, por las cálidas y generosas sugerencias y comentarios al texto. Un agradecimiento especial va para Dana Clein, que ha integrado ambas categorías. Otro agradecimiento especial va para Matilda, que no participó en ninguna, pero que siempre hace que las cosas sean mejores.

ÍNDICE

[Prefacio](#)

[Introducción](#)

Parte 1: **Las bases de ACT**

[Capítulo 1: ¿Qué es ACT?](#)
[Capítulo 2: La evidencia de ACT](#)
[Capítulo 3: ACT y el sufrimiento](#)
[Capítulo 4: Conductismo, lenguaje, y otras formas de pasarla mal](#)
[Capítulo 5: Una mirada conductual sobre el lenguaje](#)
[Capítulo 6: El modelo de flexibilidad psicológica](#)

Parte 2: **Aspectos Generales de la Clínica de ACT**

[Capítulo 7: ACT en la práctica clínica](#)
[Capítulo 8: Principios guía de la práctica de ACT](#)
[Capítulo 9: La relación terapéutica como contexto](#)
[Capítulo 10: Incomodidades clínicas en ACT](#)
[Capítulo 11: Los qué de la práctica de ACT](#)
[Capítulo 12: Recabando información clínicamente relevante](#)
[Capítulo 13: Evaluando los procesos de flexibilidad psicológica en la conceptualización de caso](#)
[Capítulo 14: Formulando una conceptualización de caso](#)
[Capítulo 15: Acordar objetivos de terapia y obtener un consentimiento informado](#)

Parte 3: **Las intervenciones de ACT**

[Capítulo 16: Estructura del tratamiento](#)
[Capítulo 17: La clínica en ACT](#)
[Capítulo 18: Aceptación](#)
[Capítulo 19: Defusión](#)
[Capítulo 20: Contacto con el presente](#)
[Capítulo 21: Self y perspectiva](#)
[Capítulo 22: Valores](#)
[Capítulo 23: Acción comprometida](#)
[Capítulo 24: Integrando los procesos de flexibilidad psicológica](#)
[Capítulo 25: Siguiendo el camino ACT](#)

[Epílogo](#)

[Referencias](#)

PREFACIO

Croquis

Del fr. croquis.

1.m. Diseño ligero de un terreno, paisaje o posición militar, que se hace a ojo y sin valerse de instrumentos geométricos.

2.m. Dibujo o esbozo rápido y esquemático.

Crecí en un pequeño pueblo en Santa Fe, en el seno de una familia numerosa y dedicada a la agricultura. Por este motivo, durante mi adolescencia más de una vez he trabajado en las campañas en el campo con mi familia –mi padre, mis tíos, mis primos, y un equipo de trabajo de unas cuatro o cinco personas.

Una campaña agrícola consiste en una labor determinada (por ejemplo, siembra o cosecha) que se lleva a cabo durante la temporada propicia, abarcando distintos terrenos. Generalmente una campaña duraba unas tres o cuatro semanas, durante las cuales cada día se trabajaba en un terreno hasta terminar la tarea en cuestión, se continúa en el siguiente, y así hasta terminar, generalmente cambiando de ubicación cada uno o dos días. Cuando los terrenos de labranza estaban alejados del pueblo (lo cual es la norma más que la excepción) era necesario montar en ellos un campamento provisorio que permitiera descansar y almorzar: armar la mesa, el fogón, y montar la casilla que ofrecía algunas polvorientas comodidades. Durante la campaña, ese campamento se montaba y desmontaba cada vez que el equipo de trabajo cambiaba de campo. Dada mi inexperiencia con la maquinaria agrícola, esa solía ser mi tarea: montar el campamento antes de que llegara el equipo de trabajo, desarmarlo unas horas antes de que se terminara la tarea en ese campo, y llevar todo al siguiente.

Para esto tenía que llegar a cada campo antes que el resto del equipo de trabajo, lo cual era un problema porque no había forma de que yo lograra orientarme para llegar a destino –en mi descargo diría que, en la iterativa pampa santafesina, todos los campos y todos los caminos se parecen. Para orientarme mi papá solía dibujarme en cualquier pedazo de papel un **croquis**, un mapa aproximado de cómo llegar al siguiente campo, acompañado de algunas instrucciones: “hacé dos kilómetros derecho por este camino, doblás a la izquierda, hacés un kilómetro hasta ver un tambo, es la siguiente entrada”.

Por supuesto, a los diez minutos olvidaba las instrucciones, pero tenía conmigo el croquis para guiarme. No estaba hecho a escala, no era preciso ni elegante, y requería no poca interpretación de mi parte, pero me ayudaba a llegar a destino. Esas indicaciones imprecisas e improvisadas me eran útiles.

Este libro ha surgido como eso: es un croquis, algunas indicaciones a mano alzada para guiarse en la clínica de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Con esto quiero decir que no se trata de una descripción canónica y definitiva de ACT, sino de un mapa personal y provisorio. No les podría prometer que como consecuencia de leer este libro vayan a saber ACT, sino más bien que van a saber cómo me gusta pensar el modelo, mi probablemente inexacta forma de entenderlo. Pero guardo la esperanza de que quizá les sirva como guía sobre algunos aspectos básicos del abordaje como así también algunas particularidades de su aplicación clínica.

Habiéndolos prevenido sobre el carácter personal del libro, debería aclarar que este tampoco es un libro que garantice soluciones fáciles y en pocos pasos para todas las situaciones clínicas¹, aunque esto no se debe tanto a las limitaciones del terreno sino a las dificultades de la tarea. Hablaremos de ACT porque es un modelo que facilita la navegación, pero la clínica psicológica es en sí una tarea ardua y compleja; se trata, después de todo, de un arte que está basado en una ciencia. La psicoterapia es similar en este sentido a la ingeniería, que basándose en principios científicos debe encontrar soluciones para construir puentes en terrenos que nunca son dos veces idénticos. La ciencia nos proporciona la mejor guía posible, pero adaptarla y aplicarla de manera habilidosa y lidiar con las particularidades de cada situación es un arte.

Los autores de manuales clínicos (o más bien sus editoriales) gustan de afirmar que su libro es de interés universal para cualquier terapeuta de cualquier orientación. Yo creo que este libro, más que de interés universal, es de interés particular. Lo he escrito con personas específicas en mente: personas que he tenido en mis clases o que he supervisado. Lo he escrito pensando en algunas de las cosas que les querría haber dicho o que hubiera querido que supieran. Ese es el eje central que estructura todo el libro. Por eso he incluido algunas pautas sobre análisis de la conducta, una idea general del modelo de flexibilidad psicológica, rudimentos del manejo clínico de ACT, y algunos principios de intervención². Por eso he elegido enfocarme en los aspectos clínicos más tradicionales de ACT, en lugar de las ideas más recientes o avanzadas –soy más bien conservador en ese aspecto, creo que es preferible familiarizarse con lo básico y que luego cada quien elija su camino. Por eso también le he dedicado varias secciones del libro a temas que no son específicos de ACT, como el consentimiento informado y la exploración de aspectos vitales relevantes, porque con frecuencia me he encontrado con déficits en esas áreas en la formación de terapeutas.

Como verán por la enumeración de temas, es muy probable que se encuentren con contenidos con los cuales ya estén familiarizados. Siéntanse libres de saltar esas partes, el libro se deja leer igual.

Algunas consideraciones con respecto a ciertas elecciones estilísticas de este libro: en primer lugar, he optado por usar el término **pacientes** en lugar de **clientes** o **consultantes** por el simple motivo de que es práctica común en mi contexto sociocultural y estoy más acostumbrado a ello. En segundo lugar, he intentado evitar las expresiones que involucren la conjugación argentina del castellano (en particular el **voseo**), pero cuando no me ha quedado más remedio, he optado por el “tú” por ser de más amplia aplicación, por lo cual pido disculpas a mis conciudadanos –es el costo de la idiosincrasia lingüística. Finalmente: si bien simpatizo con la ética del lenguaje inclusivo (que me parece especialmente relevante en una disciplina integrada en su enorme mayoría por mujeres), el uso de género neutro o neologismos en la escritura me resultan por falta de costumbre algo incómodas para escribir, motivo por el cual he adoptado el procedimiento un tanto menos intrusivo de variar el género gramatical a lo largo del texto, favoreciendo en general el uso del femenino.

¹ A pesar de las apariencias, no estoy tratando de desalentar la lectura del libro, sino más bien de ser honesto respecto a lo que pueden esperar de él.

² Por esta razón el libro se lee como una dudosa mezcla de un poco de análisis de la conducta, un poco de ACT, y un poco de clínica general, todo sazonado con menos criterio que entusiasmo.

INTRODUCCIÓN

La práctica de la psicoterapia requiere lidiar constantemente con lo novedoso e inesperado. Cada persona, cada sesión, cada situación clínica es única, en un sentido profundo: ninguna se configura de la misma manera que otra, por lo cual cada vez tenemos que lidiar con aspectos diferentes. Una intervención que funciona con una paciente no funciona de la misma manera con otra, un protocolo que abarca diez sesiones termina llevándonos quince con un paciente y siete con otro. Para sumarle dificultad, una buena parte de las decisiones clínicas tienen que tomarse en el momento, sin posibilidad de planeamiento y anticipación.

Por estos factores la psicoterapia requiere alguna clase de guía, un mapa para navegar el territorio que se atraviesa, ya que guiarse sólo por ensayo y error no es aquí una buena idea: aprender de nuestros errores implica primero cometerlos, algo cuestionable cuando las consecuencias son pagadas por otras personas. Un buen mapa nos ayuda a utilizar la experiencia de otras personas y lo que la investigación sugiere para equivocarnos lo menos posible (o al menos, para no repetir los errores ajenos, limitándonos a nuestros propios errores).

ACT es un mapa clínico o, más precisamente, un modelo de psicoterapia. Uno de los muchos que integran el campo de la psicoterapia, claro está, pero creo que uno particularmente útil. Para explicar esto, querría detenerme en algunas consideraciones preliminares sobre cómo podemos pensar a un modelo y su función en la clínica.

¿Qué es un modelo?

ACT no es un protocolo, un procedimiento, ni un conjunto de técnicas, sino un modelo clínico. Esta es una distinción relevante porque el campo heterogéneo de la psicoterapia está integrado tanto por técnicas y procedimientos como por modelos propiamente dichos, y creo que discutir sobre las diferencias entre ambos conceptos puede resultar útil.

Podemos pensar a un modelo como una conceptualización psicológica que abarca tres cuestiones centrales: psicopatología, salud, e intervenciones. Estos son términos genéricos cuyo sentido específico varía para cada modelo, por lo cual es necesario detallar a qué me refiero.

En primer lugar, un modelo adopta o postula una determinada forma de entender los fenómenos clínicos y sus causas. Es decir, con mayor o menor precisión, un modelo señala cuáles son los aspectos relevantes y cuáles no de los fenómenos clínicos, y cuáles son los factores que dan lugar a la psicopatología.

En segundo lugar, un modelo postula una posición particular sobre qué constituye la salud o el resultado terapéutico deseable, por lo que suele incluir algún tipo de indicadores de lo que es deseable que suceda.

En tercer lugar, un modelo postula cuál es la vía para arribar a los resultados deseados, a través de presentar técnicas o detallando de qué manera proceder en concreto.

Es decir, un modelo se puede representar como un triángulo en cuyos vértices ubicamos: a) una definición del problema, b) una definición de la solución, y c) la vía para ir de uno a otro de esos vértices. Cada uno de estos puntos puede estar explicitado o permanecer como un supuesto subyacente, y los modelos se distinguen según la respuesta que dan a esos tres vértices.

Esta noción de modelo es simplemente una forma de organizar el campo de la psicoterapia y diferenciar claramente cuándo estamos hablando de modelos y cuándo de técnicas. Podríamos decirlo así: un modelo es un mapa, mientras que una técnica es un vehículo. El primero nos orienta, la segunda nos permite llegar a donde queremos. En términos de utilidad clínica, las técnicas ocupan un lugar relativamente secundario: de poco nos sirve tener un vehículo estupendo si no sabemos qué dirección seguir.

Lo que caracteriza a un modelo y lo distingue de otro no son meramente sus técnicas, sino más bien los postulados en cada uno de los tres vértices mencionados. Es por esto que una misma técnica puede ser adoptada por diferentes modelos, como así también técnicas y procedimientos muy diferentes entre sí pueden utilizarse al servicio de un mismo modelo, sin que esto implique necesariamente una inconsistencia conceptual. Por ejemplo, el recurso técnico de planificación de actividades es utilizado de distintas maneras por varios modelos (por ejemplo, en abordajes conductuales, sistémicos y cognitivos), mientras que un modelo como terapia cognitivo conductual puede utilizar técnicas tan dispares como la relajación muscular progresiva y el diálogo socrático.

Estamos frente a distintos modelos cuando los supuestos en cada vértice varían significativamente. La terapia cognitiva, el psicoanálisis freudiano, la terapia sistémica, y la terapia conductual, por citar algunos, constituyen modelos distintos, ya que adoptan diferentes posiciones sobre la génesis de los problemas clínicos, sobre cuáles son los objetivos clínicos a lograr, y de qué manera.

Terapia de Aceptación y Compromiso es también un modelo en este sentido, uno cuyos vértices, con un poco de suerte, visitaremos a lo largo del libro.

¿Para qué sirve un modelo?

Un modelo nos ayuda a mirar, a escuchar, a intervenir. Por ese motivo (y no puedo enfatizar suficientemente esto) en el trabajo clínico **es imposible carecer de uno**. Con esto no quiero decir que sea importante, sino que es ineludible.

Todo trabajo clínico se realiza desde una determinada posición sobre la naturaleza del problema clínico, la dirección deseada para el tratamiento, y cómo es necesario intervenir para avanzar en esa dirección. Dado que es imposible en el curso de un tratamiento psicológico indagar **todo** sobre los pacientes y usar **todas** las intervenciones, es necesario utilizar algún criterio para priorizar qué información recabar, y de qué manera intervenir para obtener los resultados terapéuticos deseados. Un modelo **es** ese criterio.

Hay dos objeciones que se le suelen hacer a la idea de distintos modelos de terapia.

La primera es una que he escuchado demasiadas veces (para mi paciencia al menos), y que reza que los modelos teóricos son irrelevantes y que lo importante es el surtido de herramientas técnicas que se manejen. Personalmente, creo que quien postula eso no ha agarrado una caja de herramientas en su vida: el noventa por ciento de los problemas de tipo mecánico (y un porcentaje no desdeñable de los de otro tipo) se pueden solucionar con un par de destornilladores, una pinza y un martillo –**si se sabe cómo usarlos**. Esto es, si se tiene una idea de cómo funciona lo que se ha descompuesto y cómo repararlo. Un plomero no les cobra por las herramientas que tiene, sino por saber qué hacer con ellas. Lo importante no es el tamaño de la caja de herramientas, sino saber usarla. En clínica el modelo es lo que nos dice cómo usar esas herramientas.

Pero, curiosamente, también se suele objetar contra la idea de distintos modelos desde la esquina opuesta, a saber: no es necesario adoptar un modelo específico porque hay solo una forma viable de proceder: aquella basada en la evidencia. Esta objeción, que podemos llamar del **modelo único**, es más seria y merece considerarse en más detalle.

Creo que esta posición tiene algunos puntos débiles que quizá se resuelvan en el futuro pero que de momento la hacen insostenible. En primer lugar, encontramos que modelos que tienen marcadas diferencias en términos de psicopatología, salud, e intervenciones cuentan con similar evidencia empírica para el mismo tipo de problemas clínicos (por ejemplo, véase Storebø et al., 2020), por lo cual seguir la evidencia en el estado actual de la disciplina nos puede llevar por caminos muy distintos, no a una sola forma de terapia.

Por ejemplo, si nos guiáramos por la evidencia para depresión, encontraríamos que los tratamientos con evidencia incluyen abordajes tan dispares como terapia cognitiva (Hollon et al., 2006, activación conductual (Dimidjian et al., 2011), y psicoterapia psicodinámica breve (Leichsenring, 2001; Leichsenring et al., 2013), modelos que tienen marcadas diferencias técnicas y conceptuales entre sí. Postular que hay sólo un modelo válido podría aplicar para algunos problemas psicológicos para los cuales la evidencia apunta más claramente en una única dirección (por ejemplo, en el caso de las fobias simples), pero generalizar esto a todo el resto de los fenómenos clínicos es una conjetura para la cual aún no hay evidencia suficiente.

El segundo punto que podemos cuestionar de la hipótesis del modelo único es que la conceptualización de salud y enfermedad de los modelos se basa en convenciones, acuerdos, y consensos adoptados por seres humanos en contextos históricos específicos y cambiantes. Los criterios diagnósticos cambian, se agregan cuadros psicopatológicos nuevos, se eliminan otros, aparecen nuevas intervenciones y distintas formas de pensar la mejoría, lo cual nos puede volver un poco reticentes a adoptar la creencia de que es posible formular una suerte de meta-modelo único y definitivo.

Por todo esto la posición más prudente en este momento parecería ser reconocer la existencia de diferentes modelos clínicos, con diferentes supuestos, distintas vías de acción, y distintos grados de evidencia.

La adecuación de los modelos

Esto no significa afirmar que todos los modelos sean igualmente adecuados, por supuesto. Hay diferentes tipos de mapas, pero esto no significa que todos sean igualmente útiles. Un modelo de psicoterapia puede tener diversas limitaciones que eventualmente se reflejan en dificultades clínicas.

Por ejemplo, no es inusual encontrarse con modelos clínicos que se apoyan en evidencia más bien pobre, como observaciones clínicas no controladas, anécdotas, o meramente la opinión de quien los postula. Cuando esto pasa los modelos tienden a volverse dogmáticos: cuando la evidencia es abandonada como criterio las personas tienden a apoyarse en la tradición y en la autoridad de expertos, lo cual dificulta la investigación rigurosa, impidiendo que el modelo aprenda de sus errores.

Otra característica que vuelve a los modelos inadecuados como mapas clínicos son las ambigüedades o inconsistencias en los postulados básicos de psicopatología, salud, e intervenciones. Por ejemplo, un modelo puede ofrecer una concepción medianamente sofisticada sobre la psicopatología y la salud, pero sin especificar un camino claro y operativo para pasar de la primera a la segunda. En esos casos el modelo resulta mejor para **explicar** los fenómenos clínicos que para intervenir sobre ellos.

También se da el caso de modelos cuya conceptualización psicopatológica o de salud está poco desarrollada, más cercana al sentido común. Esto suele suceder con las técnicas devenidas en modelos –esto es, aquellas que surgieron primero como una técnica para lidiar con un fenómeno clínico, y que de a poco fueron desarrollándose conceptualmente hasta “graduarse” de modelos. Una consecuencia habitual cuando esto sucede es que como el modelo se basa en una técnica específica, los terapeutas tienden a hacer siempre lo mismo en toda situación: aplicar la técnica en cuestión, con la consecuencia de contar con pocas opciones para lidiar con situaciones en las cuales la técnica no es de utilidad.

En cualquiera de estos casos el resultado es un mapa con ambigüedades que no ofrece mucha guía, o que la ofrece de manera inconsistente, o un mapa bien trazado pero que no nos orienta en el territorio. Un mapa bonito no es lo mismo que un mapa útil.

ACT como mapa

Recapitulando lo dicho, ACT es ante todo un modelo, una forma particular de posicionarse y entender a los fenómenos clínicos. ACT es una forma de mirar, no una técnica. ACT especifica técnicas (centenares), pero éstas ocupan un lugar muy secundario. De hecho, la enorme mayoría de las técnicas que utiliza ni siquiera han sido desarrolladas por ACT, sino que han sido tomadas de otros modelos de psicoterapia y otras tradiciones. Como resultado de esto, es completamente posible que dos terapeutas trabajen desde ACT sin compartir ninguna herramienta técnica.

ACT es una forma de mirar que por naturaleza es transdiagnóstica, es decir, no centrada en ningún trastorno en particular, sino que intenta abarcar el sufrimiento humano más allá de sus formas particulares. ACT especifica una forma particular de entender a la psicopatología, una concepción de salud que determina todo el proceder clínico, y una serie de procesos a impactar, con recursos técnicos variados, para generar cambios clínicos significativos.

Personalmente, creo que lo más valioso que he obtenido de ACT es un estupendo mapa que me permite responder de manera efectiva a situaciones clínicas novedosas. Creo que ese no es un logro menor. La clínica psicológica nos obliga a lidiar con situaciones que son significativamente diferentes cada vez. La historia de aprendizaje de cada paciente, su situación personal, su entorno sociocultural, son diferentes en cada consulta, y nunca he visto recorridos exactamente iguales en cada paciente aun cuando he seguido los mismos protocolos. Y, aun así, ACT rara vez me ha dejado sin orientación en una situación clínica, por diversas o novedosas que hayan sido.

Por supuesto, esto no significa que yo en particular haya obtenido buenos resultados clínicos cada vez –saber el camino hacia la cima de una montaña no es lo mismo que poder escalarla. Soy un clínico que tiene sus limitaciones: he metido la pata más veces de las que podría contar, he cometido todo tipo de errores técnicos y clínicos, he llevado a cabo tratamientos que avanzaron más lentamente de lo que esperaba, he tenido abandonos de tratamiento³, he tenido que derivar pacientes, etcétera, pero nunca he tenido la sensación de que el modelo hiciera agua o que me resultara confuso, por atípicas que fueran las situaciones clínicas con las que lidiar. Eso no es algo menor en un modelo, y creo que es lo más valioso que ofrece ACT: un buen mapa para la clínica.

³ Generalmente por parte de mis pacientes más que mía.

PARTE 1:

LAS BASES DE ACT

CAPÍTULO 1: ¿QUÉ ES ACT?

De acuerdo con los usos y costumbres de la siempre apasionante literatura académica, al escribir un libro sobre un tema se impone comenzar por una definición sobre lo que ese tema fuese, de manera de que el lector no se encuentre por la mitad del texto sin saber qué está leyendo.

Dicho más simplemente, debería de empezar definiendo *qué demonios es ACT*.

El problema es que las definiciones siempre me han resultado bastante inútiles en términos prácticos. Las definiciones están bien para engrosar enciclopedias y compendios, pero rara vez nos dejan acceder a lo que está vivo en aquello que tratamos de definir. Son impersonales y frías, por lo cual comenzar por ellas quizá no sea la mejor manera de empezar un libro que pretende suministrar una perspectiva personal sobre el asunto.

Creo que hay una pregunta mejor para empezar, una pregunta que puede resultar más interesante y conducente al calor de las masas populares: *¿por qué me gusta ACT?*. Es una pregunta más personal, y por tanto la respuesta también va a serlo. La respuesta general a esa pregunta es la razón de ser de este libro: escribo esto porque creo que se trata de un modelo de psicoterapia útil e interesante, por lo cual antes de contarles en qué consiste, querría empezar compartiendo con ustedes por qué me parece útil e interesante.

En particular hay cinco características que me parecen particularmente atractivas sobre ACT. Estas características son las que me han gustado desde la primera vez que me asomé al modelo y que aún hoy me siguen resultando valiosas.

Sensibilidades humanistas y científicas

Lo primero que podría decir que me resulta interesante de ACT es que se trata de un modelo de psicoterapia que tiene, al mismo tiempo y con pareja intensidad, sensibilidades humanistas y sensibilidades científicas, lo cual es algo bastante infrecuente en las psicoterapias. La mayoría de ellas hacen más énfasis en una u otra sensibilidad, rara vez ocupándose abiertamente de ambas.

No digo que esto sólo suceda con ACT, pero sí que se trata de algo bastante atípico y que capturó mi interés desde el momento en que empecé a leer sobre el modelo. Permítanme explicar a qué me refiero.

En psicoterapia algunos modelos tienen una sensibilidad más bien humanista, más cercana a las particularidades de la condición humana. Consideren, por ejemplo, la terapia centrada en la persona, algunos modelos psicodinámicos, la logoterapia, la terapia gestáltica, la terapia sistémica, entre otros. Son modelos que suelen tener una muy buena sensibilidad respecto a lo que significa estar en el mundo, hacia lo que significa estar vivo, hacia la búsqueda de sentido y conexión de los seres humanos. Los modelos con estas sensibilidades en general se ocupan de motivos de consulta que van más allá de diagnósticos o problemas psicológicos estrechamente definidos: hablan de temas que suelen ocupar un lugar secundario en los modelos más orientados científicamente, como la espiritualidad, sentimientos, el sentido de la vida, etc. Durante la primera parte de mi formación profesional, la mayoría de los abordajes psicoterapéuticos a los que estuve expuesto se acercaban a este tipo de sensibilidades, que aprecio mucho.

Pero a poco de recorrerlos me encontré una y otra vez con que en general los modelos que tienen una sensibilidad principalmente humanística suelen ser un tanto *alérgicos* a la ciencia y a la evidencia, mostrándose más renuentes a la investigación científica rigurosa, por lo cual su apoyo empírico tiende a ser un tanto limitado en cantidad y en calidad.

Esto no debe entenderse como una crítica hacia *todo* lo que proviene de esos modelos. Muchas ideas clínicas provenientes de esos modelos de hecho me agradan aun hoy. Aun así, creo que un vínculo débil con la investigación presenta un problema grave para cualquier modelo de psicoterapia, problema que podríamos resumir así: cuando una psicoterapia no se apoya firmemente en la investigación rigurosa el modelo no crece, no cambia, no aprende.

La investigación científica no cumple la mera función de otorgar un sello de "aprobado" a una psicoterapia, como si fuera la nota de un examen. La investigación sirve ante todo para aprender de los errores y de los aciertos, para desarrollarse y refinarse, para discriminar entre qué es lo que funciona y qué es lo que no funciona, y de qué manera. Cuando un modelo psicoterapéutico no tiene un apoyo sólido en investigación lo que suele pasar es que ese aprendizaje tiende a ser reemplazado por la especulación, por la formulación de opiniones o de interpretaciones de los postulados del modelo o de los fenómenos psicológicos de los que se ocupa. Y por supuesto, hay una larga distancia entre *suponer* que algo funciona versus *corroborar* que algo funciona.

Cuando el desarrollo de un modelo no se sustenta primariamente en investigación tiende a sustentarse en figuras de autoridad, en las opiniones de las personas que son consideradas expertas por el resto de la comunidad. A lo largo de mi formación profesional me encontré varias veces teniendo este intercambio: "*¿Por* qué tal se sostiene tal cosa?", preguntaba yo, "Porque X lo dijo", era la decepcionante y frecuente respuesta⁴.

Creo que esto presenta tres grandes riesgos para una psicoterapia. En primer lugar, el modelo puede quedarse congelado en el tiempo, utilizando una y otra vez las mismas conceptualizaciones y recursos enunciados por alguna figura histórica, sin modificarse para adaptarse a nuevos contextos y situaciones. En segundo lugar, si el principal soporte para un modelo son las opiniones de expertos, su desarrollo puede terminarse guiándose por modas, por la opinión de la persona experta o carismática de turno, lo cual puede llevar a fragmentaciones crecientes y pérdida de la coherencia central del modelo. En tercer lugar, la especulación desatada puede volverse salvaje y peligrosa con mucha rapidez, proponiendo conceptualizaciones o intervenciones clínicas que pueden resultar inútiles o incluso perjudiciales.

De manera que, aunque me interesan las sensibilidades humanistas, cuando vienen acompañadas de rechazo a la ciencia e investigación tiendo a desconfiar.

Por otro lado, tenemos en el mundo de la psicoterapia modelos que tienen lo que podríamos llamar fuertes sensibilidades **científicas**, es decir, modelos cuyo desarrollo se apoya de manera más cercana en la ciencia e investigación. Este es el caso en general de la terapia cognitivo conductual y de las terapias que surgen del análisis de la conducta⁵, si bien no se limita a ellas. Se trata de modelos de psicoterapia que tienden a apoyarse fuertemente en la investigación científica, y que por ello cambian y se desarrollan siguiendo más de cerca lo que señalan las investigaciones –esto no los vuelve inmunes a las modas, se trata de una empresa llevada a cabo por seres humanos después de todo, sino que hace que las modas no sean sus únicas guías⁶.

Estos modelos tienden a funcionar muy bien cuando los motivos de consulta giran en torno a diagnósticos específicos: depresión, ansiedad, trastornos de alimentación, trastornos de personalidad, etc. Como su desarrollo está guiado por la investigación sobre lo que funciona o no en problemas psicológicos específicos, tienden a ser muy efectivos al ser aplicados en esas situaciones. Pero estos modelos tienden a ser menos útiles, o menos sensibles, cuando queremos trabajar con los temas más ambiguos y difusos que constituyen una buena parte de las consultas clínicas: darle sentido al dolor, encontrar propósito en la vida, hallar un lugar en el mundo, desarrollar perspectivas alternativas sobre problemas vitales, etc.

Los modelos con sensibilidades científicas suelen sentirse un poco incómodos para lidiar con este tipo de situaciones que encontramos cotidianamente en la clínica psicológica. Modelos que son estupendos para lidiar con un trastorno de ansiedad resultan mucho menos claros y útiles para orientar, digamos, a un terapeuta con respecto a cómo acompañar a un padre que ha perdido a su hijo, o a una persona que no encuentra sentido en su vida. Es como hacer acrobacias usando jean y campera de cuero: no es imposible, pero resulta bastante incómodo.

Cuando terapeutas de estos modelos tienen que lidiar con esos problemas suelen encontrarse con una carencia de recursos, tanto en términos de conceptualización como de intervenciones, por lo cual terminan trabajando desde posiciones más cercanas al sentido común y su experiencia personal. Más allá de lo cuestionable o no de eso, es deseable que tenga amplitud en el rango de problemas a abordar, y que no sea útil sólo con problemas estrechamente definidos. Volviendo a la analogía ingenieril, querría aprender los principios de construcción de puentes, no sólo aprender cómo se construye un tipo de puente en particular. De poca ayuda es un modelo que nos deja en el aire (yo lo diría de otra manera si no fuera un libro serio) con motivos de consulta que son extremadamente frecuentes en la práctica clínica⁷.

Entonces el panorama con el cual me he encontrado a lo largo de mi carrera es que los modelos con sensibilidades humanistas tienden a tener poco sustento científico, y los modelos con sensibilidades científicas tienden a tener dificultades lidiando con motivos generales de consulta. Dicho de otra manera, los primeros tienen amplitud, pero no precisión, y los segundos tienen precisión, pero no amplitud.

Sé que estos párrafos me garantizan el encono parejo de terapeutas de todas las orientaciones, pero antes de subirme al patíbulo permítanme dos aclaraciones. En primer lugar, se trata más bien de una **reductio ad absurdum**, una caricatura del panorama de los modelos en psicoterapia hecha al servicio de ilustrar un punto. No creo que todos los modelos humanistas sean **completamente** alérgicos a la investigación, ni que todos los modelos científicos sean **completamente** ajenos a los problemas humanos; pero sí creo que hay ciertas tendencias generales dentro de cada ala. La segunda aclaración necesaria es que se trata del panorama general de la psicoterapia con el que me he encontrado en Argentina a lo largo de mi carrera. Si han tenido otros recorridos quizá sus experiencias hayan sido distintas y más favorables, y si ese es el caso, vayan mis felicitaciones y mi leve envidia.

En cualquier caso, en ese contexto particular, lo primero que me atrajo de ACT es que por un lado se trata de un modelo que puede guiar una conversación clínica sobre temas de relevancia humana, temas clínicos importantes como el sentido, propósito, espiritualidad, emoción, compasión. Pero al mismo tiempo, como el modelo proviene directamente del campo del análisis y modificación de la conducta tiene un pie muy fuerte en investigación y evidencia –hay literalmente **centenares** de investigaciones empíricas publicadas sobre ACT.

De manera que al acercarme a ACT me encontré con un modelo con sensibilidades humanísticas **y** con sensibilidades científicas, lo cual configura un mapa clínico que es amplio y preciso. ACT funciona muy bien para una amplia gama de diagnósticos específicos, hay protocolos específicos para trastornos definidos, pero también es una guía útil para abordar temas más amplios vinculados al sufrimiento, el sentido, y la condición humana. Pero al mismo tiempo, su desarrollo está guiado principalmente por la investigación, permitiendo que el modelo aprenda y cambie para mejor servir a las personas con las que trabajamos. Las discusiones y debates en ACT no se resuelven principalmente por autoridad y tradición sino por evidencia, algo que me resulta altamente deseable para cualquier psicoterapia.

Construido de abajo hacia arriba

El segundo motivo por el cual me gusta ACT está cercanamente vinculado a su desarrollo. Si tuviera que describir la historia natural de cómo se desarrollan una buena parte de los abordajes psicoterapéuticos, creo que la resumiría aproximadamente de la siguiente manera:

Todo comienza con una persona del campo de la salud psicológica que, no carente de iniciativa, realiza algunas observaciones concernientes a algún fenómeno clínico en su consultorio o en su vida personal. Partiendo de esas observaciones formula algunos conceptos e hipótesis sobre lo observado, que luego articula en una forma particular de intervención, la enuncia públicamente, usualmente primero en forma de artículos y luego como libros. De manera más o menos simultánea entrena a algunas personas y crea alguna asociación u organización profesional para regular la práctica y el modelo sigue su desarrollo. Aquí nos encontramos con una bifurcación en la historia. Para una parte de los modelos la historia se detiene aquí. Para el resto de los modelos, a partir de este momento empiezan a realizarse investigaciones sobre la efectividad de la intervención. Con posterioridad comienzan a llevarse a cabo investigaciones más básicas que examinan ya no la efectividad sino los postulados centrales de la teoría. En esta historia generalmente las consideraciones epistemológicas y de filosofía de la ciencia aparecen sólo en el epílogo o como notas al pie.

Este no es sino un bosquejo de la historia de algunas psicoterapias que, por supuesto, puede presentar variaciones dentro de esta estructura general. Dicho de manera más sintética: los modelos psicoterapéuticos suelen

construirse *de arriba hacia abajo*, comenzando por observaciones clínicas espontáneas al principio y sólo luego incorporando investigación básica, aplicada, y especificaciones epistemológicas. Este no es un mal recorrido *per se*, pero creo que se le pueden hacer varias objeciones.

Creo que el primer problema está en el punto de partida. Las observaciones clínicas son bastante poco confiables y están siempre afectadas por sesgos de todo tipo. Hay sesgos que vienen de nuestro propio trasfondo social, cultural, y económico, sesgos que vienen del tipo de población con que vemos y de nuestra propia forma de interactuar con esas personas. Incluso algo que parece ser universal termina siendo un fenómeno personal o acotado a ese contexto cultural e histórico específico. En segundo lugar, cuando se procede de esa manera lo que se obtiene son observaciones limitadas a un cierto tipo de población o un motivo de consulta determinado que requieren una adaptación a veces arduas para ser aplicadas en otros ámbitos. La mayoría de los modelos de psicoterapia aspiran a ser transdiagnósticos, de eso cabe poca duda. El problema es que, si el modelo ha sido desarrollado para una población o diagnóstico específico, usualmente será necesario un laborioso y no siempre elegante trabajo de traducción. Las conceptualizaciones diseñadas para un diagnóstico específico no siempre resultan fáciles de adaptar a otros.

ACT, por otra parte, es un modelo que ha seguido un camino más bien inverso al descripto. Es un modelo que está generado a partir de investigación básica. Esto es, no fue desarrollado a partir de observaciones clínicas sobre un diagnóstico o población específica, sino que se formuló como una conceptualización del sufrimiento humano en general, basada en desarrollos de ciencia básica sobre el lenguaje y la cognición.

Las raíces conceptuales de ACT vienen directamente del campo del conductismo radical, especialmente de investigaciones conductuales de fines de la década del '70 sobre conducta verbal (el nombre técnico de lo que llamaríamos lenguaje y cognición en términos cotidianos). El modelo surge a partir de desarrollos e investigaciones sobre la participación de la conducta verbal en la psicopatología y el sufrimiento de los seres humanos.

ACT no nació en un consultorio sino en un laboratorio, por así decir.

Esto puede sonar un poco chocante y con reminiscencias villanescas, pero en realidad tiene algunas ventajas. En primer lugar, partir de ciencia básica permite limitar los sesgos e inconsistencias con la evidencia en la conceptualización. Por supuesto, los sesgos nunca desaparecen, pero los contextos de investigación, en los cuales las observaciones son sistematizadas y sus resultados sometidos a la revisión por pares, permiten que los sesgos se reduzcan o al menos que sean más rápidamente identificados y abordados. Como decía Carl Sagan, el pensamiento científico nos permite evitar engañarnos a nosotros mismos y a los demás.

Otra ventaja es que como el modelo no está formulado para un tipo de problema psicológico en particular sino para la psicopatología en general, desde su nacimiento es transdiagnóstico. Resulta relativamente sencillo de adaptar a las situaciones clínicas más diversas porque surgió con la intención de dar una respuesta amplia a la pregunta del sufrimiento humano, no para ocuparse de las particularidades de algún diagnóstico específico.

ACT está construido desde *abajo hacia arriba*, su historia comienza en la ciencia básica e investigación, y solo después vienen las aplicaciones clínicas. Esto se puede ver revisando la historia de publicaciones vinculadas a ACT. En capítulos posteriores revisaremos este punto con más detalle, pero si consultan las publicaciones de las personas vinculadas a ACT de las décadas del 80 y el 90 van a encontrar sólo un par de investigaciones clínicas, y en cambio van a encontrar una proliferación de investigaciones básicas, artículos conceptuales, de filosofía de la ciencia, y diálogos cruzados dentro de la disciplina. Las investigaciones clínicas en ACT no aparecieron propiamente sino con el inicio del nuevo siglo. Esta base empírica y conceptual sólida fue algo que me resultó particularmente atractivo de este modelo. Siempre es deseable construir sobre buenos cimientos.

Evidencia de procesos

Este punto es similar al anterior pero un poco más específico. Como habrán notado si leen artículos científicos, una buena parte de la investigación en psicoterapia se dedica a estudios de efectividad. Esto es, investigaciones que comparan una terapia con otra, o con una lista de espera o un grupo de control para determinar su eficacia, eficiencia, o efectividad. Este tipo de investigaciones son invaluable y completamente necesarias para el desarrollo de una psicoterapia, pero con frecuencia desplazan a las investigaciones más básicas, investigaciones sobre los procesos que involucran. Hay de hecho numerosas psicoterapias que cuentan con un aceptable soporte empírico para su efectividad, pero cuyos postulados básicos están pobremente definidos o escasamente investigados.

Esto también es problemático porque saber que algo funciona es muy distinto a saber de qué manera funciona. Hay un ejemplo histórico que me divierte citar a este respecto: hace varios cientos de años solían usarse como tratamiento de las heridas infligidas con armas blancas (puñales y espadas), unos ungüentos y polvos que se aplicaban no sobre la herida sino *sobre el arma* que había infligido la herida. Lo pasmoso es que las personas que así eran tratadas se recuperaban más rápidamente que las que recibían otros tratamientos. En términos de efectividad, ese era el tratamiento más efectivo. Por supuesto, no había nada mágico en juego, ni siquiera un efecto placebo. Lo que sucedía es que los otros tratamientos disponibles consistían en aplicar ese tipo de ungüentos y polvos –que estaban hechos a base de huesos molidos, partes de animales, y otros ingredientes no precisamente estériles– directamente sobre las heridas, lo cual garantizaba una infección. Aplicar los ungüentos sobre las armas aseguraba al menos dejar las heridas limpias y permitir que cicatrizaran por sí mismas. Era más efectivo porque la alternativa era aún peor. De nuevo, es fácil engañarse.

Por este motivo es necesario no sólo saber si lo que hacemos funciona, sino de qué manera. Específicamente en psicoterapia conocer los procesos psicológicos implicados nos permite adaptar intervenciones a diferentes contextos y poblaciones, resolver problemas clínicos, y elegir con más precisión las herramientas a utilizar y los recursos innecesarios.

ACT desde el principio se ha ocupado intensamente sobre los procesos involucrados, es decir, no solamente sobre si el método funciona o no funciona sino también cómo funciona y qué efecto tiene cada una de sus partes. Podemos encontrar numerosas investigaciones dedicadas solamente a un componente de ACT, como por ejemplo aceptación, defusión, contacto con el presente, o valores. Esto es muy interesante desde un punto de vista clínico porque no sólo me interesa saber si ACT funciona o no, sino que también me interesa saber *cómo* funciona, ya que

nos proporciona mejor control sobre las intervenciones clínicas, un poco más de precisión a la hora de diseñar protocolos, y mejores formas de identificar cuál es el problema cuando algo no funciona.

En este sentido, ACT es un modelo rico en investigaciones de procesos. Existen numerosas investigaciones básicas sobre los procesos psicológicos que el modelo postula, y hay además toda una línea de investigación sobre los procesos básicos vinculados al lenguaje y la cognición que abarca centenares de publicaciones.

Un idioma, varios dialectos

Con ACT sucede algo que es relativamente atípico en psicoterapia y que podemos describir aproximadamente de la siguiente manera. La mayoría de los modelos psicoterapéuticos se ocupan mayormente de la psicopatología e intervenciones clínicas. Si bien es frecuente que sus postulados centrales se apliquen para analizar otros ámbitos, en general los modelos se centran y se basan en lo que sucede en el consultorio.

Ahora bien, ACT es en realidad un aspecto de un emprendimiento más amplio que se denomina Ciencia Contextual Conductual (CCC), y que ha sido definida como "una estrategia comunitaria de desarrollo científico y práctico reticulado, centrada en principios. Fundamentada en supuestos filosóficos contextualistas, y anidada dentro de una ciencia evolutiva multidimensional y multinivel como una mirada contextual de la vida, busca el desarrollo de métodos y conceptos científicos básicos y aplicados que resulten útiles en predecir-e-influenciar las acciones contextualmente insertadas de organismos completos, individualmente y en grupos, con precisión, amplitud, y profundidad; y extiende ese abordaje al desarrollo de conocimiento en sí mismo con el fin de crear una ciencia de la conducta más adecuada a los desafíos de la condición humana" (Hayes, Barnes-holmes, et al., 2012).

Hay mucho para desmenuzar en esta definición, pero quizá podamos resumirlo de esta manera: la CCC es un proyecto destinado a generar una ciencia de la conducta humana que sea útil y flexible, y ACT es la aplicación de esa ciencia en ámbitos clínicos.

Es un proyecto ambicioso, sin lugar a dudas, cuyo alcance está descrito en la última línea de la definición: **crear una ciencia de la conducta más adecuada a los desafíos de la condición humana**. Esto incluye los problemas clínicos sin limitarse a ellos sino abarcando todos los ámbitos en donde la conducta de los seres humanos sea relevante. La CCC involucra desarrollos en filosofía, en ciencia básica (especialmente en el área de conducta verbal), psicología del desarrollo, intervenciones comunitarias, vínculos conceptuales con ciencia evolutiva, y un largo, largo etcétera (para un panorama de todo lo que abarca la CCC véase Zettle et al., 2016).

En cierto sentido, la CCC ressemble aquello escrito por el dramaturgo Terencio hace más de dos milenios: **nada de lo humano me es ajeno**. No es el desarrollo de una psicoterapia el objetivo último, sino el desarrollo de una forma comprehensiva de entender e impactar sobre las acciones humanas. ACT es la cara más visible de la CCC, no porque sea más importante sino por el simple hecho de que es aquella que llega más directamente al público general bajo la forma de intervenciones clínicas, libros, etc. Digamos, es la parte más **pop** de la CCC.

Por este motivo acercarse a ACT es similar a aprender un nuevo idioma. Cuando aprendemos un idioma nuevo, y en particular uno que es hablado en muchos lugares, se nos abren experiencias e intercambios que de otra manera estarían vedados para nosotros. Con ACT pasa algo parecido, internarse en el modelo permite el acceso a un cúmulo de opciones disciplinares muy diversas. Si nos interesa la ciencia básica podemos profundizar en los desarrollos de Teoría de Marco Relacional (RFT, por sus siglas en inglés), que se ocupa especialmente del desarrollo y funcionamiento de la conducta verbal en seres humanos, lo cual se conecta directamente con la psicología del desarrollo, educación, y neurociencias, entre otros (véase Dymond & Roche, 2013, para un compendio). Además, dado que ACT y RFT derivan de desarrollos conductuales, nos abre una puerta ancha hacia la tradición del análisis de la conducta y su inagotable literatura sobre la conducta de los organismos.

Si en cambio nos interesan más los desarrollos filosóficos, podemos profundizar en el contextualismo funcional, que es el sustrato filosófico de la CCC y de ACT (Biglan & Hayes, 2016; Hayes, 1993). Si nos interesan más las intervenciones comunitarias podemos revisar los desarrollos de la CCC para mejorar el funcionamiento de grupos (Atkins et al., 2019) o las contribuciones generales de la CCC para pensar cambios sociales (Biglan, 2015). Si nos interesa la ciencia de la conducta en sus vínculos con la ciencia de la evolución hay un libro entero de diálogos entre representantes de la CCC y de la teoría de la evolución (D. S. Wilson & Hayes, 2018).

A esto deberíamos agregar que la naturaleza transdiagnóstica de ACT ha facilitado el desarrollo de intervenciones que van desde los trastornos de ansiedad (Eifert & Forsyth, 2005) hasta intervenciones con minorías sexuales y de género (Skinta & Curtin, 2016), pasando por prácticamente todo el abanico de los problemas psicológicos habituales en las consultas clínicas. Por último, varios conceptos y desarrollos de ACT se han incorporado al **mainstream** de la psicoterapia, como por ejemplo fusión, evitación experiencial, y valores, y son utilizados de manera bastante fluida por algunos modelos, como es el caso de Psicoterapia Funcional Analítica (Tsai et al., 2009), Terapia Enfocada en la Compasión (Kolts, 2016), Activación Conductual (Martell et al., 2010), entre otros, por lo cual compartimos parte de nuestro idioma con personas de otros modelos de psicoterapia.

Entonces aprender ACT es la puerta de entrada a un universo disciplinar rico e interesante que nos permite profundizar en las aplicaciones clínicas o bien explorar otras áreas. Por esto dije que se trata de una característica relativamente inusual, ya que los modelos de psicoterapia por lo general se limitan a la psicoterapia. La CCC es el paraíso para un psicólogo curioso, por lo cual me resultó atrayente desde el primer momento.

Comunidad abierta

El último, pero no menos importante, motivo que me atrajo y me sigue atrayendo de ACT es su comunidad profesional.

En primer lugar, hay un espíritu abierto y de libre circulación con respecto al conocimiento. La asociación oficial detrás de la CCC es la ACBS (siglas en inglés de Asociación para la Ciencia Contextual Conductual) y funciona de manera bastante distinta a otras asociaciones. Para empezar, el costo de afiliación a la ACBS ha funcionado durante los últimos quince años como una suscripción según valores: se puede elegir el monto anual a pagar según el interés y las posibilidades. Hay un mínimo anual que es bastante bajo (es menor que el precio de este libro, de

hecho), y montos sugeridos según sean estudiantes o profesionales, pero en última instancia cuánto pagar es elección individual.

El principal beneficio de afiliarse es el acceso completo al sitio web de la ACBS (www.contextualscience.org), que funciona como un foro en donde cualquier miembro puede compartir materiales y recursos, de manera que allí se pueden encontrar materiales clínicos, protocolos de tratamiento, escalas, presentaciones, videos, audios, protocolos de investigación, investigaciones realizadas, y una plétora de recursos que la comunidad está creando y compartiendo todo el tiempo.

El clima académico, tanto en la lista de discusión como en los congresos académicos, es más bien informal, horizontal y de intenciones plurales. Con esto último me refiero a que la organización del congreso mundial de la ACBS, que se realiza una vez por año en distintas partes del mundo, suele invitar especialmente a críticos y detractores de ACT como expositores destacados, con el fin de comprender mejor las críticas y generar diálogos cuando es posible. Asimismo, se trata de un congreso al cual simultáneamente hay eventos sobre investigación y eventos sobre clínica (cosa que no es tan frecuente en los eventos académicos, que se enfocan en uno u otro aspecto).

En parte algunas de estas características están facilitadas por el hecho de tratarse de una asociación relativamente pequeña, hay algunos cambios que suceden a medida que una institución crece, pero por otra varias de estas características están explícitamente formuladas y se hacen intentos activos de sostenerlas. No hay asociación sin fallas, claro está, pero en el mundo de las entidades académicas la comunidad de la ACBS es un lugar bastante amigable para habitar.

Una psicoterapia más adecuada a los desafíos de la condición humana

Las cinco características descriptas me resultan atractivas por motivos completamente personales. Fueron los aspectos que me atrajeron de ACT inicialmente y que años después me siguen resultando atractivos: un modelo que desde el inicio ha tenido fuertes lazos con la investigación básica y aplicada, sensible a las necesidades clínicas, pero con múltiples ramificaciones a otros ámbitos humanos y científicos, y con una comunidad horizontal y plural llevándolo adelante.

Estas son las principales razones para escribir un libro al respecto, porque creo que un modelo con estas características puede tener un impacto positivo en el campo de la psicoterapia, y en última instancia un impacto positivo en las personas con las que trabajamos. Pero éstas son razones personales, preferencias que pueden o no ser compartidas. Por eso, a continuación, veremos un poco qué es lo que dice la evidencia sobre ACT.

⁴ Todavía no había aprendido que lo que es afirmado sin evidencia puede ser negado sin evidencia: "a mí me parece que no".

⁵ Valga aquí una aclaración: en nuestro contexto académico se suele hablar de "conductismo" englobando a todo lo que suene conductual. Esto no es del todo preciso ya que en rigor de verdad "conductismo" es el término que designa a la filosofía de la ciencia, mientras que "análisis conductual" es el término que designa a la ciencia de la conducta. De todos modos, suelo usar ambos términos de manera intercambiable porque la mayoría del mundo psicológico sólo conoce el término "conductismo", ignorando prolijamente a qué se refiere el término "análisis de la conducta".

⁶ Un ejemplo notable aquí es el de terapia de exposición, uno de los procedimientos centrales en las terapias de modificación de conducta, que a lo largo de su existencia ha visto modificaciones sustanciales en la forma de ser conceptualizada y llevada a cabo, modificaciones que se originaron en lo que las investigaciones fueron encontrando en torno al procedimiento.

⁷ Hay otras críticas que se les pueden hacer a estos abordajes, véase por ejemplo Hayes & Hofmann (2020).

CAPÍTULO 2: LA EVIDENCIA DE ACT

Cuando una psicoterapia afirma que funciona es importante que también pueda **demostrarlo**. Es algo un tanto trivial de señalar, ya que en la vida cotidiana lo hacemos todo el tiempo. Antes de comprar un auto usado buscamos evidencia de que está en buen estado y de que funciona según lo prometido **antes** de comprarlo, no después. Por supuesto, esto no nos garantiza que funcione, sino que reduce las probabilidades de que compremos un auto descompuesto, aunque no proporcione certeza absoluta. Similarmente, queremos que los modelos de psicoterapia nos brinden algún tipo de evidencia que nos permita saber qué podemos esperar de ellos: qué tan útiles han resultado en situaciones clínicas específicas, qué efectos tienen sus componentes, cómo se integra con el resto de la evidencia psicológica, etc. Hablemos un poco entonces sobre lo que dice la evidencia de ACT.

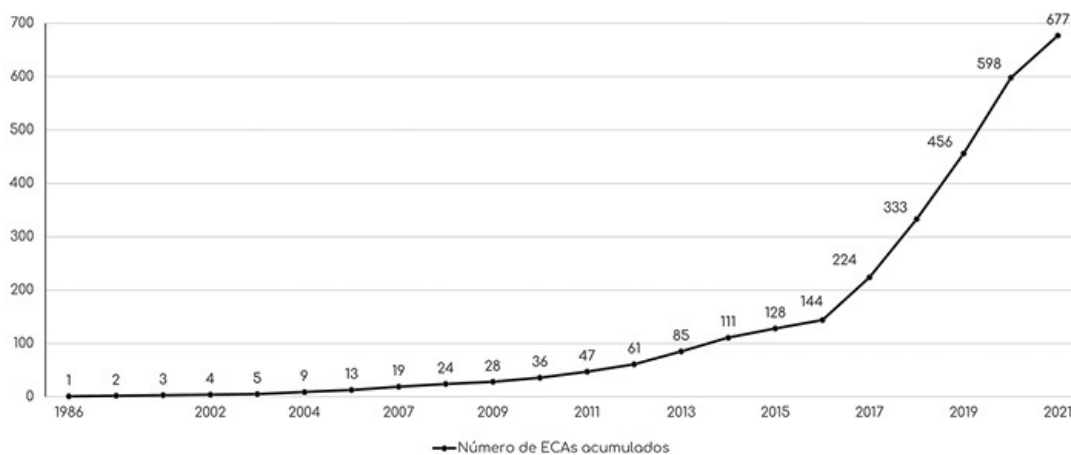
Sin embargo, antes de empezar debería mencionar algo que deja al modelo en un lugar de relativa desventaja en el campo de la investigación de eficacia en psicoterapia. La mayor parte de la investigación de eficacia en psicoterapia se maneja con el criterio de reducción de síntomas: se considera que hay mejoría cuando los síntomas específicos de un trastorno se reducen en cierto grado. En la mayoría de las investigaciones lo que se utiliza como indicador principal de efectividad es la reducción observada en la intensidad o frecuencia de ciertos pensamientos y sentimientos. El objetivo principal de ACT, sin embargo, es propiciar que las personas actúen de acuerdo a sus valores, lo cual no siempre involucra una reducción sintomática. Las acciones valiosas pueden llevarse a cabo sin que necesariamente esto involucre cambios en pensamientos y sentimientos. Puedo elegir actuar hacia mis valores aun sintiendo miedo, ansiedad, vergüenza, o pensando que puede salir mal. Y de hecho con frecuencia las acciones valiosas involucran experimentar **mayor** malestar. Las acciones que le dan sentido a nuestras vidas suelen involucrar ansiedad, inseguridad, miedo, vergüenza.

Esto no significa que la reducción sintomática no suceda en ACT –como veremos al revisar la evidencia esto sucede, y bastante, pero como una suerte de efecto secundario. El objetivo central de ACT es ayudar a las personas a actuar flexiblemente en la dirección de una vida significativa, y lo que sucede es que cuando las personas empiezan a vivir una vida más significativa el malestar psicológico suele reducirse aun cuando no constituya el foco primario de las intervenciones.

Esto hace que ACT esté en desventaja con otros modelos en las investigaciones de efectividad porque está persiguiendo objetivos ligeramente diferentes de los usuales. Por ejemplo, si realizáramos una investigación en la cual comparáramos una intervención ACT versus una intervención TCC para personas con un diagnóstico de ansiedad generalizada, la mayoría de las revistas académicas nos requerirían utilizar como criterio principal para la evaluación alguna medida de reducción de síntomas de ansiedad. Pero una medida de evaluación de ese tipo, si bien es un objetivo central en una intervención TCC es secundario en ACT. Así que, de cierta manera, ACT entra a la pelea con una mano atada a la espalda. Las buenas noticias son que aun así la evidencia es alentadora.

Tomemos por ejemplo solamente los ensayos controlados aleatorizados (ECA) de ACT. Los ECA son un tipo de investigación utilizada para evaluar intervenciones (médicas o psicológicas) en la cual se intenta tener el máximo control posible sobre las variables. Típicamente en un ECA de psicoterapia se establece un grupo que recibirá la intervención específica (o varios grupos que reciben diferentes intervenciones específicas), y un grupo control (que recibe un tratamiento de apoyo o que queda en lista de espera). Los participantes se asignan al azar a cada grupo de manera de distribuirlos homogéneamente y se evalúan los cambios que experimentan. Se evalúa, por ejemplo, si los participantes del grupo que recibió la intervención experimentan distintos cambios clínicos que los del grupo control, o si los participantes que participaron en la intervención A experimentan distintos cambios respecto a los que participaron en la intervención B.

Dado que reducen notablemente los sesgos, los ECA constituyen uno de los formatos más fiables de investigación clínica (pero también el más laborioso y costoso), por lo cual el número de ECA favorables con el que cuenta una intervención es una de las primeras cosas a tener en cuenta. El primer ECA de ACT fue publicado en 1986, y si vemos la cantidad de investigaciones de este tipo que ACT ha ido acumulando a lo largo de los años podemos ver esto:



En estos momentos hay varios centenares de ECA sobre ACT, y la tendencia va en aumento, añadiéndose cada año algunas decenas de investigaciones de este tipo^a.

Es interesante también detenemos en los temas sobre los cuales versan estas investigaciones. Anteriormente mencioné que ACT no se dedica a un solo tipo de problema clínico, sino que es un modelo que por naturaleza es transdiagnóstico. La lista de los temas de los ECA del gráfico abarca los siguientes: ansiedad, dolor, depresión, estrés, abuso de sustancias, ansiedad social, pérdida de peso cáncer, tabaquismo, trastornos de alimentación, esclerosis múltiple, trastorno obsesivo compulsivo, crianza, psicosis, calidad de vida, parejas, diabetes, estigma, ejercicio, fibromialgia, prevención, procrastinación, sueño, trastorno límite de la personalidad, epilepsia, salud, tinnitus, tricotilomanía, agresión, asma, atención, juego patológico, HIV, pornografía, síndromes somáticos, infarto, suicidio, trauma, entre otros. La lista es tan extensa como diversa.

La enorme mayoría de estos ECA señalan, en líneas generales, que ACT resultó una intervención positiva en cada caso.

Ahora bien, los ECA son un tipo de investigación, muy deseable y muy costosa, pero no son el único tipo de evidencia posible. Una fuente muy valiosa de evidencia proviene de las revisiones sistemáticas y meta-análisis. Las revisiones sistemáticas y meta-análisis son aquellas investigaciones que se realizan analizando todo un corpus de investigación y tratando de ver las tendencias generales.

Por ejemplo, en el párrafo anterior escribí “en líneas generales, ACT resultó una intervención positiva”, es decir, formulé un enunciado general e impreciso sobre muchas investigaciones distintas; un meta-análisis o revisión sistemática hacen eso mismo, pero con un método riguroso y mayor precisión, de manera de poder precisar qué significa que la intervención haya sido positiva: cuántos estudios favorables hubo, qué tan favorables fueron, cuáles fueron desfavorables, el tamaño de efecto, etc. Son investigaciones que intentan discernir hacia donde apunta la masa de evidencia disponible sobre una intervención. En el caso de ACT, al día de la fecha hay más de cinco decenas de revisiones sistemáticas y meta-análisis publicados, con resultados en general alentadores.

Además de los ECA y meta-análisis, en este momento hay unas seis o siete decenas de estudios mediacionales, investigaciones que evalúan no la eficacia, sino el papel que juegan los diferentes procesos del modelo, por ejemplo, comparando los efectos diferenciales entre defusión y reestructuración cognitiva (por ejemplo, Deacon et al., 2011).

Considerados en conjunto, hacia el año 2020 el número de participantes en investigaciones de todo tipo en ACT superaba ampliamente las 12000 personas (Gloster et al., 2020). Esto es, lo que sabemos de la efectividad y funcionamiento de ACT no se basa en anécdotas de consultorio, sino en observaciones controladas en *miles* de personas.

Todo esto, por supuesto, no **garantiza** que el modelo sea efectivo –la ciencia no se maneja con certezas. Pero sí podemos afirmar que ACT ha tenido resultados positivos en centenares de investigaciones y que ha resultado probablemente útil para miles de pacientes con problemas psicológicos de muy diversa naturaleza.

Como mencioné, debido al crecimiento vertiginoso de la investigación sobre ACT esta lista resultará inevitablemente desactualizada en el momento mismo de publicarse este libro. Si les interesa revisar la evidencia actualizada les sugiero visitar directamente la sección de Investigación que está en el sitio web de la ACBS, hay secciones dedicadas a las investigaciones publicadas y secciones dedicadas a resúmenes de la evidencia disponible. También hay un libro que les puede resultar interesante a este respecto, llamado ***The Research Journey of Acceptance and Commitment Therapy*** (Hooper & Larsson, 2015) dedicado explícitamente a describir los movimientos de la evidencia de ACT a lo largo de los años.

La historia que la evidencia muestra

Querría regresar al gráfico de los ECA acumulados que les mostré al inicio de este capítulo, porque hay una historia que cuenta este gráfico y que me parece particularmente interesante. Como les mencioné, en él están consignados los ECA sobre ACT que han sido acumulados en el transcurso de los años. Querría que prestaran atención a la curva y que notaran que es prácticamente plana en la década del ochenta y el noventa. Esto quiere decir que casi no hubo investigaciones clínicas en esas dos décadas, y hay una historia interesante detrás de eso.

El primer ensayo controlado de ACT se publicó en 1986 en una revista académica (Zettle & Hayes, 1986). Se trató de una investigación modesta que abarcó una veintena de sujetos, comparando una versión primitiva de ACT (se llamaba ***distanciamiento comprehensivo*** en esa época) con terapia cognitiva en el abordaje de la depresión. Lo que encontraron es que ambas intervenciones resultaron eficaces pero que ACT parecía actuar por medio de reducir la ***credibilidad*** de los pensamientos. Si observamos el gráfico no hubo mucho más durante los siguientes años². Recién a partir del año 2000, podemos observar que la curva empieza a subir y a escalar de manera vertiginosa. ¿Por qué no hubo investigaciones clínicas durante esos quince años?

Una respuesta sería más o menos esta: las ideas detrás de ACT/Distanciamiento Comprehensivo venían desarrollándose desde finales de la década del setenta (para un panorama del desarrollo histórico del modelo pueden revisar el estupendo artículo de Zettle, 2011). Cuando a mediados de los ochenta ese primer ensayo clínico funcionó, fue tomado como una señal positiva y los esfuerzos del equipo de trabajo se dirigieron principalmente hacia el desarrollo del sustrato filosófico, el modelo conceptual clínico, y especialmente la profundización en investigación básica sobre el lenguaje y la cognición (RFT). Es decir, los esfuerzos de desarrollo se volcaron hacia las bases conceptuales y empíricas del modelo, en lugar de la pura validación clínica. Para dar una idea de la extensión de esto: entre 1986 y el año 2010 se publicaron en total algo menos de 50 ECA sobre la efectividad clínica de ACT; en cambio, durante el mismo período se publicaron 174 investigaciones básicas sobre el lenguaje y cognición.

A esto me refería en el capítulo anterior cuando decía que el modelo fue creado desde abajo hacia arriba. Inicialmente se dedicó mucho tiempo y esfuerzo al desarrollo de un sustrato filosófico, conceptual y empírico sobre el cual basar las aplicaciones clínicas, en lugar de seguir el camino inverso, empezando por la clínica. Esos fueron los cimientos en los que se basó el primer libro clínico de ACT publicado en 1999. Personalmente, creo que la explosión de investigación y diseminación que vemos a partir de ese año se debe a la solidez de esos cimientos. Es más fácil investigar, diseminar, y aplicar una terapia cuando sus fundamentos filosóficos, conceptuales, y empíricos están claros, cuando un modelo está operacionalizado y sus procesos claramente definidos.

Pero, por supuesto, no es un trabajo terminado. Hay múltiples direcciones de desarrollo de ACT, incontables preguntas sin responder sobre cómo funcionan los procesos de ACT, sobre sus adaptaciones, las similitudes y

diferencias con otras intervenciones, y un largo, largo, largo etcétera. Aún hay mucho camino por recorrer, pero hasta ahora luce prometedor.

Hasta este punto me he referido a los que considero que son los aspectos que vuelven a ACT una opción atractiva en el panorama de las psicoterapias contemporáneas. Pero aún no hemos abordado cabalmente de qué se trata el modelo y qué tiene para ofrecer, y sobre eso dedicaremos los siguientes capítulos. Ármense de paciencia, que esto va a ser arduo.

[‡]En el primer boceto de este libro escribí el número exacto de ECAs publicados hasta ese momento, pero tuve que editar esta sección en cada revisión, ya que todo el tiempo se publican nuevas investigaciones. Finalmente me harté y lo suplanté por el genérico y servicial “varios centenares”, enumeración que probablemente dure un par de años más, hasta que en la siguiente edición tenga que escribir “varios miles”, con un poco de suerte. En el sitio web de la ACBS (www.contextualscience.org) pueden encontrar un listado permanentemente actualizado de estas investigaciones (los datos del gráfico surgen de ahí).

[‡]El gráfico abarca solo los ECA, pero la situación fue similar con todos los tipos de investigaciones clínicas de eficacia.

CAPÍTULO 3: ACT Y EL SUFRIMIENTO

Prácticamente todas las psicoterapias se ocupan de una manera u otra del sufrimiento psicológico y de sus efectos sobre la vida. Esto involucra adoptar una cierta posición sobre el lugar que ocupa en la experiencia humana –ciertas premisas o supuestos adoptados a priori sobre el sufrimiento psicológico. Estoy hablando, claro está, de que cada psicoterapia tiene su propia perspectiva sobre la *psicopatología* –término que me resulta algo ingrato y restrictivo, por lo cual lo evitaré dentro de lo posible, hablando en cambio de sufrimiento, dolor o malestar²⁰. Esto no es algo menor, ya que la posición que se asume sobre el sufrimiento afecta al núcleo conceptual del modelo e influencia aspectos cruciales de la clínica.

ACT adopta explícitamente una posición sobre el dolor un tanto inusual en el panorama de las psicoterapias, por lo cual en este capítulo nos dedicaremos a ella y a pensar algunas de sus consecuencias clínicas.

Nos duele todo

Para ilustrar la posición de ACT sobre el dolor podemos considerar la primera frase de la primera edición del primer libro publicado sobre el modelo: ***“El hecho más notable de la existencia humana es la dificultad que tienen los seres humanos para ser felices”*** (Hayes et al., 1999, p. 1). La frase es la punta de lanza de la relación que ACT tiene con el dolor: el dolor es ubicuo y la felicidad es lábil.

Parece algo casi trivial de señalar, pero es notablemente fácil perder de vista la increíble capacidad para el sufrimiento que tenemos los seres humanos. Si están leyendo este libro probablemente tengan un techo que los protege de los elementos, comida y un lugar seguro en el cual dormir. Cosas que damos por sentado pero que son evolutivamente novedosas: a un ser humano de hace veinte siglos (un tiempo brevísimo en términos evolutivos), nuestras condiciones de vida le hubieran parecido extraordinarias. Pese a esto, somos capaces de experimentar niveles enormes de sufrimiento.

Permítanme ilustrar esto con algunos datos epidemiológicos. Una revisión sistemática de ciento setenta y cuatro investigaciones en sesenta y tres países encontró que ***una de cada cinco personas*** cumple criterio para algún problema psicopatológico común durante el año anterior (Steel et al., 2014). Tengan en cuenta que se trata de datos obtenidos de la población general, no de alguna población de riesgo.

Ahora bien, estos datos se refieren a las probabilidades de padecer un trastorno durante un período de un año. Si en cambio consideramos las probabilidades de padecer uno de esos trastornos en algún momento de la vida, lo que encontramos es que una de cada tres personas podría ser diagnosticada con algún trastorno psicológico común (op. cit.). Y la situación de hecho podría ser peor, ya que otras investigaciones sugieren números mayores, con hasta dos de cada tres personas cumpliendo criterios para algún diagnóstico en algún momento de su vida (Kessler et al., 2005). Vale la pena señalar que, si bien la mayoría de estos datos provienen de países desarrollados, la tendencia parece ser bastante uniforme en todo el mundo. En Argentina, por ejemplo, nos encontramos con una prevalencia del 29,1% para cualquier trastorno a lo largo de la vida (Cía et al., 2018).

Los números pueden resultar un poco abstractos, pero lo que implican es muy concreto. Esto implica que hay buenas probabilidades de que al menos una de cada cinco personas que conocemos haya estado en situación de recibir un diagnóstico psiquiátrico durante el último año –no digo que meramente haya tenido un año difícil, sino que hubiese cumplido cabalmente los criterios diagnósticos para algún trastorno. También significa que como mínimo una de cada tres personas que conocen en algún momento de sus vidas van a estar en condición de recibir un diagnóstico si alguien hace las preguntas correctas en el momento correcto. Repasen los rostros de sus amistades, de los miembros de su familia, de las personas con las que hablan diariamente. Y mientras hacen eso, recuerden: una de cada cinco este año, una de cada tres en la vida.

Esas investigaciones examinan la prevalencia de trastornos hechos y derechos, diagnosticados siguiendo los criterios estrictos de los manuales psiquiátricos. Por este motivo excluyen a las personas que no cumplan con los criterios mínimos para ser diagnosticadas con algún trastorno, aun cuando estén sufriendo intensamente.

Los indicadores generales de malestar nos ofrecen una perspectiva complementaria sobre la situación. Por ejemplo, podemos considerar la prevalencia de la ideación suicida –que en sí no es un diagnóstico sino un síntoma que puede aparecer en diversos diagnósticos, pero es un síntoma particularmente ilustrativo del nivel de malestar de una persona. Las investigaciones señalan que entre un diez y un veinte por ciento de la población experimenta ideación suicida a lo largo de su vida (Lee et al., 2010; Nock et al., 2008). Y estamos hablando de población general, no población psiquiátrica, de manera que lo que estos datos implican es perturbador. Esto significa que una o dos de cada diez personas que conocen han experimentado o van a experimentar tanto dolor como para pensar seriamente en quitarse la vida²¹. Vuelvan a pasar por su mente los rostros de las personas que conocen. Una de cada diez.

Consideren además todo el sufrimiento que no se incluye en los manuales diagnósticos: las tristezas, las traiciones, las decepciones, los sueños que no se cumplen, los corazones rotos, los sufrimientos que son parte cotidiana de nuestras vidas. El punto que estoy tratando de ilustrar aquí es que el sufrimiento es algo omnipresente en la vida de los seres humanos.

Una buena parte del origen de ese sufrimiento puede atribuirse a condiciones de vida objetivamente difíciles: tenemos datos sólidos que señalan que las guerras, la pobreza, la discriminación, los estigmas culturales, la falta de apoyo social, entre otros factores del entorno aumentan enormemente las tasas de problemas psiquiátricos (Galea et al., 2007; George et al., 1989; Howard et al., 2013; Lorant, 2003). Todas las investigaciones apuntan a que condiciones de vida adversas aumentan el nivel de sufrimiento y problemas psicológicos.

Pero cuando se trata de los seres humanos, las condiciones vitales adversas no terminan de contar toda la historia. Lo vemos todo el tiempo en la clínica y en nuestras propias vidas: las dificultades vitales incrementan el sufrimiento, pero una vida cómoda y segura no nos asegura librarnos de él. Colectivamente, nuestra calidad de vida

ha mejorado extraordinariamente con el paso de los siglos, pero el sufrimiento no se ha ido a ninguna parte. Abundan los casos de personas que, cumpliendo con todos los criterios sociales tradicionales del éxito, y bajo condiciones de vida objetivamente excelentes, sufren tanto que experimentan problemas de adicciones o terminan quitándose la vida.

La historia del sufrimiento humano no se agota en las condiciones de vida. Hay algo más complejo en juego, algo que podemos rastrear en la relación particular que colectivamente construimos sobre el dolor.

La relación humana con el dolor

Los seres humanos no nos limitamos a meramente sentir malestar, sino que desarrollamos relaciones complejas y variadas con él, relaciones que impactan sobre cómo lo experimentamos y que se sistematizan y transmiten en prácticas culturales. En otras palabras, tenemos perspectivas socialmente construidas y transmitidas con respecto al dolor.

En particular hay una perspectiva sobre el dolor que parece omnipresente en nuestra sociedad¹², un entramado de creencias y normas que podríamos resumir aproximadamente así: ***el sufrimiento es un problema a resolver***. El sufrimiento es tratado como una alteración erradicable de lo que de otra manera sería un estado normal de bienestar o felicidad¹³. Desde esta perspectiva vivir bien es sinónimo de ***sentirse bien*** y es incompatible con el sufrimiento.

Esta perspectiva, que configura al malestar como problema y al bienestar como imperativo, se transmite como el resto del acervo cultural de la sociedad: de manera directa e indirecta en refranes, expresiones, costumbres, interacciones cotidianas, etcétera. Podemos notarlo en la forma en que se suele abordar el tema en libros de autoayuda, artículos de revistas, redes sociales, medios masivos de comunicación y demás lugares de intercambio social: el mensaje central es que las experiencias displacenteras (esto es, pensamientos y sentimientos con contenidos dolorosos), deben ser eliminadas, controladas, o reemplazadas por contenidos positivos para tener una buena vida.

Se nos indica que hay que tener pensamientos positivos y sentimientos agradables, que hay que reducir las emociones dolorosas, la angustia, y los pensamientos desagradables. Hay que controlar el estrés, tener alta autoestima, querernos, gustarnos, estar libre de preocupaciones y no tener emociones negativas como celos, miedo, envidia, etc. Hay que relajarse, disfrutar, pasarla bien, y desterrar sentimientos y pensamientos negativos o "tóxicos". El objetivo último es un bienestar homogéneo, libre de la contaminación que el malestar supone¹⁴.

Les propongo una pequeña experiencia para que puedan comprobar hasta qué punto han adoptado esta perspectiva en su repertorio cotidiano¹⁵. Usando solamente los calificativos de "buena" o "mala", completen las frases a continuación usando la primera de esas palabras que aparezca en su mente:

La ansiedad es...

La calma es...

La vergüenza es...

La ira es...

La alegría es...

La felicidad es...

Lo más probable es que su primer impulso haya sido el de etiquetar a la alegría, calma y felicidad como "buenas" y a las restantes como "malas", aun haciéndolo un poco en disconformidad –pero, en cualquier caso, está claro cómo completarían esas frases la mayoría de sus pacientes y las personas que conocen en general. Y, por supuesto, etiquetar a ciertas emociones como malas es una forma de categorizarlas como indeseables, como experiencias a evitar o resolver.

La idea de que el sufrimiento es un problema a resolver moldea nuestra forma de relacionarnos con él. Está en lo que decimos y hacemos en los intercambios cotidianos que lo involucran. Está en las palabras que afloran a nuestros labios cuando el dolor apremia. Está en los impulsos de acción que experimentamos cuando un amigo está sufriendo: queremos que no sufra, que se alivie, que sus pensamientos sean más positivos.

Con este fin proporcionamos consuelo, racionalizamos la situación, tratamos de pintar un escenario positivo, ofrecemos consejos o posibles soluciones –aunque a veces lo que logramos con esto es que no ***exprese*** su malestar, lo cual es bien distinto de no sentirlo. Recuerden cuántas veces fueron destinatarias de expresiones como: "todo va a estar bien, no te preocupes", "podría haber sido peor", "vas a salir fortalecida de esto", "¿intentaste hacer X?", "necesitas pensar en positivo", "no digas esas cosas". Recuerden cuantas veces fueron ustedes quienes enunciaron esas frases.

Por supuesto, no hay nada intrínsecamente malo en todo esto. No hay nada censurable en querer que otras personas sufran lo menos posible. Sólo señalo que estas acciones subrepticamente perpetúan una perspectiva sobre el sufrimiento como algo que debe ser erradicado o controlado.

Esta perspectiva del dolor como problema a resolver puede presentarse como una actitud obvia, pero no lo es. Existen tradiciones que han postulado al dolor no como algo a resolver sino como algo constitutivo y normal en la condición humana, como por ejemplo la mitología judeocristiana, la tradición budista, entre otras posiciones filosóficas y religiosas que han sostenido al dolor como parte normal de la vida. Simplemente no son las posiciones predominantes en nuestras sociedades contemporáneas.

Este imperativo sociocultural, esta especie de obligación hacia el bienestar se encuentra con la ubicuidad del sufrimiento humano que estuvimos revisando unas páginas atrás, produciendo una situación bastante extraña. Por un lado, la vida humana está atravesada por el dolor. Por otro lado, la posición que en nuestra sociedad adoptamos y transmitimos sobre el dolor es que debe ser resuelto para vivir. Es la receta para una guerra interminable cuyo campo de batalla son nuestras vidas mismas.

Si el dolor es un problema a resolver, entonces necesitaremos controlarlo, eliminarlo, reducirlo, en otras palabras, ***luchar*** con él con todos los medios que tengamos al alcance, psicológicos, farmacológicos, o de cualquier otro tipo. Un dato de color para ilustrar la magnitud de esta situación: colectivamente consumimos tantos psicofármacos para

controlar nuestro sufrimiento que, luego de pasar por nuestros cuerpos y por los sistemas de desagües llegan a lagos y ríos. Es posible encontrar trazas de psicofármacos en el agua. No sólo eso: esas trazas son ingeridas por plantas y animales acuáticos, por lo que se ha detectado la presencia de fluoxetina y sertralina en peces –en los cuales ejercen un efecto nefasto sobre sus comportamientos (Ford & Herrera, 2019; Schultz et al., 2010). Nuestra guerra contra el dolor psicológico conlleva daños colaterales para otras especies¹⁶.

Nuestra posición frente al malestar no es gratuita, sino que impacta diversos aspectos de nuestras vidas. Algunos de ellos son particularmente relevantes desde un punto de vista clínico, por lo cual vale la pena examinarlos un poco más detenidamente.

La relación con el dolor propio

El primer aspecto que se ve afectado por esta perspectiva es cómo respondemos ante nuestro propio dolor. Considerar al dolor como un problema a resolver impacta en lo que hacemos cuando sentimos angustia, vergüenza, culpa, pensamientos difíciles, sensaciones físicas displacenteras, etc.

Este es un aspecto que más adelante examinaremos en detalle porque entraña un proceso central para el modelo teórico. Por ahora digamos esto: es prácticamente inevitable que si el dolor es tratado como un problema a resolver se produzca un deslizamiento hacia el dolor como algo indeseable de experimentar y de exhibir.

Es notablemente difícil mostrar de manera deliberada nuestro malestar a otras personas. Resulta casi vergonzante exhibir sufrimiento frente a otras personas, motivo por el cual tratamos de ocultarlo, disimularlo, de ponerle al mal tiempo buena cara –no queremos que nuestro problema se transforme en **su** problema. Por supuesto, cuando esta acción se realiza de manera colectiva, nos encontramos con que pareciera que nadie está sufriendo. Noten que la mayor parte de las personas que se cruzan en la calle parecen estar bien, lo cual hace que nuestro propio sufrimiento luzca aún más extraño o anormal, aún más como un problema.

Esto dificulta actuar de manera compasiva hacia nuestro propio dolor, dificulta exhibir vulnerabilidad, dificulta pedir ayuda. Lleva a una guerra interna con lo que experimentamos en situaciones difíciles. Por ese motivo a veces el simple hecho de definir a un sufrimiento como normal, válido y esperable, puede hacer toda la diferencia del mundo para una persona.

La relación con el dolor ajeno

Otro aspecto de esta perspectiva del dolor como problema es la relación que configura con el dolor ajeno, es decir, cómo respondemos frente al sufrimiento de los demás.

Si el dolor es un problema a resolver, si nuestra disposición a experimentarlo es baja, también tenderemos a resolver o incluso a evitar el dolor de otras personas. Nos resulta extraordinariamente difícil contemplar el sufrimiento ajeno sin hacer algo al respecto –y si no hay algo concreto para hacer, al menos podemos buscar culpables o explicaciones para el sufrimiento. Esto se encarna en las conductas que mencionamos páginas atrás: proporcionar racionalizaciones, explicaciones, consuelo, soluciones, consejos, y demás, en lugar de simplemente recibirlo y sufrir con la otra persona.

Otra consecuencia más siniestra de esto se puede observar en el fenómeno de **culpabilización de la víctima**, que es como se denomina a la tendencia a racionalizar eventos de violencia adjudicándolos a acciones o rasgos de la víctima, por ejemplo, explicando una violación por la indumentaria o actitudes de ésta. Lo que varias investigaciones sugieren es que las personas que más evitan el malestar son las que despliegan mayores tendencias a culpar a las víctimas de estos eventos (Ash & Lira Yoon, 2020). Tratar al sufrimiento como algo indeseable y anormal limita severamente nuestra capacidad de actuar con empatía y compasión hacia otras personas, y desalienta la vulnerabilidad en ellas.

La relación terapéutica

La perspectiva que adoptemos frente al dolor psicológico afectará varios aspectos cruciales del trabajo clínico, pero muy particularmente a la relación terapéutica.

Aplican aquí las mismas consideraciones que en la sección anterior. Si el dolor es tratado como algo indeseable puede ser difícil desarrollar una relación terapéutica compasiva y empática. Poniendo un ejemplo un tanto extremo, si frente a un ataque de pánico de un paciente la terapeuta llama inmediatamente a la ambulancia, ¿qué idea sobre el pánico creen que será más probable que aprenda el paciente, que se trata de algo desagradable pero normal, o que se trata de algo que debe ser controlado?

Y sin embargo este tipo de interacciones (aunque en formato más mitigado, es verdad), están presentes con mucha frecuencia en la clínica. Un paciente expresa malestar en la sesión y recibe una explicación de por qué lo está sufriendo, o se le propone inmediatamente algún ejercicio de calmado, o si el malestar es demasiado alto, se le indica una derivación o una consulta psiquiátrica.

Si en sesión no hay posibilidades de que el malestar sea tratado como algo normal y esperable para los seres humanos, el paciente puede ver reforzada la idea de que el sufrimiento es efectivamente algo que debe ser resuelto –algo indeseable y por tanto difícil de compartir. No es infrecuente encontrarse con pacientes que durante años han ocultado contenidos dolorosos o traumáticos a sus terapeutas por haber atravesado experiencias clínicas en las cuales al expresar ese malestar fueron culpabilizadas, estigmatizadas, o simplemente no se sintieron escuchadas¹⁷.

Pero algo similar ocurre si en la sesión la expresión de emociones dolorosas intensas es el principal resultado perseguido. Si una terapia mide su progreso en lágrimas por hora¹⁸, el mensaje sigue siendo que las emociones son centrales, que es necesario expresar las emociones correctas en la intensidad correcta. En otras palabras, se transmite el mensaje de que es central alterar (controlar) las emociones.

Por supuesto, no estoy afirmando que proporcionar soluciones o explicaciones del malestar, o que alentar la expresión emocional sean malos recursos. Nada más lejos de mi intención. Me estoy refiriendo más bien a que si el tono, el clima de la sesión está uniformemente en uno u otro extremo, puede ser difícil transmitir el mensaje de que

el sufrimiento es algo humano, algo normal, algo que no requiere modificación sino aceptación, algo que puede ser vivido sin necesariamente ser *resuelto*.

Psicopatología, salud, e intervenciones

Otro aspecto que se ve afectado por nuestra posición sobre el dolor concierne a la posición que se adopta en torno a la psicopatología, la salud, y las intervenciones terapéuticas. La cuestión en juego aquí es por donde pasa la línea que divide el funcionamiento psicológico "normal" del que no lo es. Dicho sencillamente, atañe a qué es lo que se considera patológico y por tanto cuál es el principal problema a resolver en la consulta del paciente.

Una buena parte de la psiquiatría y la psicología postula que el problema a resolver atañe al grado de malestar, generalmente bajo la forma de la presencia, intensidad y frecuencia de ciertos pensamientos, sentimientos, o sensaciones físicas. La mayoría de nuestros manuales de diagnóstico, de hecho, operan bajo ese principio, centrándose principalmente en la presencia de expresiones específicas de malestar para identificar patología, dejando en un lugar secundario el contexto y la calidad de vida de la persona. Hagan la experiencia de abrir cualquier manual diagnóstico o entrevista diagnóstica estructurada, y cuenten cuántos y qué tan minuciosos son los ítems que evalúan la severidad de síntomas; a continuación, comparen eso con el detalle y especificidad de los ítems que evalúan el funcionamiento y calidad de vida. En la mayoría de los casos, lo que van a encontrar es sólo un ítem, puesto al final de la lista de criterios diagnósticos –en la mayoría de los casos sin contar mayor especificidad que "deterioro en áreas importantes de funcionamiento".

Esto aparece en varias otras formas en nuestra disciplina. Incluso cuando decimos algo como "la ansiedad es normal", solemos acompañarlo con un "...dentro de cierto rango", diferenciando así lo normal y lo patológico según intensidad o frecuencia, no según su efecto psicológico. Como si la severidad de la ansiedad condujera automática y directamente a deterioros en la calidad de vida, como si no hubiera complejas interacciones entre la sintomatología, las habilidades psicológicas de la persona, la presencia de propósito vital, y otros factores. Se asume que la ansiedad intensa causa automática y linealmente un deterioro vital, y rara vez se plantea la pregunta de si la severidad de los síntomas de ansiedad lleva necesariamente a un peor funcionamiento vital –las pocas veces que la pregunta se ha planteado en investigación, la correlación entre ambos factores ha sido decepcionantemente baja (McKnight et al., 2016; McKnight & Kashdan, 2009).

Esta posición conduce a terapias centradas principalmente en torno a la eliminación o control del sufrimiento dejando de lado el contexto vital ampliado, implicando que la presencia de sufrimiento es problemática en sí misma. Por este motivo una buena parte de los tratamientos psicológicos y psiquiátricos prometen eliminar la angustia, terminar con el pánico, calmar la ansiedad, controlar el estrés, etcétera, es decir *sentirse* mejor¹⁹. El malestar es algo excepcional, un fallo, y es necesario corregir o eliminar ese fallo para volver a un estado de bienestar.

Por este motivo abundan los recursos psiquiátricos y psicológicos para reducir síntomas, mientras que son más bien escasos los recursos técnicos que directamente se proponen como medios para construir una vida con sentido y propósito²⁰. Esta posición nos proporciona un enemigo claro a vencer, hacia el cual dirigiremos el grueso de nuestros recursos.

ACT y la normalidad destructiva

La posición sociocultural que acabamos de describir sobre el dolor es lo que en ACT se denomina el supuesto de la **normalidad saludable**: la idea de que "la salud y la felicidad son los estados homeostáticos naturales de la existencia humana" (Hayes et al., 2012, p. 5). Esto implica, como vimos, que el malestar es algo a resolver para así volver a ese estado psicológico "normal".

ACT va a invertir los términos de esa posición, postulando lo siguiente: lo normal de la existencia humana es el sufrimiento, que no es resultado de una patología, de un error, de un fallo, ni de un desbalance. El sufrimiento es radicalmente normal para los seres humanos, y no está causado por un fallo a resolver sino por procesos psicológicos normales. Esta posición es la que llamaremos la **normalidad destructiva**: "la idea de que procesos psicológicos humanos ordinarios e incluso *útiles* pueden llevar a resultados destructivos y disfuncionales, o amplificar o exacerbar cualquier condición fisiológica o psicológica anormal que pudiera existir" (p. 13).

No es posible enfatizar de más lo provocadora que es esta idea. En la mayoría de modelos de psicoterapia se postula que el sufrimiento está causado por reacciones a eventos excepcionales, algún tipo de error (v.g. creencias distorsionadas), complejos psíquicos, u algún otro tipo de disfunción psicológica o biológica. En esa perspectiva está implícito que el sufrimiento psicológico *podría no ocurrir*. No importa si en lo real ocurre todo el tiempo, conceptualmente está implícito que *podría no ocurrir* si se dieran las condiciones adecuadas.

Si la psicopatología se considera como la consecuencia de eventos excepcionales, fallos o disfunciones, se está implicando que hay un escenario posible en el cual esos factores podrían no ocurrir o resolverse, y por tanto no habría sufrimiento. Por ejemplo, si postulo que la psicopatología es resultado de eventos adversos, es posible pensar en una persona que no atravesase eventos adversos y que por tanto pueda estar libre de psicopatología. Como habrán advertido, esto mismo es, a grandes rasgos, lo que postulan las psicopatologías basadas en eventos traumáticos, o en la mala resolución del desarrollo psíquico, en la presencia de ciertas creencias o esquemas disfuncionales, en fallas en la regulación de las emociones, etc. Cuando se piensa así la psicopatología, una vida sin sufrimiento es, al menos en teoría, *posible*. Puede ser tan poco probable como sacarse la lotería, pero es una posibilidad.

La posición de ACT es radicalmente opuesta: la suposición de la normalidad destructiva implica que el sufrimiento no es algo accidental sino **inherente a la condición humana**. Ciertas formas de afrontarlo y algunas condiciones biológicas, psicológicas y sociales pueden empeorar las cosas, ciertamente, pero se trata de algo que forma parte inextricablemente de nuestras vidas. No estamos diseñados para ser felices. El sufrimiento es esencial: lo accidental es el bienestar.

Esto implica que no hay lotería que ganar si el juego que jugamos es el del eliminar el dolor. No podemos eliminar el sufrimiento corrigiendo pensamientos, regulando emociones, cambiando de perspectivas o entendiendo por qué

nos pasa lo que nos pasa. Estas habilidades pueden resultar muy útiles, pero no pueden eliminar el sufrimiento porque no se puede ganar ese juego.

Para decirlo con una analogía, la perspectiva imperante es que la lucha contra el sufrimiento es como jugar al videojuego **Super Mario**: con suficiente habilidad y práctica podemos ganar el juego, llegar al castillo y rescatar a la princesa. Lo que ACT postula es que la lucha contra el sufrimiento se parece más a jugar al **Pac-Man**, **Space Invaders**, **Galaga** u otros de esos antiguos videojuegos de estilo arcade: no hay forma de “ganar” el juego, ya que no hay un final programado, sino que el juego repite una y otra vez la misma secuencia, con dificultad creciente, hasta que el jugador pierde y vuelve a empezar. No son juegos que se puedan ganar. Por eso es que ACT va a jugar a otro juego, uno que sí es posible ganar. No el juego de eliminar el malestar, sino el de construir una vida valiosa.

El supuesto con el que ACT se maneja es que el malestar está inextricablemente unido a la condición humana. Esto es, hay procesos psicológicos completamente normales que pueden generar malestar por sí mismos o amplificar el malestar que pueda ser causado por factores accidentales. El sufrimiento no surge de un error, de una disfunción, ni de un déficit, sino de elementos centrales de la condición humana, por lo cual no puede ser eliminado. Por eso no tiene sentido enfocarse en eliminar el malestar: está inextricablemente unido a lo que somos.

Lo que me resulta particularmente atractivo de esta perspectiva es esto: no hay necesariamente un problema a resolver en experimentar emociones o pensamientos dolorosos, en sentir tristeza, angustia, envidia, ansiedad, vergüenza, celos, enojo. No hay necesariamente un problema a resolver, déficit o error a corregir en los pensamientos difíciles sobre uno mismo, en no tener una alta autoestima, o si no nos gusta nuestro cuerpo. Todo eso significa simplemente que somos seres humanos, no errores a corregir.

Asumir la perspectiva de que el sufrimiento es normal conlleva cambios en los aspectos que revisamos en las páginas previas. Configura cambios en la relación con el propio dolor, en la relación con el dolor ajeno, en la relación terapéutica, en la forma en que pensamos la psicopatología, la salud y las intervenciones.

Ahora bien, postular que el sufrimiento es resultado de procesos psicológicos normales nos deja en las puertas mismas de la pregunta que intentaremos contestar en el próximo capítulo: ¿cuáles son esos procesos?

¹⁰ También voy a utilizar indistintamente los términos **dolor**, **sufrimiento** o **malestar**. Varias tradiciones diferencian estos términos entre sí, pero no son distinciones relevantes para lo que aquí queremos exponer.

¹¹ Esto resulta aún más alarmante si tenemos en cuenta que la situación probablemente sea peor de lo que encuentran las investigaciones, ya que la ideación suicida es un tema sobre el cual las personas no solemos hablar abiertamente.

¹² Los sistemas de creencias culturales y sociales siempre están ubicados en un punto del tiempo y el espacio, no son eternos ni ubicuos. Lo que diremos a continuación se aplica mayormente, pero no de manera exclusiva, a sociedades occidentales contemporáneas.

¹³ Me refiero aquí a la felicidad como sentimiento, no a la felicidad en el sentido antiguo de una vida bien vivida.

¹⁴ Estoy hablando aquí de malestar psicológico, pero hay consideraciones similares que aplican al dolor físico en las sociedades occidentales (Bates et al., 1993; Zborowski, 1952)

¹⁵ Este ejercicio no es una idea mía, sino que surge de talleres de ACT, pero lo he visto en tantas ocasiones que honestamente no sabría ya a quién atribuírselo.

¹⁶ Aunque como bien señala un colega, ni siquiera es de las peores cosas que le hacemos al planeta.

¹⁷ He perdido la cuenta de cuántas veces escuché el uso del término “resistencia” utilizado como una forma de culpabilización del paciente: si un paciente no mejora es **porque en realidad no quiere**, porque tiene alguna traba o porque hace algo mal –y no por supuesto porque la terapia no funcione.

¹⁸ L/h

¹⁹ Por supuesto, muchas de las expresiones con las que se ofrecen las intervenciones obedecen a adoptar formas de comunicación más efectivas para con el público general. Si la perspectiva social predominante es que el malestar es un problema a resolver, poca gente irá a un taller psicológico que prometiera como resultado “convivir con el malestar”, o “sentirse mal y ya”.

²⁰ Llevado a un extremo: hay numerosos psicofármacos dirigidos a controlar diversos aspectos del malestar, pero ninguno que produzca sentido o satisfacción vital.

CAPÍTULO 4: CONDUCTISMO, LENGUAJE, Y OTRAS FORMAS DE PASARLA MAL

Que el dolor psicológico no se trate como un problema a resolver no quiere decir que no nos importe, por supuesto, sino que el malestar no será el foco primario de intervención. Esto puede suscitar inmediatamente la siguiente y válida objeción: si no vamos a estar trabajando con el foco en reducir el malestar, en controlar los sentimientos o pensamientos dolorosos, ¿qué demonios es lo que haremos?

Empecemos por el final: el objetivo explícito de ACT es promover y aumentar la flexibilidad psicológica, “la habilidad de contactar el momento presente más completamente, como un ser humano conciente y, basado en lo que la situación permita, cambiar o persistir en la conducta para servir a fines valiosos” (Hayes & Strosahl, 2004). En otras palabras, la flexibilidad psicológica involucra actuar aquí y ahora al servicio de lo que es importante. Este objetivo es uno de los motivos por los cuales seguimos diciendo “ACT”, como una palabra, en lugar de usar las siglas **A.C.T.**: la raíz de la palabra²¹ nos recuerda que nuestro objetivo terapéutico principal es ayudar a nuestros pacientes a vivir una vida con sentido y con propósito –aun cuando esto, como sucede con frecuencia, involucra mayor contacto con el dolor.

Por supuesto, prácticamente cualquier abordaje del malestar tiene como objetivo último, más o menos explícito, que las personas vivan mejor. Pero en una buena parte de los modelos psicoterapéuticos el foco terapéutico primario es la alteración de la forma y frecuencia de las experiencias internas (pensamientos, sentimientos, recuerdos, sensaciones físicas, tendencias de acción, etc.), y generalmente se asume que una vida plena ocurrirá espontáneamente como resultado de esa alteración. En ACT, el foco terapéutico primario está puesto en actuar con sentido y propósito. Digamos, el problema a resolver no es “¿cómo reducir el malestar?”, sino más bien “¿cómo vivir una vida valiosa?”.

Ahora bien, en el capítulo anterior mencionamos que el sufrimiento es normal para los seres humanos y que hay algunos procesos psicológicos normales, inherentes a la condición humana, que pueden llevar a resultados disfuncionales y amplificar otros procesos patológicos excepcionales. Para ocuparnos de ellos deberemos dar un rodeo, árido y tedioso –lo cual me temo que no desentona con el resto del libro.

Tigres conceptuales y repertorios conductuales

Querría comenzar invitándoles a realizar una pequeña práctica que suelo utilizar en los talleres experienciales como ilustración de algunas de las ideas que vamos a revisar, y que consiste simplemente en imaginarse en una situación.

Imaginen que están en su lugar preferido en el mundo, sólo ustedes, y empiezan a aparecer mágicamente algunas cosas. En primer lugar, aparece una mesa servida con todos sus platos favoritos. A un lado, aparece una pequeña montaña de billetes, oro y piedras preciosas, completamente disponible para ustedes. Finalmente, recostada en un sillón aparece la persona que más atractiva les parece en todo el mundo –también pueden ser varias, imaginar es gratis– sonriendo sugerentemente. No hay ningún apuro en la escena, pueden tomarse el tiempo que deseen. Observen los elementos de la escena: qué platos están servidos en la mesa, el tamaño de la pila de dinero, qué está haciendo la persona en el sillón. Imagínense allí y por unos momentos tan sólo noten qué experimentan. Noten cualquier sentimiento o sensación que esté presente, cuál es el tono de su mente y sus pensamientos. Tómense unos momentos para explorar todo eso antes de seguir leyendo.

La pregunta que querría hacerles es: si estuvieran en esa situación, ¿qué harían?

Cuando formulo esta pregunta en los talleres, la gama de respuestas es siempre amplia: compartir la cena con la persona, omitir la cena y el dinero y acercarse a la persona, embolsarse los billetes y luego ocuparse del resto, cenar primero para tener energías para el resto de la velada, y una larga lista de secuencias posibles. En cualquier caso hay un amplio espectro de acciones disponibles en esa situación.

A ese conjunto de acciones posibles para una persona en una situación podemos denominarlo el **repertorio conductual** disponible para esa situación. En la escena que les propuse imaginar, probablemente su repertorio conductual sea relativamente **amplio** y **flexible**, lo cual quiere decir que podrían llevar a cabo diversas acciones y que podrían pasar de una a otra sin demasiada dificultad. Esa variabilidad hace que sea relativamente difícil predecir qué haría una persona en esa situación.

Ahora, querría que volvieran a imaginarse en la escena, pero esta vez vamos a añadir un nuevo elemento: imaginen que entra en la escena un tigre enorme, rugiendo estruendosamente. Entonces, está la mesa servida, la persona que les gusta, y la montaña de dinero... y un tigre furioso.

Imagínense en esa situación, y tómense unos momentos para notar qué experimentan, que sentimientos e impulsos de acción se presentan. Y antes de seguir leyendo, permítanme formularles nuevamente esta pregunta: si estuvieran en esa situación, ¿qué harían?

Es de esperar que sus respuestas sean muy distintas a las que dieron anteriormente. Probablemente en ese caso desaparezca toda acción que no esté directamente relacionada con el tigre (como cenar, contar el dinero, hablar con la persona, etc.), predominando en cambio acciones de huida (o congelamiento) y lucha. Su repertorio conductual en esa situación se ha vuelto más estrecho y más rígido, y sus acciones, por tanto, se han vuelto bastante más predecibles –podría apostar con bastante confianza que el 99% de mis lectores se congelaría o saldría corriendo²².

Este pequeño ejemplo nos servirá para discutir algunos conceptos que pueden resultar útiles para entender la conceptualización de ACT.

Estímulos aversivos y el control de la conducta

La única diferencia entre la primera versión de la situación y la segunda fue la introducción de un tigre, lo cual alteró todo su repertorio de conductas disponibles para esa situación. En nuestro ejemplo, el tigre es lo que

podríamos denominar un **estímulo aversivo**. La introducción de este tipo de estímulos en el ambiente de un organismo tiene una serie de efectos psicológicos²³ conocidos, predecibles y que son importantes para entender el problema de la flexibilidad psicológica.

Algunas toscas y abreviadas consideraciones preliminares pueden resultarnos útiles. Técnicamente no serán del todo correctas, pero nos servirán como andamio para construir algunas ideas. Empecemos diciendo que **aversivo** es como llamamos a cualquier estímulo o evento del cual un organismo tiende a alejarse²⁴. Por el contrario, llamamos **apetitivos** a los estímulos hacia los cuales un organismo tiende a acercarse. Aversivo y apetitivo no designan características intrínsecas de los estímulos, sino que son formas de designar la relación que en ciertos contextos tienen con ciertas conductas, y esto es lo que llamaremos su **función**. La función de un estímulo cambia según las circunstancias. Un vaso de agua puede ser apetitivo cuando estoy sediento luego de hacer ejercicio y aversivo si me lo traen cuando estaba esperando un vaso de cerveza.

Lo que hacemos en cualquier momento es función del ambiente, externo e interno, que está inmediatamente presente y es relevante a nuestras acciones, y también de toda la historia de aprendizaje relevante a la situación. Llamamos al conjunto de todo eso el **contexto** de una acción²⁵. Que estén leyendo estas líneas está influenciado por lo que hay en el ambiente (este libro, lo que está pasando en su cuerpo), y también por su historia de aprendizaje, que incluye aprender a leer, su recorrido académico, sus experiencias profesionales, etc. Podemos decir entonces que nuestras conductas están **controladas** por el contexto²⁶.

Cuando un estímulo en el ambiente externo o interno se asocia con conductas de evitación o escape, decimos que el estímulo es aversivo y que el repertorio conductual en ese momento está bajo **control aversivo**. Cuando un estímulo en el ambiente externo o interno se asocia con conductas de aproximación decimos que el estímulo es **apetitivo** y que el repertorio conductual está bajo **control apetitivo**. Pero, dado que en cualquier momento hay miles de estímulos presentes con los cuales hay potencialmente diferentes historias de aprendizaje, nuestra conducta está siempre bajo múltiples fuentes de control, por lo cual podríamos decir que el repertorio conductual puede hallarse bajo control **mayormente** aversivo o apetitivo, en un espectro.

ESA reacción

Cuando les propuse imaginar la escena al inicio del capítulo asumí que el tigre funcionaría como un estímulo aversivo para la mayoría de las personas²⁷. Por este motivo, al introducirlo en la escena imaginada la experiencia cambió completamente, ya que su repertorio conductual pasó de estar bajo un cierto grado de control apetitivo a estar bajo un fuerte control aversivo, ya que se introdujo un estímulo del cual resultó imperativo huir o luchar.

Eso es relevante porque cuando se introduce un estímulo fuertemente aversivo en el contexto de un organismo tienen lugar ciertas respuestas fisiológicas y conductuales bastante predecibles, que resultan de particular interés para entender fenómenos clínicos. Podemos resumir estos efectos en tres palabras: **activación, supresión, y evitación**²⁸.

En primer lugar, la presencia de un estímulo fuertemente aversivo genera **activación** autonómica: aumento del ritmo cardíaco, cambios en la respiración, en la presión arterial, sudoración, entre otros (Fanselow & Sterlace, 2014; Rescorla & Solomon, 1967). Estar frente a un tigre, por ejemplo, puede hacer que uno sienta el corazón en la boca, por no usar otras imágenes poéticas menos elegantes. La activación autonómica es parte central de los sentimientos de malestar, que en este caso probablemente se referirían a la emoción que socialmente aprendemos a llamar **miedo** (véase Feldman Barrett, 2017). Las sensaciones de malestar y activación son parte normal de la respuesta frente a un estímulo aversivo.

En segundo lugar, la presencia de un estímulo fuertemente aversivo suprime todas las conductas que no tengan que ver directamente con él. Este es el fenómeno de **supresión condicionada** (Estes & Skinner, 1941). Dicho de manera más sencilla, significa que frente al estímulo aversivo el organismo interrumpe toda otra actividad. Juego, alimentación, sexualidad, exploración, etcétera, se verán interrumpidas ante la aparición de un estímulo fuertemente aversivo.

En tercer lugar, las conductas de evitación o escape se vuelven mucho más probables en presencia del estímulo aversivo. Esto es, aumenta la probabilidad de las conductas destinadas a reducir, controlar o poner distancia entre ese estímulo aversivo y el organismo. Todas estas respuestas pueden darse con diferentes intensidades.

Si se imaginaron en la escena con el tigre es probable que hayan experimentado de manera suave esos tres efectos: 1) aumento del nivel de activación fisiológica, 2) interrupción de todas las conductas que tuvieran que ver con la comida, el dinero, o el sexo y 3) lo único que importó fue cómo huir del tigre. En rigor de verdad, no diría que se trata de tres reacciones diferentes sino más bien de una misma reacción que presenta tres aspectos: **A**ctivación, **S**upresión, **E**vitación. Por las siglas podríamos llamar a esa reacción "ASE", pero por motivos muy estúpidos que quedarán claros en breve, elegiremos invertir el orden de las siglas y llamarla la reacción ESA.

ESA reacción (les dije que el motivo para el orden de las siglas era estúpido), es estupenda para la supervivencia de cualquier ser vivo ya que constituye la forma más frecuentemente efectiva para lidiar con cualquier peligro inmediato. Si les cayese ahora una tarántula sobre el pie, sería una buena política desde un punto de vista evolutivo que el cuerpo se preparase para la acción mediante la activación fisiológica, que suprimiesen otras actividades irrelevantes, y que tratasen de evitar, escapar, controlar o eliminar a esa araña lo más rápidamente posible. ESA reacción ayuda a la supervivencia y por tanto cuando estamos en una situación con componentes aversivos se produce con mayor o menor intensidad.

Ahora bien, ESA reacción, si bien es útil para la supervivencia, es una respuesta bastante tosca apta para lidiar con situaciones acotadas en el tiempo y relativamente simples, pero no con situaciones que son más duraderas, complejas, o que requieren un espectro más amplio de conductas. Esto es claramente observable en situaciones peligrosas que requieren conductas más complejas y medidas, como evacuar con calma y ordenadamente un edificio en el cual se ha declarado un incendio. En ese caso, nuestra tendencia a querer alejarnos lo más rápidamente posible del incendio puede generar problemas peores que el fuego, como estampidas, que en la vida real en varias ocasiones han dejado más personas heridas que el fuego en sí. La evacuación masiva de un edificio requiere respuestas más moderadas que el "huir como alma que lleva el diablo" al que nos impulsa la reacción ESA.

Por ese motivo hacemos simulacros de incendios, por eso tenemos instrucciones de seguridad en los aviones, por eso las fuerzas de seguridad requieren entrenamiento, para en cierto modo poder contrarrestar a ESA reacción que se produce automáticamente en situaciones aversivas y así poder dar respuestas más matizadas y efectivas.

Dicho de otro modo, ESA reacción es una respuesta útil para lidiar con un tigre, pero problemática cuando la situación requiere respuestas sutiles, variadas, matizadas –es decir, cuando requiere **flexibilidad**. La supresión y evitación reducen el repertorio conductual disponible en esa situación, reducen nuestras habilidades más finas y flexibles dejándonos con las más toscas pero efectivas, ya que hay momentos en los cuales lo rígido y estereotipado puede ser la mejor manera de lidiar con una situación (salir corriendo a toda velocidad suele ser una buena política para lidiar con tarántulas, perros rabiosos, cobradores de impuestos, y otros animales).

Lo que nos interesa particularmente es que la estimulación aversiva tiene un efecto global de estrechamiento de las conductas posibles –dicho de otra manera, **reduce la flexibilidad conductual**. De todas las actividades posibles que podrían desarrollarse en una situación, cuando la conducta está bajo fuerte control aversivo el repertorio se reducirá a conductas de evitación y escape. Nadie se preocupa demasiado por el sentido de la vida, el arte, la ciencia o la filosofía mientras está siendo perseguido por una jauría de lobos, sino que más bien se enfocará en huir y ponerse a salvo, lo cual es algo perfectamente normal y deseable (aunque no desde el punto de vista de los lobos).

Esto es extraordinariamente relevante desde un punto de vista clínico. Lidiamos todos los días con personas cuyo repertorio está mayormente bajo fuerte control aversivo²⁹, y si prestamos atención, podemos observar que nuestros pacientes despliegan en cierto grado ESA reacción frente a ciertos estímulos. Activación fisiológica, supresión de otras actividades, intentos de controlar o huir de la situación, es lo que le sucede a una persona con pensamientos obsesivos cuando éstos aparecen, o a una persona que teme experimentar un ataque de pánico cuando siente taquicardia, o a una persona con un duelo complicado cuando recuerda a un ser querido recientemente fallecido.

Esto tiene el potencial de deteriorar increíblemente la posibilidad de lidiar de manera significativa con la vida. Imaginen una persona que, ante una discusión de pareja, está bajo fuerte control aversivo, por ejemplo, estando aterrada frente a la posibilidad de que la relación se termine. Lo que probablemente le suceda es que pierda la capacidad de comunicarse asertivamente, de pensar soluciones creativas, de negociar, de dejar pasar, de conciliar, en fin, de todas las conductas que permiten navegar efectivamente las dificultades de pareja. En lugar de eso, se emiten respuestas de características similares a las que se emitirían frente a un tigre: toscas y estereotipadas, globalmente orientadas a terminar con la situación aversiva lo antes posible.

Pero aquí probablemente aparezca en sus mentes una objeción: con estímulos que son intrínsecamente peligrosos, como un tigre o un incendio, es útil y comprensible que suceda ESA reacción, pero los seres humanos desplegamos esa reacción frente a todo tipo de estímulos, incluso frente a estímulos que son inherentemente inofensivos. Una persona puede tener una fobia a los botones, huir de un recuerdo o de su imagen en el espejo, reaccionando a esos estímulos como si estuvieran frente a un tigre, incluso aunque frente a esos estímulos esas respuestas resulten inefectivas o generen más dificultades. Reaccionar a un incendio con ESA reacción es comprensible, pero despierta cierta perplejidad considerar que también podemos reaccionar de manera similar al ver una foto o escuchar un relato de ese incendio, a pesar de que ni la foto ni el relato son eventos peligrosos en sí mismos.

La pregunta que se impone entonces es ¿cómo es que llegamos a emitir ESA reacción frente a estímulos que son neutros o inofensivos en sí mismos?

Aprendiendo a temer

Como mencionamos anteriormente, apetitivo o aversivo no son características intrínsecas de los estímulos, sino que son **funciones** que pueden adquirir en ciertos contextos, se trata de las relaciones que tienen con la conducta de un organismo en particular. En otras palabras, usualmente las funciones psicológicas de un estímulo no son intrínsecas sino adquiridas (o aprendidas), y pueden variar según el contexto.

Entonces, ¿cómo es que un estímulo que era neutro se puede volver aversivo? ¿Cómo aprendemos frente a qué estímulos desplegar ESA reacción? Veamos algunas vías que han sido exploradas exhaustivamente por la ciencia conductual.

La primera vía es el aprendizaje a través de la experiencia directa, es decir, el contacto concreto con un evento. Si, por ejemplo, toco unos cables expuestos y recibo una descarga eléctrica, de allí en más cualquier cable expuesto puede adquirir funciones aversivas para mí³⁰, y desatar los efectos anteriormente descriptos: activación fisiológica, supresión de respuestas, evitación. Esta vía suele aparecer con frecuencia en los aprendizajes traumáticos, en los cuales una experiencia peligrosa modifica la función de un estímulo o de una clase de estímulos directamente asociados. Por ejemplo, un caballo de carruaje se encabrita con gran estruendo en la calle, un niño que se encuentra cerca se aterroriza frente a la escena, y a partir de ese momento comienza a exhibir una fobia a caballos y carruajes (Wolpe & Rachman, 1960). En esta vía los que intervienen son los procesos de condicionamiento respondiente y operante tales como son tradicionalmente considerados por el análisis de la conducta.

Otra vía de aprendizaje es a través de la observación. Puedo aprender que los cables de electricidad son peligrosos sin necesidad de experimentar directamente la descarga, simplemente viendo que una persona recibe una descarga eléctrica de unos cables expuestos. Esto es lo que se denomina **aprendizaje observacional** o **vicario** (Zentall & Levine, 1972), es decir, aprender observando la conducta de otro organismo (Catania, 2013, p. 274). Esta vía nos permite aprender sin tener que experimentar directamente una situación, lo cual es una gran ventaja, porque significa que no estamos limitados a la propia experiencia para aprender, pero aún requiere del contacto directo con una situación, aunque se trate de la experiencia de **otro** organismo.

Estas dos grandes vías de aprendizaje son válidas para todos los organismos más o menos complejos, incluyendo a los seres humanos. Sea por experiencia directa o por observación casi cualquier organismo puede aprender que un estímulo es peligroso. El estímulo adquiere así función aversiva para ese organismo en ciertas situaciones, y por tanto cada vez que esté presente ese estímulo (u otro estímulo que lo señale, como sucede en el condicionamiento

respondiente), el repertorio conductual se estrechará, aumentará la probabilidad de evitación o escape, y experimentaremos activación autonómica.

Estos procesos han sido exhaustivamente explorados por la ciencia conductual en centenares de investigaciones y conceptualizaciones que llevan alrededor de un siglo ya, y nos permiten dar cuenta de una buena parte de los fenómenos que observamos en la clínica (por ejemplo, véase Mineka & Zinbarg, 2006). Las fobias simples de génesis traumática son el ejemplo más claro de cómo estos procesos pueden impactar sobre la flexibilidad psicológica: en presencia de un estímulo que se ha vuelto aversivo (sea por experiencia directa u observación), la persona con un diagnóstico de fobia no sólo experimentará malestar, sino que verá restringidas su repertorio conductual: todas las acciones que signifiquen vivir una vida significativa serán limitadas o pausadas cuando aparezca el estímulo en cuestión, predominando en cambio aquellas acciones que sirvan para poner fin al contacto con ese estímulo.

Pero como señalamos páginas atrás, el problema aquí es que los problemas clínicos no parecen siempre involucrar experiencia directa u observación: los seres humanos podemos temer a eventos que no hemos experimentado ni presenciado. Los seres humanos podemos estar bajo control aversivo por eventos que no han sucedido o que definitivamente no vamos a presenciar, o por eventos que meramente podrían haber sucedido. Consideren la frecuencia con la cual nos desvelamos por la **posibilidad** de experimentar un rechazo amoroso, o la pérdida de nuestro trabajo, o por la posibilidad de contraer una enfermedad grave, o por no haber respondido de otra manera en una conversación, y así. En muchos de esos casos y en otros similares, no hay un contacto directo ni presenciado con una situación peligrosa. Lo que sucede es que para los seres humanos verbalmente competentes hay otra vía por la cual un estímulo puede adquirir funciones aversivas, y de esta vía nos ocuparemos a continuación.

Lenguaje y sufrimiento psicológico

Empecemos realizando una pequeña experiencia. Imaginen que tienen en sus manos un limón. Tómense el tiempo para visualizarlo en su mente, el amarillo intenso, el brillo de la cáscara, su forma, el peso, la textura. Imaginen que lo ponen en una mesa, lo cortan por la mitad y se llevan la mitad del limón a la boca. Lo muerden, y sienten la textura de la pulpa del limón al morderlo, el aroma del limón, y la acidez del jugo de limón inundando su boca.

Si han realizado esta pequeña experiencia es probable que en este momento estén salivando (me está pasando a mí mismo mientras escribo estas líneas²¹). Si lo consideran durante unos momentos, se trata de un fenómeno bastante curioso. Probablemente no tengan un limón con ustedes en este momento y de todos modos están salivando en respuesta a ciertas manchas oscuras sobre fondo blanco. Ni siquiera podemos decir que las palabras se parezcan²² a un limón, ¿qué es entonces lo que sucede?

Pensar en un limón es algo bastante trivial, pero el mismo proceso puede contribuir al sufrimiento con el que lidiamos cada día en la clínica. Basta con realizar una pequeña experiencia, para lo cual nuevamente les voy a pedir que imaginen un escenario.

Imaginen que están ahora mismo pasando unas vacaciones en una playa u otro paisaje que pudiera ser de su agrado. El día, la temperatura, el clima, todo es perfecto. Noten cómo se siente el sol sobre la piel, la temperatura del aire, los sonidos, el aroma del mar. Noten, como si pudieran sacarle una foto a lo que están experimentando, qué tipo de emociones, sentimientos y sensaciones físicas aparecen al imaginar esa escena. Tómense unos momentos para evocar esto y luego permitan que la escena se disuelva en su mente antes de continuar.

A continuación, les voy a pedir que nuevamente se imaginen allí, en ese mismo lugar, pero esta vez los acompaña este recuerdo: ***un año atrás estaban en ese mismo lugar pasando unas vacaciones con un ser querido que recientemente falleció***. El lugar es igualmente paradisíaco, pero la habitan en compañía de esos recuerdos. Y nuevamente, como si estuvieran sacando una foto a sus experiencias privadas, noten el tipo de emociones, sentimientos, y sensaciones físicas que aparecen al imaginar esta situación, y permitan que esa imagen se disuelva antes de continuar con la lectura.

Con toda probabilidad, la segunda escena sea bastante menos placentera, y probablemente hasta dolorosa. Pero nada ha cambiado: la playa es igual, y lo único que hay diferente es un recuerdo, una imagen o palabras que se conectan con un evento doloroso.

Lo que acaban de imaginar incluye un repertorio que es casi exclusivo de los seres humanos, la posibilidad de hacer presente cualquier estímulo a través de los símbolos y palabras, nuestra conducta verbal. Las palabras que describen a un limón pueden evocar algunas de sus funciones psicológicas en ciertos contextos, el símbolo de “peligro” colocado sobre una instalación eléctrica puede transformar sus funciones psicológicas sin necesidad de electrocutarnos o de ver a alguien electrocutándose, las palabras e imágenes que se refieren a un ser querido pueden adquirir algunas de las funciones psicológicas dolorosas de su pérdida.

Los estímulos pueden adquirir funciones aversivas no sólo por vía de la experiencia directa y de la observación, sino también a través de nuestras habilidades simbólicas, de lo que cotidianamente llamamos lenguaje y cognición. De eso se ocupa RFT, y de eso nos ocuparemos en el siguiente capítulo.

²¹ **To act**, en inglés, significa “actuar” (en el sentido de acción), raíz que comparte con el castellano.

²² El 1% restante integraría aquel grupo que el tigre denominaría “aperitivos”.

²³ Dado que adoptamos la perspectiva de que el nivel psicológico de análisis es la acción en contexto, “psicológico” y “conductual” son términos intercambiables a lo largo del texto.

²⁴ Uso el término **organismo** porque esto aplica a todo tipo de ser vivo, no se trata de algo exclusivamente humano.

²⁵ En el sentido en que lo usamos aquí, cuando hablamos de contexto nos referimos al contexto de la **acción**, no de la persona.

²⁶ No debe pensarse al control expresado de esta manera como algo mecánico, sino como el interjuego dinámico de múltiples factores que convergen en la conducta de cada momento.

²⁷ Como mencioné, la función no es algo inherente a un estímulo por lo cual nunca podemos saber a priori su efecto sobre la conducta sin conocer la historia de aprendizaje involucrada. Quizá un domador de leones habilidoso tendría un repertorio distinto y más amplio para lidiar con un tigre en la escena imaginada. Pareciera razonable, no obstante, suponer que para la mayoría de mis lectores la primera respuesta ante la aparición repentina de un felino furioso que pesa un cuarto de tonelada no sería exclamar “¡gatito!” y correr a abrazarlo.

²⁸A lo largo de este libro el término evitación, que en rigor de verdad se refiere a las conductas cuya función es la de prevenir un evento que podría suceder, se refiere también a **escape**, las conductas dirigidas a ponerle fin a un evento que está sucediendo.

²⁹Es necesario hacer una salvedad. Si la conducta está bajo control fuertemente apetitivo también podremos observar respuestas similares: activación, estrechamiento de repertorio. Basta con imaginar cuál sería la respuesta de la mayoría de las personas si empezaran a caer billetes en la calle. Pero es una situación que, aunque no está excluida de ciertos fenómenos clínicos, es mucho menos frecuente, por lo cual me limitaré a hablar del control aversivo.

³⁰En mi caso particular, un destornillador de metal introducido en un enchufe fue la vía por la cual adquirí nociones básicas del funcionamiento de la electricidad.

³¹También mientras corrijo, maldito ejemplo.

³²El análisis de la conducta suele hablar de "generalización" cuando la respuesta frente a un estímulo se extiende a estímulos similares, como por ejemplo, una respuesta de miedo a las ratas se generaliza a ratones, cobayos o conejos, pero la definición de generalización suele requerir que los estímulos tengan algún grado de similitud formal, lo cual no es el caso entre un limón y la palabra **limón**.

CAPÍTULO 5: UNA MIRADA CONDUCTUAL SOBRE EL LENGUAJE

Llegamos al punto con el cual he estado amenazando durante el principio del libro: RFT. Empecemos diciendo que son las siglas en inglés de *Relational Frame Theory* (Hayes et al., 2001), o en castellano: Teoría de Marco Relacional²³.

En resumidas cuentas, se trata de un abordaje conductual del lenguaje y la cognición tal como se observa en los seres humanos. Un poco más precisamente, es un intento conductual de dar cuenta de lo que más técnicamente se denomina *conducta verbal*, menos técnicamente *conducta simbólica*, y que engloba los fenómenos asociados al *lenguaje y cognición*. A lo largo del libro utilizaré esas tres denominaciones de manera intercambiable con el objetivo principal de sembrar la confusión, pero si necesitasen escribir un reporte académico o exhibir sofisticación en una fiesta, el término más apropiado sería *conducta verbal*.

ACT es uno de los pocos modelos de psicoterapia que se basa directamente en una teoría sobre la naturaleza y funcionamiento del lenguaje y la cognición que está definida con precisión y que cuenta con copioso soporte empírico (véase por ejemplo Dymond & Roche, 2013, para una extensa, aunque ya un poco desactualizada, revisión del estado del arte de RFT).

Por supuesto, se podría objetar inmediatamente que la mayoría de las psicoterapias se ocupan en mayor o menor medida del lenguaje y la cognición y del efecto que ejercen sobre la psicopatología bajo la forma de creencias, cogniciones, mandatos sociales, predicciones, construcciones, etc. Pero son raros los casos de modelos psicoterapéuticos que se ocupan abiertamente del tema de la naturaleza y funcionamiento del lenguaje y la cognición. La mayoría de los modelos psicoterapéuticos simplemente no lo hacen, y entre los que sí lo hacen abundan las conceptualizaciones puramente especulativas sobre el mismo –cuando no las directamente esotéricas.

En esta sección intentaré explicar los puntos centrales de RFT. En rigor de verdad, este capítulo podría presentarse de manera resumida en una o dos páginas, dado que no se trata de un tema imprescindible para el trabajo clínico. Lo que sucede es que como esto es lo que se suele hacer en la mayoría de las introducciones a ACT, lo que termina sucediendo es que a menudo las personas que se acercan a ACT no acceden a descripciones un poco más detalladas de RFT, salvo que visiten deliberadamente los libros especializados en el tema. Por este motivo he querido extenderme en el tema un poco más de lo que es habitual.

Si bien creo que es perfectamente posible ser un buen terapeuta sin conocer a fondo RFT, creo que familiarizarse con la teoría amplía el repertorio de respuestas clínicas posibles. Los conceptos son herramientas. Si les interesa mayormente la clínica o si están en un apuro pueden saltarse este capítulo y pasar al siguiente. Si deciden leer este capítulo y les resulta denso y difícil de entender, no se lo tomen personal: es una teoría tremendamente abstracta, poblada de conceptos técnicos específicos, y bastante difícil de transmitir de manera amena, todo lo cual combinado con mis modestas habilidades didácticas probablemente arroje resultados más que cuestionables.

No voy a contar la teoría punto por punto, sino que más bien voy a intentar explicarla, uniendo los aspectos más técnicos con una perspectiva personal que es un poco menos rigurosa pero quizá resulte más entendible. Dejaremos el recuento más puramente técnico para los libros especializados sobre RFT que sugeriré al final. En cualquier caso, a mí el tema me resulta lo suficientemente interesante como para intentar compartirlo con ustedes y para intentar una descripción de la teoría que cubra algunos de sus puntos centrales.

De manera que, repito, se pueden saltar esta parte sin demasiada pérdida clínica, pero luego no se quejen si en la próxima fiesta, orgía o bacanal se quedan fuera de la conversación por no saber qué es un marco relacional o una relación de coordinación. Yo se los advertí.

Simbolización y supervivencia

Hablar de lenguaje y cognición, de conducta verbal o conducta simbólica, se refiere a la posibilidad de manejar símbolos, aislados u organizados en palabras, lenguajes y todo tipo de sistemas de señales.

Manejar símbolos ha expandido enormemente nuestra capacidad de cooperar, nos ha brindado la ciencia y el dominio técnico de la naturaleza, con todos sus claroscuros. Ha proporcionado un empuje enorme a la supervivencia y el desarrollo de nuestra especie, porque los sistemas organizados de símbolos, como el lenguaje (y más aún bajo la forma de la palabra escrita) nos permite aprender de las experiencias de otras personas sin que estén presentes, acumular esos conocimientos, contrastarlos y añadir nuevos, aumentando así exponencialmente las formas de lidiar con cualquier situación a resolver.

En palabras de Hayakawa (1990), el lenguaje “nos permite comunicarnos con personas que están más allá del alcance de nuestras voces, tanto en el espacio como en el tiempo (...). Arquímedes está muerto, pero aún tenemos sus reportes sobre lo que observó en sus experimentos en física. Keats está muerto pero su poesía aún nos dice como se sintió al leer por primera vez el Homero de Chapman. Elizabeth Barret está muerta, pero podemos saber cómo se sintió respecto a Robert Browning. Desde libros y revistas, aprendemos como cientos de personas a quienes nunca podremos ver se han sentido y pensado. (...) Los seres humanos, entonces, nunca dependen de la experiencia directa solamente para obtener información. Incluso aquellos en culturas primitivas pueden utilizar la experiencia de vecinos, amigos, parientes y ancestros, comunicados por el lenguaje. Por lo tanto, en lugar de permanecer indefensos por las limitaciones de su propia experiencia y conocimiento, en lugar de tener que redescubrir lo que otros ya han descubierto, en lugar de explorar los caminos falsos que otros han explorado y repetir sus errores, pueden continuar lo que otros han empezado. Esto es decir que el lenguaje hace que el progreso sea posible”.

Además del enorme impacto sobre nuestra especie, nuestro repertorio simbólico también tiene un claro impacto sobre las conductas de relevancia clínica, y por eso es que lo traemos a colación.

En términos de

La pregunta central que intenta responder RFT es en qué consisten el lenguaje y la cognición. La respuesta resumida es engañosamente simple: para RFT todo lo que llamamos lenguaje y cognición se puede caracterizar como la conducta de **responder a un evento en términos de otro evento**.

Lo estoy simplificando en un torpe intento de hacerlo un poco más accesible, pero es una forma de resumir el postulado central de RFT, del cual se derivan múltiples consecuencias y ramificaciones conceptuales. Todo nuestro complejo repertorio de conductas simbólicas deriva de la conducta de responder a cualquier evento en términos de algún otro evento. Toda la complejidad de la conducta verbal en los humanos se puede derivar a partir de esta conducta³⁴ aparentemente simple y de sus complejas consecuencias.

Intentemos desmenuzar un poco más nuestro crudo acercamiento a la definición. Este “responder en términos de” tiene dos aspectos diferentes que nos servirá distinguir. En primer lugar, requiere establecer algún tipo de **relación** entre un evento A y un evento B (por ejemplo, que A es igual a B, o que A es mayor que B, o que A pertenece a B, etcétera). Esa relación puede recibirse por medio de la comunidad socioverbal en la que habitemos o puede ser emitida por la propia persona. Por ejemplo, en algún momento del aprendizaje de nuestro idioma castellano aprendemos que los sonidos de la palabra “limón” y el limón como objeto en sí mismo, pueden ser tratados como estímulos equivalentes en ciertos contextos –esto es, guardan entre sí una relación de equivalencia³⁵.

En segundo lugar, este “responder en términos de” involucra **responder** al evento A según esas relaciones con B (y las que B tuviere con C, D, etcétera). Es decir, las relaciones que hayamos establecido para el evento A afectarán nuestra forma de responder al mismo. Respondemos a la palabra escrita **limón** según la relación de equivalencia que establecimos entre esas letras y ese fruto amarillo y ácido.

Entonces, este “responder en términos de” tiene dos aspectos: establecer alguna relación entre A y B, y responder a A en términos de alguna de esas relaciones específicas con B. Podemos llamar a ese primer aspecto “relacionar” y al segundo aspecto “responder” y ocuparnos de ellos con más detalle. Debo aclarar que no son términos técnicos sino más bien un andamio conceptual temporal que utilizaremos para ilustrar los aspectos básicos de RFT. Permítanme entonces explicar a qué me refiero con relacionar y responder.

Relacionar

Empecemos diciendo que cualquier organismo puede responder guiándose por las características intrínsecas de un estímulo. Por ejemplo, es posible entrenar a una rata para que presione una palanca cuando se enciende una luz **verde** pero no una luz **roja** en un entorno experimental. Verde y roja son características intrínsecas de esos estímulos, no dependen de otros.

Pero un organismo también puede aprender a responder guiándose por **la relación** que un estímulo guarda con otro. Por ejemplo, una paloma puede ser entrenada para picotear según el tamaño relativo de un estímulo, por ejemplo, reforzando que elija siempre el círculo **más grande** de una muestra de tres círculos, aunque en cada muestra los tamaños varíen de manera que el círculo más grande de una muestra sea el más pequeño de la siguiente. Esto también es un aprendizaje bastante corriente, y refleja lo que sucede en el mundo natural cuando, por ejemplo, un depredador aprende a perseguir siempre al individuo **más pequeño** de una manada.

Una respuesta así no está determinada por una característica intrínseca, sino **relacional**: que A sea **más grande** que B no es una propiedad intrínseca de A, sino que es relativa al tamaño de B. A las respuestas controladas por relaciones se las denomina **respuestas relacionales**³⁶.

Pero aquí nos encontramos con una complicación. En la mayoría del reino animal estas respuestas relacionales están ligadas a alguna propiedad física de los estímulos: su tamaño, color, lugar, etc. Pero los seres humanos, según RFT, podemos emitir respuestas relacionales de manera arbitraria, independientemente de las características físicas de los estímulos (Hayes et al., 2001, p. 21). Por ejemplo, la conocida frase “Los Beatles son más grandes que Jesús”, entraña una relación que no se refiere a la diferencia de tamaño corporal entre Ringo y el Nazareno³⁷.

Podemos aplicar respuestas relacionales de manera arbitraria, abstrayéndolas de las características formales (esto es, características físicas) de los estímulos, o dicho de manera más sencilla, podemos relacionar cualquier cosa con cualquier otra, sin estar limitados por sus características físicas.

Es algo similar a lo que pasa con la conducta de imitar: una vez que aprendemos a imitar, digamos, una vez que aprendemos en qué consiste imitar, podemos abstraer esa conducta del contexto en que la aprendimos y aplicarla luego a cualquier conducta de cualquier persona en cualquier situación. Aprendemos a imitar copiando los movimientos de Mariana, pero una vez que aprendemos a hacerlo podemos aplicarla para copiar los movimientos de Marcos, Daniel, Jorge, y cualquier otro. De manera similar, RFT postula que aprendemos la conducta de relacionar y que una vez aprendida podemos abstraerla y aplicarla a cualquier evento.

Una vez que aprendemos a relacionar, podemos relacionar cualquier evento con cualquier otro mediante cualquier relación que hayamos aprendido. Una vez que aprendemos la relación “más grande que”, por ejemplo, podemos aplicarla a cualquier par de eventos: “Matilda es más grande que Catalina”, “Sinatra es más grande que Elvis”, “la luna es más grande que el sol”. No importa aquí que las relaciones sean “correctas” o “incorrectas”, importa que podemos formularlas –ya la comunidad verbal se encargará de entrenarnos en cuáles relaciones son válidas y cuáles no, según los usos y costumbres imperantes³⁸.

De esta posibilidad de aplicar relaciones a todo evento viene lo de “marco” en Teoría de Marco Relacional: “la metáfora de un ‘marco’ ha sido adoptada para enfatizar la idea de que esta forma de responder puede involucrar cualquier evento estimular, incluso eventos novedosos, de la misma forma en que el marco de una fotografía puede contener cualquier fotografía” (Hayes et al., 2001, p. 34).

La posibilidad de relacionar eventos es clave para todo el repertorio simbólico de los seres humanos, ya que tiene consecuencias profundas sobre nuestra conducta, multiplicando exponencialmente nuestras habilidades para lidiar con el mundo. Permítanme explicar por qué, si no se han dormido ya.

Consideremos en primer lugar una característica central de la conducta de relacionar en los seres humanos: su reversibilidad. Cuando aprendemos que A **es equivalente a** B, automáticamente podemos invertir la relación y tratar

a B **como equivalente a** A, sin necesidad de un segundo aprendizaje. Por ejemplo, cuando aprendemos en nuestra infancia que la persona que nos cuida y alimenta (A) es equivalente al sonido "mamá" (B), eventualmente aprendemos a tratar a ese sonido como equivalente a la persona, de suerte tal que si nos perdiéramos y alguien nos preguntara "¿dónde está tu mamá?" (B), podríamos señalarla al verla (A).

Esto parece una obviedad, pero para la mayoría de los animales hacer esto efectivamente requiere dos entrenamientos separados, uno para la relación que va de A a B, y otro para la relación que va de B a A. Para la mayoría de los animales no es posible invertir la relación sin una experiencia de aprendizaje, pero para los seres humanos verbalmente competentes esto es algo que sucede con relativa fluidez³⁹.

Probablemente no encuentren esto muy destacable si hablamos de relaciones simétricas, ya que no hay un gran cambio al invertir la relación: "A va con B" en la práctica es muy similar a "B va con A". Pero si consideran las relaciones que no son simétricas, sino que se modifican al invertirse, la complejidad que esto entraña resulta más evidente: "A es parte de B" se invierte como "B contiene a A". Esto es, invertir una relación equivale a obtener un nuevo conocimiento que no necesita ser entrenado. Aunque sea un conocimiento modesto, es gratuito en términos del entrenamiento requerido, por así decir. Pero sigamos, porque esto se complejiza rápidamente.

Otra característica crucial es que las relaciones no sólo pueden invertirse, sino que también pueden combinarse entre sí de manera transitiva, de manera que si A tiene una relación con B y B tiene una relación con C, entonces podemos obtener una relación entre A y C de manera transitiva. Digamos, si aprendo que mi 'mamá' (A), es equivalente al sonido "mamá" (B), y luego en la escuela aprendo que ese sonido se escribe **mamá** (C)⁴⁰, luego puedo tratar a ese sonido (C) y a mi mamá (A) como equivalentes, sin que esa relación transitiva sea específicamente entrenada.

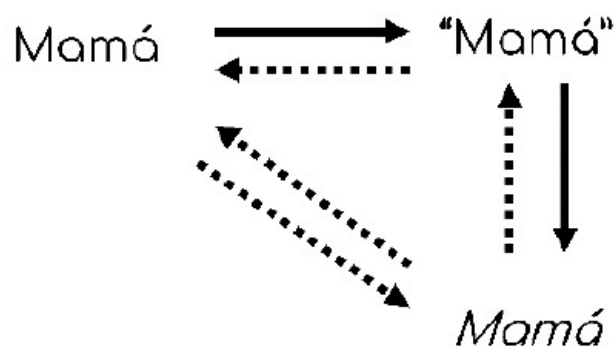
A las relaciones que no son entrenadas, sino que surgen de invertir y combinar⁴¹ otras relaciones, las llamamos **respuestas relacionales derivadas** –dado que **derivan** de relaciones aprendidas. La posibilidad de derivar relaciones implica que podemos obtener nuevas relaciones sin necesidad de aprendizajes específicos, simplemente derivando de las relaciones ya existentes.

El impacto que esto tiene no puede ser suficientemente enfatizado. Una relación entre eventos es básicamente conocimiento conceptual: "el sol es una estrella", "una serpiente es peligrosa", "el dinero sirve para comprar maní" involucran relaciones entre eventos. Obtener nuevas relaciones meramente derivando de las existentes significa que podemos aumentar nuestro conocimiento sin necesidad de experiencia directa. Significa, usando términos cotidianos, que podemos adquirir nuevas formas de responder a eventos por medio de pensar, razonar, inferir, conjeturar, deducir⁴², obteniendo nuevos conocimientos sin necesidad de aprendizajes directos.

Por ejemplo, aprender dos relaciones simples entre eventos nos permite llegar a seis relaciones, incluyendo las dos entrenadas y cuatro más que son derivadas. Volvamos al ejemplo anterior para ilustrar esto. Cuando aprendemos que 'mamá' (la persona) es equivalente a "mamá" (sonido), que a su vez es equivalente a **mamá** (palabra escrita), lo que potencialmente obtenemos, invirtiendo y combinando las relaciones aprendidas, son seis relaciones entre eventos:

- 'Mamá' es equivalente a "mamá" (entrenada)
- "Mamá" es equivalente a 'mamá' (entrenada)
- "Mamá" es equivalente a **mamá** (derivada)
- **Mamá** es equivalente a "mamá" (derivada)
- **Mamá** es equivalente a 'mamá' (derivada)
- 'Mamá' es equivalente a **mamá** (derivada)

De esta manera, aprendemos a escribir **mamá** y a responder a esa palabra escrita de manera transitiva, sin necesidad de que nuestra mamá esté presente durante el aprendizaje⁴³. Gráficamente podríamos representar esas relaciones de esta manera (las flechas completas representan las relaciones entrenadas directamente, y las flechas con puntos representan las relaciones que son derivadas):



Cada nuevo elemento que se agregue a la red multiplicará enormemente el número de relaciones posibles. Por ejemplo, si luego de aprender estas relaciones aprendiéramos que el término en inglés para "mamá" es "mother", ese solo elemento añadido a la red incrementará el número de relaciones posibles de seis a diez ("mother" es equivalente a 'mamá', etcétera).

Derivar relaciones entre eventos nos permite adquirir repertorios nuevos sin necesidad de entrenamiento directo⁴⁴. Esto, de paso, no es una cuestión meramente lingüística o cognitiva, no es algo que suceda dentro de la cabeza de la persona, sino que se trata de formas de experimentar y responder a los eventos del mundo. Se trata de una conducta y en tanto tal es una actividad que involucra a todo el organismo, no solo a su cerebro⁴⁵.

Tipos de relaciones

La comunidad científica que trabaja con RFT ha investigado diferentes tipos de relaciones entre estímulos, por las cuales podemos hacer una somera recorrida porque las verán con frecuencia en textos de ACT, en particular en aquellos dedicados al uso del lenguaje clínico.

La relación que más hemos estado usando como ejemplo hasta ahora (A es equivalente a B), es lo que en RFT se llama una relación de **coordinación**, que si la tradujéramos a palabras significaría algo así como "A va con B"⁴⁶. Pero hay otras formas de relacionar eventos entre sí, que aprendemos a medida que aumenta nuestra destreza con el lenguaje a lo largo de nuestro desarrollo. Además de las relaciones de coordinación, tenemos relaciones de **distinción** ("A no es B"), y también relaciones de **oposición** ("A es lo opuesto a B"). Cuando, por ejemplo, un paciente responde a la tristeza como algo *opuesto* a la masculinidad, evitándola o intentando contrarrestarla, está respondiendo no a la tristeza en sí, como conjunto de sensaciones y sentimientos, sino a una relación aprendida de oposición entre tristeza y masculinidad.

Las tres relaciones descriptas hasta ahora son simétricas, ya que al cambiar de lugar los eventos la relación se mantiene igual ("A es opuesto a B" se invierte como "B es opuesto a A"). Pero una parte central de nuestro repertorio involucra también relaciones no simétricas, relaciones que cambian de signo al invertirse y en las cuales la dirección importa. Este es el caso en las relaciones de **comparación**, que involucran poner eventos a lo largo de alguna dimensión, como por ejemplo grande/chico, alto/bajo, bueno/malo, etc. (v.g. "A es más grande que B"). Las relaciones de comparación son particularmente relevantes para la clínica, especialmente cuando son aplicadas a la propia persona (por ejemplo, "soy menos valioso que X persona"). Otras relaciones no simétricas son las relaciones **espaciales** (v.g. "A está delante de B"), relaciones **temporales** (v.g. "A es anterior a B"), relaciones **jerárquicas** (v.g. "A pertenece a B"), y relaciones **causales** (v.g. "A es la causa de B").

Particularmente importantes desde un punto de vista clínico son las relaciones **deícticas**, aquellas que varían según el punto de vista del hablante: si escribiera "mientras escribo estas líneas hay un incendio a mis espaldas", entenderían que el "aquí y ahora" al cual me refiero no es el mismo "aquí y ahora" en el cual están leyendo estas líneas. Como veremos más adelante, estas relaciones están en el centro del repertorio vinculado a la identidad y la toma de perspectiva.

Esta lista de relaciones no es exhaustiva ni definitiva (para una discusión más extensa pueden consultar a Hughes & Barnes-Holmes, 2016, especialmente pp. 147 y siguientes), ya que las formas posibles de relacionar eventos dependen de la comunidad socioverbal⁴⁷ que las entrena, por lo cual en principio podríamos encontrar otras relaciones en distintas comunidades. Las de esta lista son algunas de las relaciones que han sido investigadas como parte del programa de RFT.

La actividad de relacionar eventos tal como la hemos descrito hasta ahora puede rápidamente llevar a conductas mucho más complejas a medida que interactúan entre sí. Además de combinar relaciones del mismo tipo ("A es *equivalente* a B que es *equivalente* a C"), también se pueden combinar distintos tipos de relaciones, lo cual complejiza enormemente la situación y entre otras cosas nos permite construir **redes de relaciones** (véase Barnes-Holmes et al., 2017). Por ejemplo, el aparentemente simple enunciado "perros y gatos son animales opuestos, pero ambos son mamíferos", requiere fluidez en relaciones de coordinación (para poder nombrar perros, gatos y mamíferos), relaciones de oposición (establecer que son opuestos), y en relaciones jerárquicas (establecer que pertenecen a la clase de mamíferos). Estas redes de relaciones pueden complejizarse indefinidamente, por ejemplo, en textos interminables como este.

También es posible **relacionar relaciones**, de manera analógica, como podemos apreciar en el gastado "el león es el rey de la selva", enunciado que es una relación entre dos relaciones: la relación entre el león y la selva **es como** la relación entre un rey y el reino.

Finalmente, es posible **relacionar redes de relaciones** en analogías complejas, como por ejemplo cuando comparamos la alegoría de la caverna de Platón con la película *The Matrix*.

Este libro, por ejemplo, podría definirse como una larga red de relaciones, o una serie de redes de relaciones (también podría definirse más acertadamente como un mamotreto ilegible, pero no viene al caso en este momento).

El punto es que esta conducta aparentemente simple de relacionar eventos puede dar lugar a conductas de altísima complejidad. Las formas de relacionar eventos que esto posibilita pueden ordenarse de las más simples a las más complejas de la siguiente manera:

- 1) Relacionar eventos entre sí.
- 2) Relacionar eventos transitivamente (combinación).
- 3) Crear redes combinando distintos tipos de relaciones entre eventos.
- 4) Relacionar relaciones.
- 5) Relacionar redes de relaciones.

Este repertorio relacional de diversos niveles de complejidad es el que está detrás del lenguaje y la cognición en los seres humanos. La posibilidad de relacionar redes de relaciones, por ejemplo, es lo que nos posibilita las conductas simbólicas más complejas como el uso de analogías y metáforas, la creatividad y la resolución simbólica de problemas. Cuando hablamos de pensamientos, palabras, juicios, evaluaciones, lenguaje, creencias, etc., estamos usando términos coloquiales para designar distintos aspectos, formas y productos de este repertorio verbal.

Lo interesante de RFT es que permite explicar aspectos complejos del funcionamiento humano de manera puramente conductual, esto es, sin recurrir a entidades hipotéticas internas. Es un abordaje puramente conductual de la cognición. Desde esta perspectiva cuando hablamos de "mente" no nos referimos a ningún órgano o mecanismo interno, sino a un repertorio conductual específico, el repertorio que abarca a todas las respuestas relacionales de una persona, sean entrenadas o derivadas. Toda la actividad simbólica más compleja de los seres humanos (lo que coloquialmente llamamos pensar, crear, razonar, imaginar, resolver, etc.), consiste en establecer y derivar relaciones entre eventos.

La comunidad verbal y la mente

Las relaciones entre eventos pueden ser proporcionadas por la comunidad socioverbal o formuladas por la propia persona. Por ejemplo, los nombres de las cosas (relaciones de coordinación entre sonidos y objetos) son relaciones entrenadas por la comunidad de personas que comparten una lengua.

Pero la comunidad socioverbal también proporciona relaciones más complejas, como sucede con las normas sociales y el acervo de prácticas culturales, filosóficas y científicas que se transmiten en una comunidad. Relatos orales, novelas, ensayos, enciclopedias, diccionarios, aforismos, refranes, son algunas de las formas en las cuales la comunidad socioverbal proporciona relaciones entre eventos. Más adelante hablaremos con más detalle sobre las formas en que la conducta puede ser gobernada por reglas, pero lo que quiero señalar aquí es que la comunidad socioverbal participa activamente en el repertorio verbal de una persona, proporcionando una plétora de relaciones *ready-made*.

Es una perspectiva que me resulta interesante, porque solemos hablar de *mente* designando alguna suerte de órgano interno, cuando no directamente como una metáfora del cerebro. Ahora bien, si consideramos a la mente como el repertorio de respuestas relacionales de una persona, y si estas respuestas relacionales incluyen las proporcionadas por la sociedad y la cultura, significa que una buena parte de nuestra mente es social y cultural. Significa que nuestra mente no está "dentro" nuestro, sino que en cierto modo está en las formas de lidiar con los eventos del mundo, que están parcialmente guiadas por prácticas y costumbres compartidas y transmitidas por grupos de personas. De manera bastante literal, nuestra mente está en el mundo y en los demás.

Responder: la transformación de las funciones y la expansión del mundo

Mencionamos unos párrafos atrás que podemos describir el abordaje del lenguaje y cognición que hace RFT⁴⁸ como *responder a un evento en términos de otro*, y que en esa conducta intervienen dos aspectos clave: a) relacionar eventos y b) responder a ellos según esas relaciones. Señalamos también que no se trata de procesos distintos sino más bien de aspectos diferentes del mismo proceso psicológico. Hasta ahora hemos explorado la primera parte de esa descripción, describiendo las formas en las cuales los eventos pueden ser relacionados. A continuación, nos ocuparemos del segundo aspecto, que podemos resumir de esta manera: las relaciones aprendidas o derivadas entre estímulos pueden alterar (o transformar) las funciones psicológicas de los mismos, es decir, pueden cambiar la forma en la cual nos relacionamos con ellos.

Cuando hablamos de las funciones psicológicas de un estímulo me refiero aquí principalmente a *orientación* y *evocación* (Barnes-Holmes et al., 2020). *Orientación*, dicho de manera sencilla, significa cuánta atención suscita un estímulo (Finn et al., 2018), y es una función que puede ser alterada por el lenguaje. Imaginen que leen en las noticias que hay un peligroso asesino suelto en su comunidad, del cual sólo se sabe que tiene un espeso bigote. Las noticias en ese caso están proporcionando un conjunto de relaciones que señalan al bigote como elemento distintivo de una persona peligrosa. Ahora bien, probablemente esas relaciones lleven a que le presten más atención al vello facial de las personas con las que se encuentren en la calle de allí en más, es decir, alteren la función de orientación de los bigotes⁴⁹.

Este fenómeno no solo nos protege de bigotes asesinos, sino que juega un papel central en los fenómenos clínicos. Por ejemplo, lo que suele suceder en las personas que experimentan trastorno de pánico es que han aprendido a relacionar a ciertas sensaciones físicas como peligrosas (por ejemplo, taquicardia, palpitaciones, sudoración, etc.). Debido a esto las funciones de orientación de esas sensaciones físicas se incrementan, es decir, las personas se orientan constantemente hacia ellas, poniéndolas en primer plano y siendo extremadamente sensibles a cualquier mínima variación detectada: cualquier aumento en el ritmo cardíaco, cualquier cambio en la respiración. De manera similar, las personas que atraviesan problemas con su imagen corporal suelen orientar su atención intensamente sobre características físicas que son categorizadas como inadecuadas. El lenguaje altera el grado de atención.

La función de *evocación*, por su parte, se refiere al grado en que un estímulo es apetitivo, aversivo o relativamente neutro –esto es, si es un estímulo al cual vamos a acercarnos, alejarnos, o si nos resulta indiferente. Y también aquí nos encontramos con que esta función puede ser modificada por las relaciones en que participa un estímulo. Por ejemplo, en el caso del bigote asesino del párrafo anterior, no sólo esas relaciones van a aumentar la atención al vello facial de las personas, sino que además van a hacer que las personas con bigotes nos resulten aversivas, y que al encontramos con una de ellas experimentemos las reacciones ya glosadas de activación, supresión, y aumento de la tendencia de evitación y escape.

Por supuesto, esto no se limita a las funciones aversivas. Si lo que hubiéramos leído en las noticias es que hay en la ciudad una persona con un espeso bigote regalando dinero a todo el mundo, nuevamente tendríamos una alta función de orientación a los bigotes, pero su función no sería aversiva sino apetitiva, es decir, tenderíamos a acercarnos a cualquier persona con bigote.

Nuevamente, esto es de crucial relevancia clínica. Por ejemplo, para la persona con trastorno de pánico, no sólo las sensaciones físicas tienen una función de orientación elevada sino que además tienen funciones aversivas, es decir, se convierten en algo hacia lo cual responderá con supresión de otras conductas, con mayor probabilidad de conductas de evitación y escape de esas sensaciones, y con un aumento de la activación autonómica, como por ejemplo taquicardia y ritmo respiratorio elevado... los cuales por supuesto son los mismos estímulos de los que está intentando escapar –esa es la paradoja del trastorno de pánico.

En secciones anteriores señalamos que las funciones psicológicas de cualquier estímulo no son intrínsecas, sino que dependen de la historia de aprendizaje. También señalamos que la experiencia directa o la observación son dos grandes vías por las cuales un estímulo se puede volver aversivo. Ser mordido por un perro, u observar una persona que es mordida por un perro, puede hacer que los perros tengan mayores funciones de orientación y aversivas. Pero ambas formas de aprendizaje requieren algún tipo de experiencia directa con una situación.

Pero lo que hemos visto en esta sección señala que para los seres humanos hay otra vía posible para esta transformación en la función de los estímulos. Nuestro repertorio verbal nos permite adquirir nuevos aprendizajes sin necesidad de aprendizaje directo, meramente a través de la derivación de las relaciones entre eventos. Esto significa que las funciones psicológicas de los eventos pueden transformarse sin necesidad de experiencia, por vía

puramente verbal. Nunca he sufrido envenenamiento por radioactividad, y ni siquiera sé cómo luce el uranio, pero si me dijeran que hay un paquete con uranio en la habitación contigua yo saldría corriendo de manera preventiva.

Ilustremos esto con algo de investigación básica. Dougher y colaboradores (2007) llevaron a cabo una investigación en la cual en primer lugar enseñaron a los participantes ciertas relaciones entre tres símbolos arbitrarios, que llamaremos A, B y C. Las relaciones que los participantes aprendieron fueron: “A es menor que B, y B es menor que C” ($A < B < C$).

En la segunda fase del experimento, luego de aprendidas esas relaciones, el estímulo B –y sólo ese estímulo– fue asociado con un shock eléctrico suave. Es decir, cada vez que se presentaba ese símbolo en la pantalla los participantes recibían una leve descarga por medio de cables, y esto se repitió varias veces. Como consecuencia de este segundo entrenamiento los participantes comenzaron a reaccionar al estímulo B con activación fisiológica leve pero mensurable (taquicardia, sudoración, etc.), lo cual, como mencionamos anteriormente es parte de las reacciones normales frente a un estímulo aversivo. El estímulo B, que inicialmente era un símbolo neutro, adquirió funciones aversivas al ser asociado directamente con un shock eléctrico. Hasta aquí nada notable, se trata de una situación típica de aprendizaje por experiencia.

Lo realmente interesante sucedió en la tercera fase del experimento, que combinó ambos aprendizajes. Cuando se les presentaron los estímulos A y C, **que no habían sido jamás asociados al shock eléctrico**, los participantes comenzaron espontáneamente a responder con activación fisiológica hacia esos estímulos, que no habían sido entrenados como aversivos. Pero algo más notable aún es que la activación fisiológica fue **menor** hacia el estímulo A y **mayor** hacia el estímulo C.

Para los participantes de esa investigación, los estímulos A y C adquirieron funciones aversivas sin experiencia directa de ningún tipo y sin que hubiera ninguna semejanza física entre A, B, y C que justificara una generalización. Luego de establecidas relaciones de comparación entre A, B, y C, los participantes respondieron a A y C en términos de sus respectivas relaciones con B.

Podemos subrayar aquí que no se trató de un caso de asociación entre estímulos ni de generalización de la respuesta. Si ese hubiera sido el caso la respuesta fisiológica ante los estímulos A y C tendría que haber sido de similar intensidad entre sí, pero ligeramente menor que la respuesta ante B (las respuestas por generalización tienden a ser más débiles que las respuestas para el estímulo entrenado). Pero la respuesta fisiológica fue menos intensa para A y más intensa para C⁵⁰, tal como era de esperar de una respuesta que sigue una **relación** específica entrenada previamente entre estímulos ($A < B < C$).

Si recapitulamos lo visto en esta sección, en lenguaje más llano, podemos resumirlo en que **el impacto psicológico de cualquier evento puede modificarse por vía puramente simbólica**.

El rol del contexto en las respuestas

Como mencionamos anteriormente, cada estímulo puede participar en múltiples relaciones. La palabra “limón” puede relacionarse con la categoría de general de frutas, con un color, a un sabor, a un objeto con cierto peso, forma, y un interminable etcétera.

Pero no respondemos a todas estas relaciones todo el tiempo, sino que, en cada momento, ciertas señales en el contexto (que pueden ser palabras, gestos, o características de la situación) nos indican qué relaciones tenemos que emitir en ese caso en particular.

Para ilustrarlo con una experiencia, tómense un momento para llevar cabo cada una de estas indicaciones y notar qué experimentan en cada caso:

1. Imaginen que muerden un **limón**
2. Imaginen que les tiro un **limón** por la cabeza
3. ¿Qué fruta tiene una textura similar a la piel del **limón**?
4. ¿Cuántos **limones** podrían cargar en sus brazos?
5. ¿Cuántas letras tiene la palabra **limón**?
6. ¿Qué movimientos tienen que hacer con la lengua para poder decir **limón** en voz alta?

Probablemente hayan notado que en cada caso lo que hicieron y experimentaron fue distinto. La palabra central es la misma⁵¹, pero en cada caso se presentó en un contexto verbal diferente que, guiadas por las relaciones que esa palabra tiene, llevó a que esa palabra fuese experimentada de diferentes maneras, que tuviese un impacto psicológico diferente en cada caso.

Noten especialmente que las primeras cuatro indicaciones las guiaron a responder según las propiedades simbólicas de la palabra **limón** (es decir, aquello a lo cual la palabra se refiere), mientras que las últimas dos las guiaron a responder hacia las propiedades directas de la palabra **limón** –esto es, no aquello a lo cual la palabra se refiere, sino aquello que la palabra **es**: las letras que la componen, los movimientos que entraña pronunciarla. Para las primeras cuatro, necesitan saber qué se entiende por limón en castellano, mientras que para las últimas dos no. Suponiendo que no hablen somalí, si les proporcionara las mismas indicaciones, pero sustituyendo “limón” por “liin dhanaan”⁵², aun así podrían realizar las últimas dos indicaciones, pero no las primeras cuatro, que dependen de propiedades puramente simbólicas de la palabra.

Es decir, algunas señales en el contexto pueden indicarnos si debemos responder a un evento según sus propiedades simbólicas (y especificar a cuáles de ellas) o según sus propiedades intrínsecas. Las señales en el contexto que indican de qué manera responder pueden ser de todo tipo: palabras, gestos, tonos de voz, convenciones formales⁵³, etc. Cuando el contexto nos indica responder a un evento por sus propiedades simbólicas (tomar a la palabra **limón** como refiriéndose a un limón), decimos que se trata de un **contexto de literalidad** (Blackledge, 2007) que también podemos llamar contexto de fusión, como veremos más adelante. Cuando estamos leyendo a Lovecraft y uno de sus cuentos nos pone la piel de gallina, estamos en un contexto de literalidad, es decir, tomando lo que estamos leyendo en su valor simbólico. Cuando a continuación nos decimos para calmarnos “es sólo un libro, son sólo palabras” estamos abandonando ese contexto de literalidad, dejamos de tomar a las palabras por su valor simbólico y las tomamos por lo que son: manchas de tinta sobre papel. Algo similar a lo que sucede cuando

nuestros padres nos dicen “fue solo una pesadilla” o cuando alguien nos señala que algo que tememos es sólo un pensamiento.

Esta capacidad de utilizar el contexto verbal (bajo la forma de palabras, tonos de voz, convenciones, gestos, instrucciones), para indicar distintas formas de responder a un evento tendrá especial relevancia para algunas de las intervenciones clínicas que veremos más adelante.

Conducta gobernada por reglas

Este repertorio verbal también nos permite formular reglas y guiar nuestra conducta por ellas, lo cual es de crucial importancia clínica. Las reglas son, dicho de manera resumida, enunciados que especifican conductas a seguir.

Cuando las conductas se orientan por enunciados así, se las llama **conductas gobernada por reglas o conductas gobernadas verbalmente** (Vargas, 1988), en contraste con las conductas que son dirigidas por la experiencia directa, a las cuales llamamos **conductas moldeadas por contingencias**⁵⁴.

No hay que restringir el término técnico “reglas” al uso habitual de esa palabra, que solemos restringir más bien a normas u órdenes. El uso técnico es más amplio: seguimos reglas cuando aprendemos una receta de cocina, cuando seguimos un tutorial para armar un mueble, cuando tomamos una acción siguiendo el consejo de una amiga, cuando actuamos según una conclusión que nosotros mismos sacamos, etcétera.

En la clínica observamos conducta gobernada por reglas todo el tiempo, por ejemplo cuando observamos acciones problemáticas guiadas por mandatos familiares u indicaciones sociales que indican lo que es correcto, incorrecto, deseable o indeseable (“lo importante en la vida es tener dinero”), instrucciones para lidiar con situaciones (“necesito librarme de la ansiedad para poder vivir bien”, “no puedo dejar que me falten el respeto”, etc.), entre otros, por lo cual detenernos en este tema puede ser útil.

Guiar nuestra conducta por reglas nos permite adquirir repertorios conductuales con mayor rapidez que procediendo por ensayo y error, aprovechando la experiencia de otros seres humanos en ámbitos naturales y sociales. Hayes y colaboradores lo dicen así (2012, p. 52): “Los estímulos verbales pueden ser combinados en reglas verbales elaboradas que tienen la capacidad de regular la conducta. La conducta gobernada por reglas no necesita basarse en contactar consecuencias directas cara a cara con el mundo; en cambio, está basada mayormente en formulaciones verbales de eventos y las relaciones entre ellos. De acuerdo a Skinner (1969), la conducta gobernada por reglas es conducta que está gobernada por la especificación de las contingencias en lugar del contacto directo con ellas. La conducta gobernada por reglas permite a los seres humanos responder de maneras muy precisas y efectivas en casos en los que el aprendizaje a través de la experiencia directa podría ser ineficaz o incluso letal”.

Guiarnos por reglas nos permite aumentar enormemente nuestras habilidades y nuestras formas de lidiar con el mundo. Permite la transmisión de prácticas culturales, facilitando que uno no tenga que reinventar la rueda cada vez. Por ejemplo, los refranes, que suelen funcionar como reglas, a menudo son la primera guía que tenemos para lidiar con una situación nueva: “no es oro todo lo que reluce” puede tornarnos un poco más cautos cuando se nos ofrece una propuesta para volvernó ricos en poco tiempo.

Pero las reglas no sólo vienen de afuera, de otras personas, sino que también pueden ser formuladas y seguidas por uno mismo. Digamos, quien formula la regla y quien la sigue pueden estar habiendo la misma piel. Esto se relaciona con cómo el análisis conductual aborda el tema del **self**. Skinner (1989, p. 95) lo dice notablemente de esta manera:

“Hay muchas personas o sí-mismos [selves] dentro de una piel. Eso implicamos cuando hablamos de autobservación, cuando un self observa a otro, o automanejo, en el cual un self maneja a otro. Cuando decimos que nos hablamos a nosotros mismos queremos decir que un self habla a otro. Diferentes repertorios han sido moldeados y mantenidos por distintos ambientes verbales. Los sí-mismos pueden ser idénticos salvo en el tiempo. Le decimos al mismo self que haga algo más tarde dejándonos una nota. Le enseñamos a un mismo self por medio de ensayar y revisar nuestra ejecución (...) Memorizamos máximas, reglas, y leyes, para usar luego. Jugamos al solitario o jugamos en ambos lados en una partida solitaria de ajedrez”.

Podemos entonces, además de aprender reglas formuladas por otros, formular reglas y luego seguirlas. Si alguna vez se despertaron con una resaca atroz y se dijeron: “nunca más vuelvo a tomar alcohol”, formularon una regla para que sirviera como guía para sus acciones.

ACT distingue entre tres tipos de conducta gobernada por reglas, clasificación que van a encontrar con frecuencia en la literatura. Al primer tipo se las denomina **tracking**, que designa a la conducta de seguir reglas que está basada en una historia de aprendizaje en la cual la conducta de seguir reglas condujo a ciertas consecuencias. Dicho coloquialmente, es seguir reglas porque en el pasado han funcionado. Si el GPS me indica que debo doblar a la derecha en la siguiente esquina, y si actuó en consecuencia debido a que en el pasado seguir esas instrucciones me llevó a destino, entonces sería un caso de **tracking**.

El segundo tipo de conducta gobernada por reglas se denomina **pliance** y consiste en seguir reglas porque la comunidad socioverbal refuerza hacerlo. Dicho coloquialmente, consiste en seguir reglas porque es lo “correcto”, o porque otra persona o la sociedad en general lo indica. Es el familiar “haz esto porque yo lo digo” que seguramente habrán escuchado en su infancia más de una vez.

Tracking y **pliance** no son características intrínsecas de una conducta gobernada por reglas, sino que señalan el tipo de contingencias que están operando en cada caso. Una misma conducta puede identificarse como **tracking** primero y luego volverse **pliance**: empezamos siguiendo una regla por sus consecuencias, y más adelante la seguimos porque es en la manera “correcta” de hacer las cosas.

Si me permiten un ejemplo personal, hace algún tiempo encontré un libro de recetas de un cocinero que desconocía y decidí probar algunas con resultados consistentemente favorables. Eso me llevó a seguir probando varias recetas del mismo cocinero, lo cual podría identificarse como un caso de **tracking**: seguía esas recetas (reglas) porque producían buenos resultados. Pero después de muchos platos relativamente exitosos seguí una de sus recetas con resultados más bien pobres. Pero como confiaba en ese cocinero volví a intentar esa receta tres o cuatro veces más con idénticos resultados, hasta que una consulta con un tercero me señaló que las cantidades

eran incorrectas –fruto quizá de un error de impresión. Mis repetidos intentos fallidos también señalaban que ese **tracking** se había convertido en **pliance**: estaba siguiendo esas recetas porque ese cocinero, a quien respeto mucho, las firmaba. Lo mismo me ha pasado en dirección inversa: seguir recetas de un panadero porque me han indicado que es confiable (**pliance**), y terminar siguiéndolas porque producen buenos panes (**tracking**).

La distinción es clínicamente útil porque nos permite distinguir, por ejemplo, entre una persona que actúa siguiendo un **tracking** inefectivo (reglas que no funcionan, digamos), y una persona que actúa siguiendo mandatos sociales en vez de las consecuencias de sus acciones. Digamos, una persona que sonríe y actúa de manera amable hacia otras porque eso ha llevado a consecuencias positivas configura una situación clínica distinta a la de una persona que sonríe y actúa de manera amable hacia otras porque **es lo que se debe hacer** –por ejemplo, probablemente sea más difícil para la segunda persona dejar de actuar de manera amable cuando la situación lo requiera.

El tercer tipo de conducta gobernada por reglas se denomina **augmenting** y consiste en seguir reglas que hacen que una consecuencia sea más o menos deseable. **Augmenting**⁵⁵ funciona en tándem con **pliance** y **tracking**, modificando el grado en que las consecuencias que especifican funcionan reforzando o castigando la conducta. Por ejemplo, si devuelvo una billetera encontrada en la calle siguiendo una regla de “ser honesto me hace ser mejor ciudadano” podríamos hablar de un caso de **augmenting** –si “ser un buen ciudadano” es algo deseable, hará que seguir esa regla sea más probable.

Reglas y gorilas invisibles

La conducta gobernada por reglas tiene una característica que es central para la clínica. Seguir una regla involucra una cierta **insensibilidad a la experiencia** (Hayes et al., 1986; McAuliffe et al., 2014). Dado que las reglas especifican qué hacer y a qué prestar atención, la parte del mundo que no está incluida en la regla queda en segundo plano y respondemos menos a ella.

Una divertida ilustración de esto es el conocido **Test de Atención Selectiva**, de Chabris y Simon. Si no lo conocen, les sugiero hacer una pausa en la lectura y buscar el video en internet usando ese nombre, ya el fenómeno que entraña se les arruinará si les cuento de qué se trata.

En caso de que les gane la pereza, se los resumo. Se trata de un video que se utilizó para realizar una investigación. Al principio del video aparecen en pantalla instrucciones que indican contar cuántos pases realizan las personas que visten de blanco. A continuación, aparecen en pantalla seis personas, tres de ellas vestidas de blanco y tres de negro, pasándose entre sí una pelota de básquet durante un minuto y medio. Nada más. Al final del video, aparecen en pantalla dos preguntas de manera sucesiva. La primera nos pregunta cuántos pases contamos entre las personas vestidas de blanco. La segunda nos pregunta **si vimos el gorila**. En efecto, durante el video una persona disfrazada de gorila pasa caminando de manera muy ostensible entre los jugadores, mira a cámara, se golpea el pecho y sale de pantalla. Notablemente, alrededor de la mitad de las personas no nota al gorila en el video (Simons & Chabris, 1999). Como dije, el gorila pasa de manera muy ostensible, no está disimulado ni hay algún truco visual. De hecho, una vez que lo sabemos, resulta imposible no verlo. Lo que sucede es que seguir la regla que indica contar los pases vuelve a las personas insensibles al resto de los eventos que están ocurriendo.

El experimento sirve para ilustrar que una persona siguiendo una regla pierde contacto con una parte significativa de la experiencia –a veces tan significativa como un gorila frente a ella.

Uno de los efectos que esto conlleva es que una persona puede seguir reglas aun cuando acarreen consecuencias problemáticas –la falta de contacto con las consecuencias de una acción dificulta que dichas consecuencias tengan un impacto correctivo sobre la conducta. Las personas pueden estar atascadas durante años siguiendo reglas con consecuencias problemáticas: una persona puede intentar infructuosamente durante años controlar sus sensaciones de pánico, o seguir normas sociales perjudiciales, o adherir a un modelo psicoterapéutico ineficaz –la evidencia es a la disciplina lo que la experiencia es a la persona.

Por este motivo ACT intentará reducir las conductas de seguir reglas, favoreciendo en general las conductas moldeadas por las contingencias cuando sea posible. Esto es, en lugar de proporcionar instrucciones y explicaciones, intentaremos generar un contacto directo con la experiencia, con los antecedentes y consecuencias de la conducta.

La dimensión verbal del mundo

Hasta aquí hemos visto algunos aspectos centrales del abordaje que RFT realiza de la conducta verbal de los seres humanos. Podríamos resumirlo diciendo que para un ser humano verbalmente competente todos los estímulos del mundo tienen dos aspectos. Por un lado, están las propiedades intrínsecas del estímulo, aquellas que dependen de lo que el estímulo es en sí, lo que podemos percibir con nuestros sentidos. Por otro lado, están las propiedades verbales del estímulo, aquellas que dependen de las relaciones establecidas para ese estímulo⁵⁶.

De manera general entonces, el mundo de los seres humanos tiene una dimensión extra que depende exclusivamente de nuestra actividad verbal o simbólica. Esto enriquece muchísimo nuestra experiencia del mundo porque no lidiamos solo con lo que las cosas **son**, sino también con lo que las relaciones **dicen** sobre esas cosas.

Las palabras pueden adquirir en parte las funciones de aquellos eventos con los cuales están relacionadas. Es lo que sucedió cuando páginas atrás realicé la descripción de un limón: si salivaron fue porque las palabras que describen un limón tienen, por virtud de la transformación de la función de estímulos, algunas de las propiedades de un limón. Respondieron a las palabras **en términos de** un limón. Esto tiene una potencia extraordinaria porque nos permite independizarnos en cierto grado de la experiencia directa y lidiar con las palabras y signos en lugar de las cosas, es decir, nos permite **simbolizar**. La palabra no mata a la cosa, pero en ciertos contextos permite reemplazarla y suplementarla.

Es difícil sobreestimar lo útil que es esto para lidiar con el mundo. Esta dimensión verbal nos permite aprender que no es buena idea meter los dedos en el enchufe sin necesidad de un doloroso aprendizaje por electrocución, o que es importante vacunarnos contra una enfermedad. Nos permite vincular acciones con recompensas distantes en el tiempo, como por ejemplo que aumentar nuestra ingesta de plantas nos puede volver más saludables, o que

reducir el consumo de carne tiene un impacto positivo sobre el calentamiento global y el mundo que dejaremos para generaciones posteriores. Podemos emitir inferencias, análisis, abstracciones, evaluaciones, hacer resolución de problemas para mejor afrontar los desafíos que se nos presentan. Nos permite formular conceptos abstractos para mejor organizar las experiencias: los conceptos son herramientas simbólicas que multiplican nuestra capacidad de acción: abstracciones como "emoción", "igualdad", "reforzamiento", organizan nuestro mundo de formas útiles, indicando cómo agrupar experiencias, cuáles aspectos de una experiencia son relevantes, cuáles no, qué es deseable, etc. Nos permite, a través de las reglas, aprender de la experiencia de personas distantes en el tiempo en el espacio, crear y transmitir prácticas culturales durante miles de años.

Esta dimensión tejida verbalmente expande radicalmente la capacidad de lidiar con el mundo y ha sido clave en la rápida y rotunda expansión de la especie humana por todo el planeta, pero también aumenta extraordinariamente nuestra capacidad para experimentar malestar.

Así como las palabras que describen a un limón pueden evocar algunas de sus funciones, las palabras que describen un evento doloroso pueden evocar algunas de sus funciones y volverse así también dolorosas. La imagen recordada de alguna metida de pata social cometida en la adolescencia puede evocar vergüenza décadas más tarde. El lenguaje nos permite contactar con eventos que no están presentes, lo cual es estupendo para pensar, para imaginar, para anticiparnos a problemas eventuales, pero también significa que podemos hacer presentes eventos dolorosos en el pasado o en el futuro. Por ejemplo, meramente pensar sobre la muerte propia y la de los seres queridos puede evocar dolor, aun cuando se trate de eventos muy distantes en el futuro. Incluso nos permite contactar con eventos *posibles*, lo cual es estupendo si nos lleva, digamos, a acciones precavidas tales como contratar un seguro contra incendios o alguna cobertura médica, pero también posibilita contactar dolorosamente todo tipo de posibles eventos negativos, como experimentan agobiadoramente las personas que padecen de ansiedad generalizada.

Kelly Wilson lo dice de esta manera: "Los seres humanos no sólo sufren. El sufrimiento, para nosotros, es ubicuo – es algo de todo el día, todos los días, y en todos los lugares. Sufrimos haber sufrido en el pasado y sufrimos que podríamos sufrir en el futuro. Sin importar dónde estamos, hay otro lugar que es mejor. Hay un momento anterior al que deseáramos regresar o uno posterior al cual querríamos adelantarnos. Y, si ahora mismo es perfecto, nos preocupamos de que no durará". (Wilson & DuFrene, 2012)

No hay nada disfuncional ni excepcionalmente anómalo en todo esto, sino que se trata del funcionamiento normal de los seres humanos verbalmente competentes. El aumento del malestar puede ser una consecuencia no deseada de nuestro repertorio verbal, pero no es un proceso patológico ni excepcional. Ser humano involucra una capacidad excepcional para el dolor psicológico y también involucra que estos repertorios pueden llevarnos a vías muertas, conductualmente hablando.

Cambiando el foco

Señalemos un par de aspectos sobre este repertorio que son de utilidad práctica. Recordemos que hemos presentado aquí el abordaje que RFT hace de la conducta verbal como la conducta de responder a un evento en términos de otro(s), y señalamos dos aspectos en esto: a) relacionar eventos y, b) responder a los eventos según sus relaciones.

Con relación al primer aspecto es particularmente importante retener esto: una relación entre los estímulos, una vez aprendida o emitida, no se puede borrar. Por ejemplo, una vez que se adquiere una relación de coordinación tal como "mi gata se llama Matilda" esa relación no puede ser eliminada voluntariamente, porque relacionar eventos es una conducta y las conductas no se pueden borrar del repertorio. No existe un proceso conductual de "desaprendizaje". Sin mediación de algún traumatismo, administración de sustancias, trastorno neurológico, o algún tipo de deterioro, no es posible olvidarse definitivamente de, digamos, cómo atarnos los cordones. Una vez que aprendimos a hacerlo podemos perder la práctica o la destreza, pero la conducta de atarnos los cordones quedará en nuestro repertorio, lista para ser recuperada aún después de mucho tiempo²⁷.

Es posible, por supuesto, establecer nuevas relaciones que compitan con otras. Luego de aprender erróneamente el nombre de una persona podemos aprender el nombre correcto, pero el aprendizaje original no desaparece, sino que va a seguir estando en nuestro repertorio listo para surgir ante el contexto adecuado. Este es uno de los motivos por los cuales ACT ha cuestionado los procedimientos de reestructuración cognitiva que se enfocan en reemplazar el contenido de pensamientos irracionales o disfuncionales por contenidos más adaptativos. Desde esta perspectiva esto equivale a añadir nuevas relaciones, pero sin la posibilidad de borrar las preexistentes. Pero como las nuevas relaciones están vinculadas al mismo evento, las anteriores pueden volverse más probables bajo ciertos contextos. Dicho de manera más sencilla, intentar reemplazar un pensamiento por otro puede hacer que el pensamiento que se intentó reemplazar se vuelva más central. Por ejemplo, en una investigación realizada hace unos años (Wood et al., 2009) la utilización de autoafirmaciones positivas, tales como "soy una persona querible" condujo a mejoras en el estado de ánimo y en la autoestima... pero sólo para los participantes que ya puntuaban alto en autoestima antes de la investigación. En los participantes con baja autoestima, las autoafirmaciones positivas tuvieron un impacto negativo en el estado de ánimo y en la autoestima. Para esos participantes, el intento de pensar positivamente terminó resaltando los mismos pensamientos y sentimientos que estaban tratando de reemplazar. Esto se suma a otras investigaciones que han señalado efectos similares de los intentos de cambio de contenido de las cogniciones (Hawley et al., 2017; Longmore & Worrell, 2007; Webb et al., 2016)

El segundo aspecto que señalamos, la respuesta al evento, sí es modificable, porque como vimos, la forma en que respondemos a un evento está influenciada por el contexto particular en que esa respuesta sucede. Consideren la diferencia entre recibir las preguntas "¿la ansiedad es buena o mala?" y "¿cuántas letras tiene *ansiedad*?". El evento que ustedes reciben es el mismo (la palabra *ansiedad*), pero ciertas características del contexto en que se lo presenta probablemente lleven a respuestas controladas por distintos aspectos del estímulo: en el primer caso a una respuesta evaluativa que depende de lo que *ansiedad* signifique, mientras que en el segundo caso se trataría de una respuesta que depende de lo que *ansiedad* es en última instancia, una secuencia de ocho letras. La primera pregunta establece un contexto que favorece la literalidad, responder a *ansiedad* por su valor simbólico, mientras que la segunda pregunta favorece la experiencia, el responder a *ansiedad* por sus propiedades intrínsecas.

Como veremos, esto será particularmente importante en ACT porque uno de nuestros objetivos será establecer un contexto en el cual las experiencias internas puedan ser experimentadas de manera distinta a como lo son habitualmente.

RFT en el mundo

En este capítulo he intentado una descripción de los que considero los puntos más relevantes de RFT desde un punto de vista clínico. Pero RFT no es una teoría clínica: es una teoría sobre cómo funciona la conducta verbal tal como la observamos en los seres humanos, sobre cómo funcionan el lenguaje y la cognición.

Por este motivo, si bien RFT se ha hecho conocida gracias a ACT, es una teoría con vuelo propio. Todo ámbito en el cual el lenguaje y cognición sean relevantes es un ámbito en donde podemos orientarnos con RFT, y el ámbito clínico es sólo uno de ellos. RFT especifica cuáles son los repertorios claves sobre los cuales trabajar si queremos impactar sobre el lenguaje y cognición, y cuáles son los aspectos del contexto a manipular para ello. Si la teoría es correcta, lo que tenemos es un mapa bien detallado y situado en contexto sobre el funcionamiento de la conducta verbal.

Se ha utilizado RFT como marco para investigaciones, se ha utilizado de manera autónoma para intervenir en autismo y problemas del desarrollo (Rehfeldt & Barnes-Holmes, 2009), para mejorar en las habilidades simbólicas medibles por coeficiente intelectual (Cassidy et al., 2016), para investigar actitudes implícitas (Barnes-Holmes et al., 2009, 2017), entre otras muchas aplicaciones, y la teoría sigue desarrollándose y refinándose (Barnes-Holmes et al., 2020).

Control aversivo verbalmente mediado

En este punto querría retomar el hilo del libro, e integrar este rodeo al resto de las consideraciones sobre la flexibilidad psicológica. Recapitemos el recorrido. Mencionamos antes que para cualquier organismo son esperables ciertas respuestas al estar frente a un evento aversivo: activación fisiológica, supresión de otras conductas, aumento de la probabilidad de evitación y escape. Lo que jugando un poco llamamos ESA reacción.

En este capítulo señalamos que la conducta verbal, entendida de manera simplificada como responder a un evento en términos de otro, puede alterar la función psicológica de un evento, en particular la atención que se le dirige y si nos impacta como neutro, apetitivo o aversivo. Mencionamos que esas relaciones entre eventos pueden ser proporcionadas por la comunidad socioverbal o emitidas por la persona, y que pueden organizarse como reglas para la conducta. También señalamos que el contexto socioverbal regula qué relaciones aplicar y por tanto la función psicológica que tienen los eventos.

Lo que tenemos entonces es que cualquier evento puede adquirir funciones aversivas de manera *simbólica*, sin necesidad de experiencia directa, gracias al lenguaje y la cognición. El control aversivo de la conducta para los seres humanos puede estar mediado verbalmente –lo cual quiere decir que en parte depende de la actividad verbal (simbólica) propia y ajena. En cierto modo, es la confluencia ineludible de procesos psicológicos normales: un repertorio para lidiar con estímulos peligrosos, sumado a un repertorio que nos permite evocar cualquier estímulo peligroso en cualquier momento.

Cuando eso sucede, las respuestas que emitimos son las normales frente a cualquier contexto aversivo: activación, supresión, evitación. Pero estas respuestas, que pueden ser extraordinariamente útiles para huir de un estímulo intrínsecamente aversivo (como un tigre a punto de atacar), o una amenaza puntual, pueden resultar extraordinariamente perjudiciales si se extienden por nuestra vida cotidiana. Digamos, huir de un tigre es útil, pero huir todo el tiempo de un tigre hace que la vida se vuelva imposible. Es como vivir la vida en un estado de sitio constante, siendo perseguidos por tigres todo el día, todos los días. Estas respuestas son particularmente perjudiciales porque lidiar con el mundo requiere un repertorio amplio y flexible de respuestas posibles, que no está disponible si estamos bajo control principalmente aversivo, aun cuando sea verbalmente mediado.

Consideren nuestra profesión como ejemplo. Una psicóloga será más efectiva en sesión si puede recurrir a un abanico amplio de respuestas posibles frente a las conductas del paciente, como por ejemplo escuchar en silencio, mostrar calidez, mostrar firmeza, preguntar, señalar, utilizar diversos recursos técnicos, etcétera. Pero cuando su conducta queda bajo control aversivo verbalmente mediado, por ejemplo, si durante una sesión difícil aparece un pensamiento que tiene funciones simbólicas aversivas, tal como “esto no está avanzando, va a abandonar la terapia y nunca más voy a tener un paciente”, todo ese repertorio clínico se restringirá y quedarán muy pocas respuestas posibles para ser efectiva en la sesión. La reacción ESA es útil para huir físicamente de un estímulo, pero es de poca ayuda si el objetivo es conducir una sesión con efectividad. En lugar de llevar a cabo conductas para ayudar a la persona que tiene frente a sí, puede desplegar conductas para no quedar malparada, para no sentirse responsable del resultado de la terapia, para sacarse al paciente de encima o para terminar con la sesión lo antes posible.

Esta es una situación que varios modelos psicoterapéuticos reconocerían como problemática y para la cual el objetivo clínico que desplegarían sería intentar modificar ese pensamiento o reducir el malestar.

Pero el problema es que como vimos, las relaciones emitidas son conductas y las conductas no se borran, por lo cual aun cuando se añada un pensamiento correctivo del sesgo cognitivo involucrado el pensamiento aversivo original seguirá estando allí –conocemos lo difícil que es intentar que otra persona piense distinto. Y como está frente a un estímulo aversivo (aun cuando sea solo simbólicamente aversivo) intentar reducir el malestar generalmente resulta infructuoso porque el evento aversivo sigue estando allí –es como intentar calmar a una persona que tiene un tigre frente a sí.

La respuesta de ACT en esa situación, en cambio, sería más bien intentar modificar no el contenido sino la función de ese pensamiento (orientación y evocación), por medio de generar un contexto en el cual las funciones simbólicas de ese pensamiento queden en segundo plano y se resalten sus funciones directas, lidiar con él en términos de lo **que es**: una cadena de palabras, y no de lo que dice ser.

De particular interés es que nuestro repertorio simbólico puede hacer que cualquier evento sea un tigre, que cualquier evento se vuelva aversivo, y esto incluye a las experiencias internas (pensamientos, sentimientos,

sensaciones físicas, tendencias de acción, recuerdos, etcétera). Cuando determinados pensamientos o sentimientos adquieren funciones aversivas pueden reducir el repertorio conductual en cualquier situación en que se presenten.

Así es como el mero recuerdo de un abuso, por ejemplo, puede evocar activación, supresión y evitación en cualquier situación en la que se presente, aun cuando la situación no guarde relación directa sino sólo simbólica con el abuso. Esto es particularmente problemático porque las experiencias internas son parte del contexto de las conductas, pero una parte del contexto que nos acompaña siempre y que a diferencia de los eventos externos no es fácilmente controlable.

También esto nos ayuda a entender el papel de la cultura en la psicopatología. Como vimos, la comunidad proporciona relaciones ready-made, bajo la forma de mandatos, prescripciones, normas, etc., más o menos explícitas. Si esto configura un contexto socioverbal que establece que las experiencias internas deben ser controladas, que hay experiencias internas peligrosas o perjudiciales y otras deseables y saludables, que hay que tener cuidado con ciertos pensamientos o ciertos sentimientos, en resumen, si hay presión social para tratarlas como problemas a resolver hay más chances de que resulten aversivas para una persona. Este es uno de los motivos por los cuales en ACT las experiencias internas no son blanco de modificación o control: asumir esa posición entrañaría construirlas como aversivas.

En lugar de eso, ACT va a postular que lo problemático consiste en la forma en la cual se responde a ellas. El problema no es el malestar ni el contenido de las experiencias internas, no es eso lo que empobrece nuestras vidas. El problema es atascarse, es perder opciones para lidiar flexiblemente con el mundo, para modificar nuestras acciones o persistir en ellas según sea necesario. La propuesta, en líneas generales, es reducir la influencia de los procesos verbales sobre la conducta. En lugar de tratar de cambiar lo que las personas piensan o sienten, vamos a tratar de reducir el impacto que los pensamientos y sentimientos tienen sobre la conducta, para que la misma pueda ser más libre, más conectada con la situación presente y orientada hacia los valores personales.

Los procesos que hemos descripto en este capítulo constituyen el fundamento sobre el cual descansa el modelo psicopatológico de ACT, que operacionaliza de una manera clínicamente útil los efectos deletéreos que el lenguaje y la cognición pueden tener para los seres humanos.

³³ Inexplicablemente, en el paso del inglés al castellano el singular se ha hecho plural y en nuestra lengua se la suele llamar "Teoría de Marcos Relacionales". Tal tendencia todavía no ha llegado a ACT, aunque espero con ansias poder hablar de la Terapia de las Aceptaciones y los Compromisos.

³⁴ Esto involucra considerar a los eventos verbales como actividades, no como productos. Por ese motivo el término técnico, que he elegido omitir, es **conducta verbal** y no **lenguaje** –ya que nos referimos a la actividad, no a su resultado.

³⁵ Nótese que no hablo de **asociación**, sino de **relación** entre eventos. Asociar es simplemente vincular dos eventos de manera indiferenciada, mientras que en una relación se vinculan eventos de una manera específica y con una direccionalidad no necesariamente idéntica –por ejemplo, si A es mayor que B (relación), B es menor que A –una relación tiene una dirección específica y puede cambiar de signo al cambiar de dirección, la asociación no.

³⁶ Más precisamente: "responder relacionamente" (**relational responding**). El análisis conductual, que se centra en acciones, tiende a ser algo difícil de traducir a una lengua como el castellano, que tiende a privilegiar los sustantivos por sobre los verbos.

³⁷ La frase ha quedado así en el imaginario popular, aunque en rigor de verdad, lo que Lennon dijo es que los Beatles eran más **populares**.

³⁸ Por supuesto, "correcta" e "incorrecta" no se trata de algo intrínseco sino de otra relación que establecemos con ciertos términos.

³⁹ La teoría no excluye que este repertorio pudiera aparecer en otros animales, y de hecho esto ha sido examinado en investigación durante décadas, con resultados aún no concluyentes (véase Lionello-Denolf, 2009)

⁴⁰ En esta sección, para no marearnos tanto con la naturaleza de los estímulos vamos a usar comillas simples (' ') para objetos y personas, comillas dobles (" ") para denotar palabras habladas, y **cursivas** para las palabras escritas.

⁴¹ Técnicamente, esto se denomina **vinculación mutua** (relaciones reversibles entre estímulos) y **vinculación combinatoria** (combinar relaciones entre estímulos). Uso términos más cotidianos sólo para mantener la legibilidad del texto dentro de límites razonables.

⁴² Estoy usando términos que se refieren a formas clásicas del razonamiento lógico sólo como ejemplos, las respuestas relacionales derivadas no se limitan a ellos sino que los posibilitan.

⁴³ Salvo con fines coercitivo-educativos.

⁴⁴ Podríamos decir que **derivar** es **deducir**, pero sería erróneo. **Deducir** es un procedimiento lógico complejo de extraer conclusiones a partir de principios o hechos, mientras derivar se refiere a responder relacionamente a eventos. Sería más acertado decir que derivar posibilita deducir.

⁴⁵ Ubicar en el cerebro el aprendizaje de una rata de presionar una palanca por comida es tan arbitrario como ubicarlo en la pata que presiona la palanca.

⁴⁶ La relación en sí no necesita ser puesta en palabras para funcionar, sólo están allí a fines de ejemplo. Podemos aprender el nombre de alguien (relación de coordinación) de varias maneras distintas, no hace falta que se nos diga explícitamente algo como **"este organismo multicelular va con el sonido Raúl"**.

⁴⁷ Comunidad socioverbal o sociocultural se refiere al conjunto de individuos cuyas prácticas verbales, orales, escritas o de otra naturaleza, afectan a la persona, en una escala que va desde el grupo familiar hasta la sociedad entera.

⁴⁸ O más bien, como yo entiendo que RFT los entiende. No hagamos cargo a la buena gente de RFT de mis exiguas capacidades.

⁴⁹ Estoy cuestionando en este momento todas las decisiones que he tomado durante mi vida y que eventualmente desembocaron en la escritura de un párrafo que incluye la cuestionable frase "la función de orientación de los bigotes".

⁵⁰ Esto es incongruente si lo vemos desde una perspectiva de condicionamiento respondiente, ya que se esperaría que el estímulo que está directamente asociado a un shock (B) genere mayor respuesta que los estímulos asociados (A y C).

⁵¹ **Limón**, por si no quedó claro.

⁵² Que significa limón en somalí, si internet no me engaña al respecto (aunque es probable es que se trate de una maldición o de un terrible improprio).

⁵³ Recuerdo una observación de Borges en la cual señala que, a diferencia de las líneas continuas de la escritura en prosa, el formato de líneas superpuestas de un poema tiene el efecto de predisponernos a recibir una emoción poética. El contexto modifica el impacto.

Noten lo que sucede al leer la oración anterior en este formato:

A diferencia de las líneas continuas

De la escritura en prosa,

El formato de líneas

Superpuestas de un poema tiene

El efecto de predisponernos

A recibir una emoción

Poética

⁵⁴ Creo que vale la pena aclarar que estos conceptos no son originales de RFT, sino que son conceptos de larga data en el campo del análisis de la conducta. Lo que aporta RFT es una forma de entenderlas y organizarlas.

⁵⁵ De paso, **tracking**, **pliance**, y **augmenting** no denomina a las reglas, sino a la conducta gobernada por reglas. A las reglas en sí se las llaman **tracks**, **plys**, y **augmentals** respectivamente.

⁵⁶ Esto, dicho sea de paso, no supone ningún tipo de dualismo filosófico. No estamos hablando de distintas realidades sino de una sola realidad. De lo que se trata aquí es de que la conducta verbal complejiza la forma en que se experimentan los eventos del mundo.

⁵⁷ Un ejemplo personal: aporreo un poco el piano, y cada tanto me pasa que encuentro entre mis papeles la partitura de una música que no toco hace años y que he "olvidado" completamente. Sin embargo, si me siento a estudiarla nuevamente la vuelvo a aprender con mucha más rapidez que si tuviera que aprenderla desde cero.

CAPÍTULO 6: EL MODELO DE FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA

ACT se basa en los principios sobre el lenguaje y la cognición que desarrolla RFT para formular un modelo clínico propio: **el modelo de flexibilidad psicológica**. El postulado central de este modelo, para aclarar las cosas desde el principio, es que el dolor es normal y que los problemas psicológicos surgen cuando ciertos procesos deterioran nuestra capacidad de responder de manera flexible y significativa a contextos cambiantes. En este capítulo nos ocuparemos entonces de la flexibilidad y la rigidez psicológica, y la forma en la que ACT operacionaliza esos procesos en su modelo clínico.

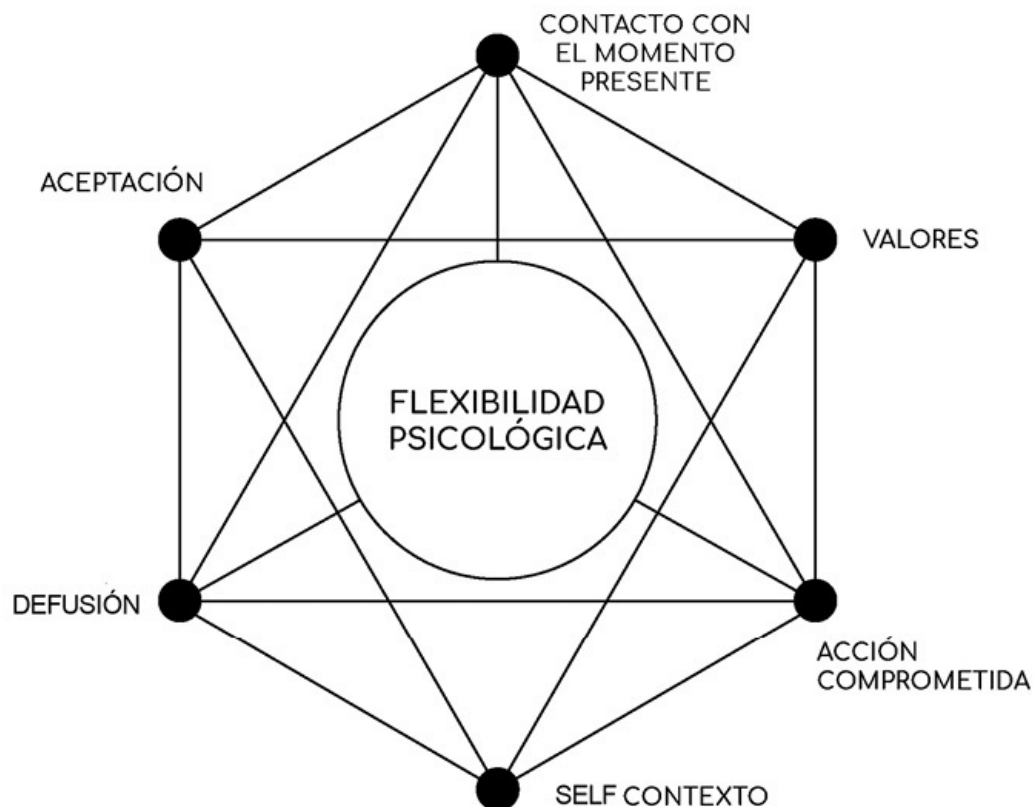
El mapa de ACT

El modelo de flexibilidad psicológica se ocupa explícitamente de los aspectos que señalamos como centrales para un modelo. Por un lado, se ocupa de cuáles son los procesos conductuales que llevan a la psicopatología, es decir, los procesos de rigidez o inflexibilidad psicológica. Por otro lado, postula un modelo de salud, los procesos que constituyen flexibilidad psicológica. Finalmente, postula una serie de principios de intervención para transformar la rigidez en flexibilidad. Se trata entonces de un modelo unificado de psicopatología⁵⁸, salud e intervenciones que está basado en los procesos básicos que vimos en capítulos anteriores.

La idea central es que fenómenos normales asociados al lenguaje y la cognición pueden contribuir a generar repertorios conductuales que reducen la habilidad de responder de manera flexible y valiosa al contexto. De esta manera estos fenómenos, si bien aumentan nuestras capacidades de acción en muchos ámbitos, pueden al mismo tiempo generar diversos problemas de relevancia clínica. Por ejemplo, son inestimables para resolver problemas, pero nos pueden llevar a abordar como problemas incluso a nuestro propio mundo interno, nuestras sensaciones y sentimientos. Nos permiten anticipar eventos posibles en el futuro, a costa de perder el contacto con el presente. Nos permiten evaluar objetos y situaciones, pero también nos lleva a evaluarnos a nosotros mismos.

Es decir, hay ciertos repertorios conductuales que en ciertos contextos (esto es, no siempre ni de manera mecánica) pueden conducir a rigidez, estancamiento y mayor sufrimiento, pero ACT señala que hay otros repertorios que pueden contrarrestarlos, favoreciendo la flexibilidad y la acción hacia una vida con sentido y propósito. ACT identifica entonces seis procesos principales de rigidez, cuya contracara son seis procesos de flexibilidad. La idea general es que cuanto más predominen los procesos de rigidez en las acciones cotidianas de una persona, mayores chances tendrá de atascarse y de sufrir innecesariamente. Por el contrario, la presencia cotidiana de los procesos de flexibilidad puede abrir el camino para moverse de manera flexible hacia lo que sea valioso para la persona.

En la tradición de ACT, el modelo de flexibilidad psicológica habitualmente se representa de manera gráfica con un hexágono que en cada uno de sus vértices incluye los procesos de flexibilidad psicológica, hexágono que un poco humorísticamente se denomina **hexaflex**:



En otras ocasiones el hexágono se dibuja ubicando los seis procesos de inflexibilidad que son la contraparte de los anteriores –en cuyo caso hablaríamos del **inhexaflex**, pero en ambos casos, se trata de una forma gráfica de presentar los procesos y las relaciones que guardan entre sí.

Desde esta representación gráfica se suelen agrupar de distintas maneras los procesos. Por ejemplo, en ocasiones nos referimos al costado izquierdo del hexaflex, englobando los procesos que están más vinculados con la relación con el mundo interno, y al costado derecho del hexaflex, englobando los procesos vinculados al cambio conductual –digamos, aceptación hacia la izquierda, cambio hacia la derecha. También se suelen agrupar los procesos de a pares: aceptación/defusión, momento presente/self como contexto, valores/acción comprometida, en tres grupos o **pilares** que designan, aproximadamente, apertura, presencia, e involucramiento.

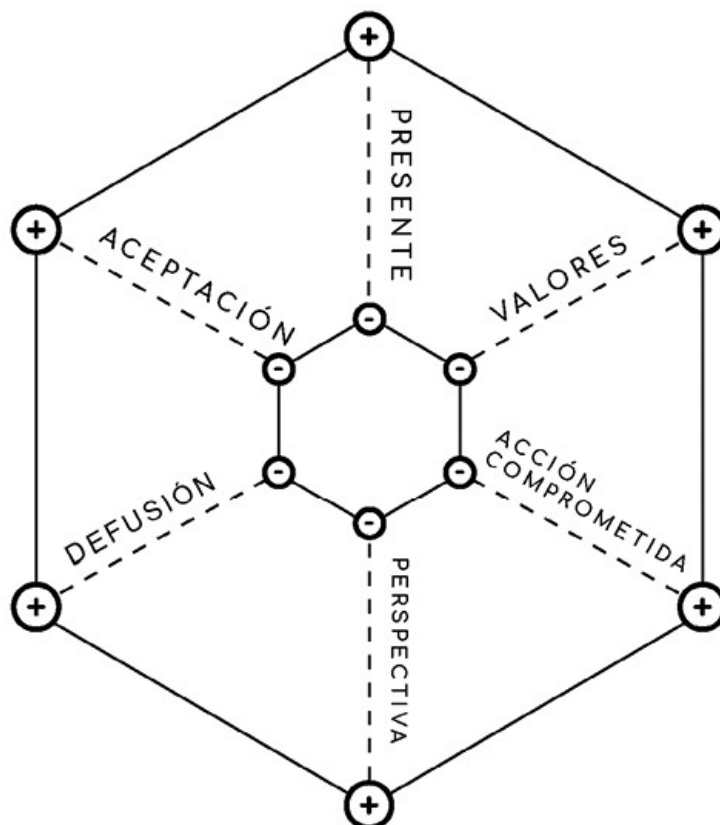
Personalmente prefiero pensar en términos de **dimensiones**⁵⁹ de flexibilidad psicológica, funcionando cada una como un continuo de mayor o menor flexibilidad. En cada una de estas dimensiones podemos distinguir los repertorios conductuales que tienden a generar rigidez en un extremo, y los repertorios conductuales que pueden contribuir a generar flexibilidad en el otro. Distintos contextos pueden favorecer uno u otro repertorio, y según la predominancia relativa de cada repertorio en cada contexto tendremos mayor o menor flexibilidad. Cada dimensión se refiere a un área clínicamente relevante en la cual procesos verbales pueden ejercer influencia.

Las seis dimensiones, con sus respectivos repertorios, podrían describirse de esta manera (en primer lugar pongo los procesos de rigidez y en segundo lugar los de flexibilidad):

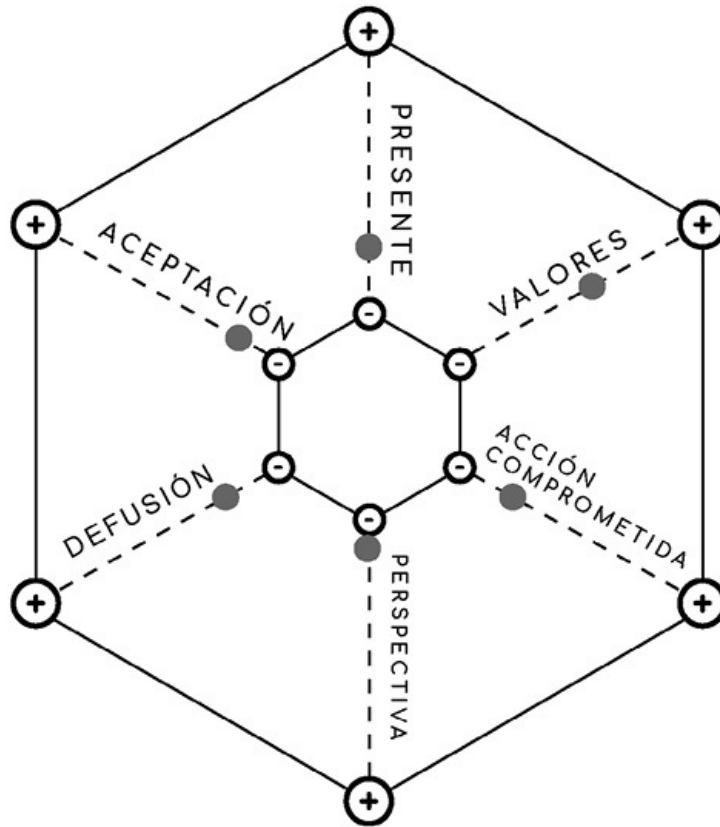
1. Dimensión de la influencia de productos verbales: Fusión / Defusión
2. Dimensión de relación con las experiencias internas: Evitación / Aceptación
3. Dimensión de atención: Predominio del pasado y futuro conceptualizado / Contacto con el presente
4. Dimensión del **self** y perspectiva: Self conceptualizado / Self como contexto
5. Dimensión de dirección vital: Dominio de reglas de evitación y pliance / Valores
6. Dimensión de la acción: Impulsividad y persistencia evitativa / Acción comprometida

Las seis dimensiones están íntimamente relacionadas entre sí, son diferentes facetas de la flexibilidad psicológica que consideramos separadamente sólo a fines prácticos. Muchas de estas dimensiones clínicas han sido identificadas por otros modelos de terapia como relevantes. Por ejemplo, la terapia cognitiva ha hecho mucho énfasis en la dimensión que se refiere a la influencia de pensamientos y reglas sobre las acciones, así como la logoterapia ha enfatizado la dimensión de la dirección vital, y las terapias humanísticas han enfatizado la dimensión de la relación con las experiencias internas. Creo que uno de los principales méritos de ACT es que incluye áreas clínicas que diversas tradiciones psicoterapéuticas han señalado como relevantes, pero lo hace con una conceptualización propia y una forma de abordaje particular.

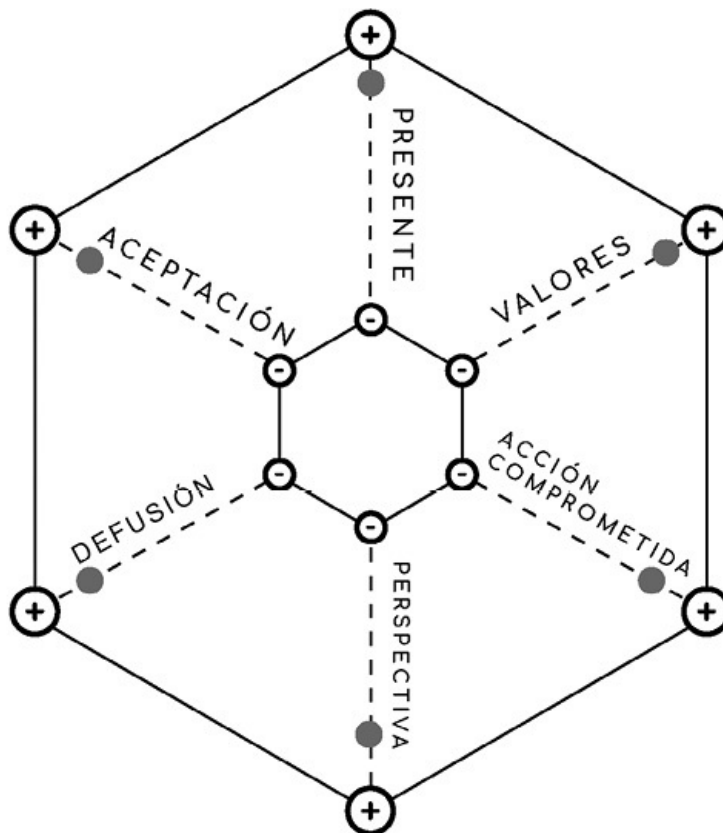
Esto nos permite usar una versión ligeramente distinta del hexaflex⁶⁰, en la cual aparecen los procesos de flexibilidad y de rigidez como extremos de cada una de las dimensiones que describimos:



Mostrar las dimensiones nos permite señalar la prevalencia relativa de cada repertorio –más cerca del perímetro exterior predominarán los procesos de flexibilidad, mientras que más cerca del centro predominarán los de rigidez. Marcando la predominancia de cada repertorio con un punto en el hexaflex podríamos identificar que, para un paciente determinado, su repertorio podría verse así:



... mientras que el objetivo del tratamiento sería que su repertorio en los contextos relevantes se viese de esta manera:



Cada persona presentará en cada situación de relevancia clínica una diferente configuración en cada una de esas 6 dimensiones. La flexibilidad es contextual, una persona puede ser más flexible en un contexto y menos flexible en otro, por ejemplo, desplegando flexibilidad en sus ámbitos laborales, pero actuando de manera rígida en las relaciones interpersonales. El hexaflex nos facilita identificar los procesos problemáticos para cada persona en cada problema clínico.

El modelo de flexibilidad psicológica, en cualquiera de las versiones del hexaflex que usen, es una herramienta clínica de extraordinaria utilidad. Su principal utilidad clínica es proporcionar una forma de conceptualizar cualquier motivo de consulta o situación clínica en términos de las seis dimensiones y los procesos implicados. También sirve para conceptualizar las interacciones terapéuticas, para identificar posibles blancos de tratamiento, y para planificar y evaluar el resultado de intervenciones.

En las siguientes secciones describiremos cada una de las dimensiones del modelo y los procesos de rigidez y flexibilidad que cada una involucra. Cada una representa un aspecto diferente de la influencia del lenguaje y la cognición sobre las acciones de los seres humanos.

Dimensión de la influencia de los productos verbales: Fusión y Defusión

El mundo para los seres humanos es predominantemente verbal, y nuestras habilidades simbólicas, descritas en el capítulo anterior, alteran la forma en la cual experimentamos los eventos. La máxima de Epicteto frecuentemente citada en terapia cognitiva ("los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen") intenta reflejar este hecho. Hay varios puntos en los que podríamos discrepar con la sentencia del griego, pero no podemos menos que acordar con su esencia: el lenguaje y cognición pueden afectar la forma en los eventos son experimentados.

Esta dimensión es la que se refiere al grado de influencia que la regulación verbal tiene sobre nuestras acciones.

Mencionamos en capítulos anteriores que el entramado de relaciones entre eventos, tanto las emitidas por la persona como las transmitidas por la cultura y la sociedad, establece una suerte de dimensión verbal del mundo. Por este motivo, cualquier evento para un ser humano verbalmente competente presenta dos aspectos: sus propiedades directas o intrínsecas y sus propiedades simbólicas, siendo estas últimas aquellas que dependen de la conducta verbal de los seres humanos.

Un evento⁶¹ no sólo se puede experimentar sensorialmente, sino que también puede ser nombrado, clasificado, comparado con otros, evaluado en diversas dimensiones (bueno, malo, posible, imposible, mejor, peor, etc.), interpretado, analizado, explicado. Esto hace posible la resolución *simbólica* de problemas, lidiar con situaciones de manera puramente verbal en lugar de hacerlo de manera directa, lo cual en algunos casos podría resultar peligroso o incluso letal.

Adicionalmente, la sociedad y la cultura proporcionan criterios y formas de lidiar con los eventos, de manera que para afrontar lo que nos sucede en cualquier momento podemos abreviar en el conocimiento colectivo bajo la forma de fórmulas, refranes, *slogans*, mensajes en los medios, libros, y el resto del amplísimo espectro de medios de los que se vale la sociedad y la cultura para transmitir mensajes de todo tipo. Un ser humano nunca está desnudo, simbólicamente hablando, ni las cosas son sólo lo que son. La aparición de la conducta verbal ha complejizado el mundo de los seres humanos, proporcionando un extraordinario empuje a la supervivencia y expansión de nuestra especie.

Estamos tan habituados a lidiar con el mundo en términos verbales que por momentos esa dimensión, de tan cotidiana, se nos vuelve invisible –aunque no por ello desaparecen sus efectos⁶². Los aspectos intrínsecos y simbólicos de los eventos se funden, y de aquí viene el nombre del proceso de rigidez psicológica: *fusión*.

Fusión se refiere a la conducta que está fuertemente controlada por los aspectos verbales de los eventos: pensamientos, creencias, evaluaciones, interpretaciones, reglas, etc. Dicho más técnicamente, fusión es "un proceso por el cual los acontecimientos verbales ejercen un fuerte control estimular sobre las respuestas con exclusión de otras variables contextuales. Dicho de otra manera, la fusión es una forma de dominancia verbal en la regulación de la conducta" (Hayes, Strosahl, et al., 2012).

La fusión no es en absoluto algo problemático ni patológico per se. La regulación verbal de la conducta es útil la mayor parte del tiempo. En este mismo momento, al leer estas líneas, su conducta está impactada por las propiedades verbales de estas palabras más que por su color, forma, tamaño, etc., y eso es, haciendo gracia de la calidad del texto, algo útil. En muchos contextos es altamente deseable que la conducta se regule verbal y no experiencialmente –no es una buena idea aprender por experiencia que la electricidad es peligrosa, que cruzar la calle con el semáforo en verde puede ser letal, que los profilácticos previenen embarazos, etcétera.

Pero en algunos contextos la fusión puede perjudicar la flexibilidad psicológica, y es entonces cuando se vuelve foco del trabajo clínico. Las evaluaciones, comparaciones, predicciones, interpretaciones, explicaciones, etcétera, pueden volverse una cárcel para la persona que interactúa con el mundo exclusivamente a través de ellas⁶³. Consideren a un adolescente que "compra"⁶⁴ el siguiente juicio sobre sí mismo y actúa en consecuencia: "soy poco atractivo". Si sus acciones se guían por ese juicio, por ejemplo, evitando acercarse a otras personas con fines íntimos, las probabilidades de conocer y desarrollar un vínculo con otra persona se reducirán –lo cual, de paso, puede terminar fortaleciendo el juicio de no ser atractivo. Algo similar puede suceder al comprar ciegamente mandatos sociales: una persona de mediana edad guiada por el mandato "no soy valiosa si no tengo pareja", puede sostener relaciones a pesar de ser insatisfactorias o incluso violentas, evitando así crear vínculos más saludables y amorosos.

La conducta que se regula por la experiencia tiende a ser más plástica. Cuando nuestras acciones se moldean por ensayo y error, sus consecuencias las van orientando en la dirección de lo que el contexto permite. Pero como lo verbal puede desplazar a la experiencia como fuente de regulación conductual, también puede reducir el efecto de las consecuencias directas sobre las conductas. Digámoslo así: aprender a bailar tango es más sencillo si inicialmente se siguen algunas instrucciones verbales generales (pies juntos, paso a la izquierda, avance con el pie derecho, reunir los pies, etc.), pero será imposible adquirir fluidez en ello sin incorporar también los vaivenes de la experiencia: el movimiento de la otra persona, el ritmo de la música, las dimensiones y límites del salón. Esa plasticidad y sensibilidad de la conducta suele desaparecer cuando las personas están fusionadas rígidamente con reglas, evaluaciones, comparaciones, etc.

Nótese que he estado utilizando expresiones como "comprar" o "seguir" al referirme a la relación con los productos verbales. Esto se debe a que la fusión no se trata sólo de *tener* un pensamiento en nuestra mente⁶⁵, ni siquiera se trata de *crear* un pensamiento, sino que se trata de actuar de manera rígidamente guiada por un

pensamiento. En el ejemplo anterior, el pensamiento "soy poco atractivo" no necesariamente es algo problemático. Una persona puede experimentar este pensamiento sin creerlo, o incluso puede creerlo, considerando que no se adecua al canon estético predominante, y aun así actuar para buscar formas de conexión e intimidad, y en esos casos no hablaríamos de fusión, ya que hay un pensamiento que, aun estando presente, aun siendo considerado como válido, no funciona como guía para la acción. Hablaríamos de fusión cuando sus acciones estuvieran controladas por ese pensamiento, por ejemplo, evitando acercarse a otras personas, tratando de alterar su apariencia, etc.

Hablamos de fusión cuando la conducta está mayormente controlada por productos verbales (pensamientos, juicios, reglas, etc.). El problema clínico principal, sin embargo, no es el contenido ni la veracidad de los pensamientos, sino seguirlos, comprarlos, aun cuando eso nos lleve a acciones incompatibles con una vida valiosa. Por este motivo, las intervenciones de ACT en esta dimensión están principalmente orientadas a reducir su influencia, no su contenido ni su frecuencia.

El proceso de flexibilidad en esta dimensión, el contrario a fusión, es llamado **defusión**, y se refiere a la reducción del impacto de los productos verbales sobre las conductas o, dicho de otra manera, la habilidad de poder elegir **cuándo** guiarnos por los aspectos verbales de un evento. Defusión involucra poder notar los diversos pensamientos o contenidos verbales de toda índole presentes en una situación, y poder **elegir** actuar guiándose por ellos o por otras características de la situación.

Querría aclarar aquí un punto importante. ACT comparte con la terapia cognitiva más tradicional⁶⁶ la idea de que el lenguaje y cognición constituyen fenómenos clínicamente relevantes, pero ambos abordajes divergen en cuanto a qué es lo problemático de eso y qué hacer al respecto. La idea general de terapia cognitiva es que el problema reside en el contenido o la frecuencia de los pensamientos. Por eso la terapia cognitiva se ocupará de la modificación de pensamientos cuyo contenido es negativo, irracional, distorsionado, o erróneo (véase Beck et al., 2010, p. 19).

Cuando hablamos de fusión y defusión, en cambio, no estamos poniendo en primer plano el **contenido** de los pensamientos, es decir, si son verdaderos, falsos, racionales o irracionales, positivos, negativos, útiles o inútiles, sino a la **relación** entre pensamientos y otras conductas, al impacto que los pensamientos tienen sobre las acciones, más allá de su contenido o frecuencia. Por este motivo el foco primario de ACT no estará sobre la modificación del contenido de los pensamientos, sino en la reducción de su impacto. Por supuesto, en algunas ocasiones identificar que un pensamiento es irracional, sesgado, o injustificado, puede debilitar su influencia, pero esto no siempre es necesariamente así. Una persona con fobia puede considerar que sus pensamientos son irracionales o infundados, y aun así verse severamente afectada por ellos. Similarmente, la fusión con pensamientos positivos puede ser igualmente problemática si restringe la influencia de la experiencia: tener alta autoestima puede hacer que pasemos por alto errores o consecuencias negativas, e incluso ha sido asociada con conductas violentas (Baumeister et al., 1996).

La fusión también puede causar que las personas lidien de manera primariamente verbal con las situaciones, tratando de entenderlas, analizarlas, interpretarlas, explicarlas, resolverlas, etc. La promesa que nuestra mente nos ofrece es que si la situación es analizada y comprendida puede ser anticipada o resuelta, y esto es lo que suele sostener conductas de preocupación o rumiación. La persona se centra más en tener razón, en analizar lo que es correcto, o en formular explicaciones, que en llevar a cabo acciones efectivas que la conecten con un sentido de vitalidad.

Otro aspecto de la fusión son las reglas verbales que ejercen un control problemático. Por reglas nos referimos a creencias o indicaciones que especifican cómo lidiar con determinadas situaciones. Típicamente lo vemos en mandatos sociales o culturales transmitidos o en reglas emitidas por la propia persona: "los hombres no lloran", "el malestar debe ser evitado", "si siento celos soy mala persona", "no tengo que dejar que otras personas me pasen por encima", etcétera. Nuevamente, seguir reglas no es algo problemático en sí mismo, pero pueden reducir el repertorio conductual disponible. Una persona siguiendo una regla como "tengo que tener razón en las discusiones con mi pareja" puede terminar priorizando ese objetivo a costa de conexión, expresión de vulnerabilidad o empatía.

Fusión y defusión son el efecto de contextos que favorecen más una u otra. Esto es, ciertos contextos socioverbales favorecen responder más literalmente a los pensamientos que otros. Podemos observar un ejemplo de esto en el juego infantil "Simón dice", que (explico en caso de que no hayan tenido infancia) es un juego para varios participantes en el cual uno de ellos ordena al resto ejecutar acciones varias y sencillas, pero –y esto es lo central del juego– sólo deben cumplirse las órdenes que vayan precedidas de la frase "Simón dice" ("Simón dice saltar en el lugar") mientras que deben ignorarse las que no lo estén. Quien se equivoca, sea siguiendo una orden no precedida de un "Simón dice" o no siguiendo una orden precedida de esa frase, pierde y queda excluido del juego. En el juego esa frase dicha en voz alta, "Simón dice" establece un contexto de literalidad, indicando que las palabras a continuación deben tomarse literalmente. Un contexto de literalidad está compuesto por ese tipo de estímulos: palabras, gestos, aspectos de la situación, etc.

Por lo general el contexto de literalidad es más sutil que el "Simón dice" y se apoya en aspectos de la situación menos explícitos. Por ejemplo, al leer el relato de un asesinato en una novela usualmente no radicamos una denuncia contra la autora en la comisaría más cercana⁶⁷ porque algunos elementos del contexto (el estar leyéndolo en un libro, por ejemplo) nos señalan que las palabras en una novela no deben tomarse literalmente –aun cuando tuvieren un fuerte impacto emocional. Distinta sería nuestra reacción si ese mismo relato lo leyéramos en un periódico, ya que convencionalmente se trata de un medio no dedicado a la ficción sino al reporte de hechos.

Durante el trabajo clínico nos ocuparemos entonces del impacto de los pensamientos y reglas con los cuales las personas están fusionadas y que reducen la capacidad de dar una respuesta flexible en situaciones importantes. Especialmente nos ocuparemos de juicios, interpretaciones, comparaciones, reglas, mandatos, predicciones, creencias, y todo otro tipo de contenidos verbales que tengan influencias problemáticas sobre las acciones de nuestros pacientes.

El foco del tratamiento en esta dimensión será entonces generar, a través de las interacciones e intervenciones clínicas, un contexto de defusión que debilite el impacto de esos contenidos, permitiendo elegir cuándo responder literalmente a ellos y cuándo no, según posibiliten u obstaculicen acciones valiosas.

Dimensión de relación con las experiencias internas: evitación y aceptación

Otra dimensión clínicamente relevante es la relación que guardamos con nuestras propias experiencias internas, las formas en las que respondemos a nuestros propios sentimientos, emociones, sensaciones físicas, impulsos, etc., especialmente cuando son displacenteros.

La tendencia a lidiar verbalmente con el mundo se extiende también a las experiencias internas. Cuando esto sucede, éstas se convierten en otro elemento a evaluar, interpretar, analizar, etc. Como vimos en capítulos anteriores, esto puede llevar a que nuestro mundo interno adquiera funciones aversivas, que nuestros sentimientos se conviertan en un problema a resolver, lo cual puede arrastrarnos a una guerra difícil de ganar en la cual lo más dañado es nuestra capacidad de vivir una vida con sentido.

En esta dimensión encontraremos entonces dos procesos: **evitación experiencial**, usualmente asociada con la rigidez psicológica, y **aceptación**, asociada usualmente con la flexibilidad.

La definición técnica de evitación experiencial es "el fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a permanecer en contacto con experiencias internas específicas y toma medidas para controlar su forma, intensidad, frecuencia, o los contextos que las ocasionan" (Hayes et al., 1996).

La evitación experiencial probablemente sea el proceso psicológico más reconocido como clínicamente relevante por todo tipo de tradiciones psicoterapéuticas, que bajo diferentes nombres han identificado la tendencia problemática a distanciarse, controlar o suprimir experiencias internas: represión, disociación, supresión, etc.

En ocasiones me gusta reemplazar el término **evitación** por el de **control** experiencial, porque la palabra **evitación** tiende a sugerir que se trata exclusivamente de intentos de huir o prevenir experiencias internas, mientras que en rigor de verdad el fenómeno se refiere no solo a prevenir la aparición de ciertas experiencias, sino también a los intentos de modificar o controlar alguno de sus aspectos formales. Si una consultante expresa algo como "sé que es normal sentir ansiedad, sólo quiero que sea menos intensa", también podríamos hablar de evitación experiencial.

Si se detienen en la definición técnica de evitación experiencial, notarán que tiene dos aspectos. Por un lado está el aspecto reflejado en la frase "cuando una persona no está dispuesta", que describe una actitud, digámoslo así, de no disposición o rechazo hacia el malestar. La segunda parte es la que comienza con "y toma medidas para controlar", es decir, se refiere a la emisión de conductas activas para controlar el malestar. La evitación experiencial, entonces, puede ser entendida como un fenómeno con dos aspectos: **rechazo** y **lucha** con el malestar. Podríamos describirla como una estrategia con dos momentos: en primer lugar, no estoy dispuesto sentir un malestar que aparece, y como ese rechazo no es efectivo, llevo a cabo conductas activas para controlarlo de alguna manera.

Generalmente, cuando hablamos de evitación nos referimos a las conductas activas de lucha con el malestar, pero el aspecto de rechazo de este fenómeno será crucial para el trabajo clínico, fundamentalmente porque una persona puede no estar luchando activamente contra el malestar, pero aun así rechazar su presencia (lo que usualmente se denomina **resignación**).

A grandes rasgos podríamos agrupar las conductas de evitación en dos categorías, las de "piel adentro" y las de "piel afuera", es decir, las conductas privadas y las públicamente observables. Las conductas de piel adentro típicas son la racionalización del malestar en todas sus formas (formular razones, búsqueda de explicaciones, preocupación, resolución de problemas, intentar comprender, culpabilizar, etc.), y la distracción (pensar en otra cosa, fantasear, desviar la atención, disociación, etc.). Las conductas de piel afuera más típicas son el escape o la evitación situacional (retirarme o no ir a un lugar o situación asociado con cierto malestar), las actividades de resolución de problemas, el ocuparse de actividades no relacionadas con el malestar, las actividades que tienen efectos sensoriales que interfieren la percepción del malestar (consumo de sustancias, autolesiones, alcoholismo, etc.), entre otras.

Cabe señalar que ninguna conducta es intrínsecamente una forma de evitación, sino que se trata de una **función** que una conducta puede adquirir. El consumo de drogas, por poner un ejemplo frecuentemente contencioso, no es necesariamente evitativo: puede estar al servicio de conectar con otras personas, de experimentar placer sensorial, o de explorar nuevas experiencias, como en el conocido ensayo de Huxley **Las puertas de la percepción**. Es cuando la ingesta de drogas se utiliza para controlar o regular estados internos que esa conducta puede describirse cabalmente como conducta de evitación experiencial. Similarmente, conductas socialmente consideradas como saludables, como meditar o hacer actividad física, pueden estar al servicio de controlar un malestar, en cuyo caso también se tratará de un caso de evitación experiencial. Lo central aquí es si la conducta está orientada principalmente a controlar la forma o frecuencia de alguna experiencia interna displacentera.

Al igual que el resto de los procesos descritos por el modelo, la evitación experiencial no es patológica **per se**. Tomar una aspirina para aliviar un dolor de cabeza es técnicamente un caso de evitación experiencial dado que se trata de un intento de alterar una experiencia interna, pero difícilmente haríamos foco clínico en ella si sucede aisladamente y sin mayores consecuencias. Las conductas de evitación se vuelven problemáticas cuando comienzan a constituir un patrón generalizado de relación con las experiencias internas, cuando las acciones de la persona se orientan principalmente hacia controlar el malestar, aunque se perjudique la posibilidad de vivir una vida con sentido.

Hay tres razones principales por las cuales la evitación experiencial generalizada es problemática. En primer lugar, las experiencias internas no son fácilmente controlables –no es posible "apagar" un sentimiento doloroso a voluntad, y tratarlo como un problema a resolver es un camino sin salida. La única manera eficaz de no experimentar un malestar consiste en evitar las situaciones que lo generan, con el costo de perderse también lo que esas situaciones tienen de valiosas. Por ejemplo, la única vía efectiva que un músico tiene para no sentir pánico escénico es no subirse a un escenario, pero esto involucra perderse el contacto con la música en vivo y con el público. Incluso las estrategias meramente regulatorias del malestar pueden tener efectos problemáticos. En una ocasión trabajé con una persona con miedo a volar que controlaba la ansiedad tomando psicofármacos desde el día previo a tomar un avión, lo cual le funcionaba bastante bien –demasiado bien de hecho, ya que en ocasión de un vuelo importante no sólo se olvidó de su ansiedad sino también de la documentación de toda la familia. Y esto por supuesto sin contar las estrategias de control experiencial con altos costos vitales, como es el caso de las

autolesiones, el abuso de sustancias, o las conductas sexuales de riesgo. El suicidio representa el extremo de la evitación experiencial: completamente efectivo para eliminar el malestar, pero pagando el precio más alto posible.

El segundo aspecto problemático de la evitación experiencial es que tiende a incrementar y a tornar más centrales las experiencias que se intentan suprimir. Intentar la supresión de una experiencia requiere que la experiencia sea monitoreada, para lo cual hay que prestarle atención. Un juego sencillo basta para ilustrar esto: miren a su alrededor e intenten no notar el color negro en los objetos. Es muy probable que al intentarlo hayan inmediatamente percibido ese color por doquier, dado que para seguir esa regla primero es necesario identificar el color de los objetos, lo cual los pone en el centro de la atención. Con las experiencias internas, esto puede tener el efecto de intensificarlas. Es el conocido efecto del oso blanco referido por Dostoievsky: "Intente imponerse esta tarea: no pensar en un oso polar, y verá que la maldita cosa viene a la mente a cada minuto". Basta con el intento de supresión de un contenido para que ese contenido se vuelva más presente y central.

Esto es lo que Sigmund Freud identificó hace más un siglo detrás de muchos lapsus y errores cotidianos en los cuales una persona dice justamente aquello que intentaba callar. Sin embargo, se equivocó al explicar el fenómeno como vinculado a complejos personales: es la supresión lo que hace que los contenidos sean más prominentes y que tiendan a surgir de todos modos, no la relevancia personal de los contenidos. Es posible verificar este fenómeno incluso con contenidos neutros o elegidos al azar. Si me permiten un ejemplo: suspendan la lectura durante un minuto, y durante ese tiempo intenten con todas sus fuerzas no pensar de ninguna manera en una pizza, y tan solo noten lo que sucede.

Las probabilidades son altas de que, durante ese tiempo, pizzas aparezcan en su mente aun cuando no tuvieren ningún complejo ni historia difícil con una pizza. Pueden repetir lo mismo con cualquier otro estímulo, si las pizzas no son suficientes. Este fenómeno ha sido exhaustivamente investigado por la teoría de los procesos irónicos, y se ha observado en emociones, pensamientos, recuerdos, sueños, etc. (Ansfield et al., 1996; Najmi et al., 2007, 2010; Wegner, 1994, 2009; Wegner et al., 1997, 2004, 2004; Wegner & Erber, 1992). Intentar suprimir cualquier experiencia interna tiende a aumentar su frecuencia e intensidad. De manera que no sólo la evitación experiencial es poco efectiva, sino que tiende a intensificar las experiencias internas evitadas.

En tercer lugar, evitar las experiencias comporta que la conducta se ponga bajo control aversivo. Si las experiencias internas son el enemigo, las respuestas frente a ellas serán las típicas frente a todo estímulo aversivo. Vimos en capítulos anteriores que las respuestas bajo control aversivo tienen tres características: activación fisiológica, supresión de conductas no relacionadas con el evento aversivo, e incremento de la probabilidad de evitación o escape.

La primera de esas características implica que intentar huir de experiencias internas puede generar un aumento de la activación fisiológica, es decir, un aumento del malestar. Es el conocido fenómeno del **miedo al miedo**, que ha sido identificado hace décadas como central en el trastorno de pánico. La segunda característica de esa reacción es particularmente relevante: la supresión de todo lo no vinculado con el estímulo temido. Esto quiere decir que la plasticidad del repertorio conductual se reducirá enormemente. A una persona que está intentando desesperadamente que no surja un recuerdo doloroso, le puede costar muchísimo desplegar el repertorio necesario para interactuar con otras personas, para pintar, para bailar, o cualquier otra actividad valiosa. Digámoslo así: nadie se preocupa por el arte, el sentido de trascendencia, o la hermandad universal, cuando está huyendo de un enjambre de abejas –o para el caso, un enjambre de pensamientos dolorosos, lo mismo da.

Una objeción frecuente con respecto a este punto es que las experiencias internas intensas en ciertas ocasiones parecen resultar perjudiciales para la persona que las experimenta, como cuando una persona se ve abrumada por una emoción intensa, como ansiedad o vergüenza. Por supuesto, esto puede ser así, una persona sufriendo un ataque de pánico no suele estar en ese momento en las mejores condiciones para realizar actividades (aunque se podría argüir que este no necesariamente es el caso). Pero cuando eso sucede, generalmente lo que observamos es una historia de muy poca disposición a experimentar ansiedad, lo cual, como vimos, hace que se vuelva más central y más intensa, hasta que se vuelve abrumadora. Es la lucha lo que ha llevado a la persona a ese punto, más que la ansiedad en sí.

El extremo de flexibilidad en esta dimensión es **aceptación**, que como podrán conjeturar por el nombre de esta terapia, es bastante importante. Aceptación consiste simplemente en experimentar experiencias internas sin defensa, sin intentos de control ni de alteración de las mismas. Esto es, tratarlas como experiencias a tener, en lugar de problemas a resolver. Aceptación debiera más propiamente denominarse **aceptación experiencial**, ya que de lo que se trata es de aceptar las experiencias internas al servicio de actuar hacia valores –y no necesariamente la aceptación de situaciones.

La aceptación involucra la posición activa de recibir el malestar con apertura y disposición, y relacionarse con las experiencias internas dolorosas de una manera más rica y flexible. Una persona con ataques de pánico puede aprender a experimentar las sensaciones físicas de taquicardia con curiosidad y sin lucha, notando sus detalles sensoriales, las modificaciones que surgen a medida que pasan los segundos, y lo que pasa en el resto del cuerpo. Esto nos permite diferenciarla de la resignación, que suele utilizarse más bien para designar una lucha pasiva, esto es, no estar dispuesto a experimentar un malestar, pero no desplegar acciones activas para prevenirlo o escapar de él¹⁶⁸.

La aceptación se trabaja clínicamente como una alternativa al control experiencial, y suele requerir un trabajo previo de defusión. Dado que el carácter aversivo de los eventos internos tiende a estar apuntalado en evaluaciones y reglas, suele ser necesario en primer lugar "desmontar" el aparato mental evaluativo para poder experimentarlos sin defensa. Por ejemplo, si la influencia de las evaluaciones que etiquetan al pánico como peligroso no es debilitada, resultará improbable que las sensaciones de pánico sean aceptadas sin lucha innecesaria.

Finalmente, es crucial señalar que la aceptación no es una forma astuta de controlar el malestar. De lo que se trata es de esto: la aceptación es la vía más rápida y eficiente para poder actuar al servicio de los valores. La posición según la cual el malestar primero debe ser controlado o manejado antes de actuar involucra un rodeo para actuar. Si tenemos que esperar a **sentirnos** seguros antes de encarar un nuevo proyecto podemos esperar toda la vida antes de dar el primer paso. Pero si el sentimiento de incertidumbre es abrazado como una respuesta válida y

normal de un ser humano frente a un camino ambiguo, y nos enfocamos en el siguiente paso, entonces la acción es posible.

Por supuesto, la aceptación tiende a generar una reducción del sufrimiento, pero lo hace de manera indirecta. La evitación genera malestar por dos vías simultáneamente. En primer lugar, se encuentra la experiencia dolorosa en sí misma, el sentimiento o sensación que surge como respuesta a lo que sucede en el contexto. Pero, además, se genera un malestar añadido que surge de la lucha y de sus consecuencias perjudiciales. Es la popular distinción entre dolor y sufrimiento, que en ACT a veces se ha llamado *dolor limpio* vs *dolor sucio*. La aceptación tiende a reducir el malestar añadido que surge de la lucha, y que en ocasiones representa la mayor parte del malestar. Pero si una estrategia de aceptación se orienta hacia el control de malestar, entonces se convertirá en otra forma de lucha más, y correrá el destino de las conductas de evitación.

Dimensión de atención: pérdida de contacto con el presente

Para ilustrar esta dimensión querría invitarles a realizar una pequeña experiencia. Antes de seguir con la lectura intenten resolver mentalmente esta operación aritmética: 28×6 .

Mientras resolvían esa operación⁴⁹, ¿notaron lo que pasó con el resto de sus percepciones? ¿Notaron las sensaciones de su espalda y en la planta de los pies? ¿Notaron durante esos momentos los matices de los sonidos y colores a su alrededor? Más probablemente, su atención se enfocó en el problema a resolver y el resto del mundo pasó a segundo plano. El mismo fenómeno ocurre si en lugar de resolver un problema aritmético, lo que se intenta es suprimir o controlar un sentimiento o pensamiento.

Clínicamente, el lenguaje y la cognición ejercen efectos también sobre la atención⁵⁰, y esta dimensión se refiere a ello. Enredarnos con nuestra mente tiende a reducir el contacto con el ambiente inmediatamente presente. El conocido fenómeno de “estar en la luna” cuando pensamos intensamente sobre algún tema es un ejemplo de este proceso. Al igual que con el resto de los procesos, esto en sí no es algo patológico ni problemático, sino que depende del contexto. Soñar despiertos mientras miramos por la ventana de un automóvil es algo perfectamente saludable – salvo que seamos quien conduce el automóvil. El problema clínico central aquí es que perder el contacto psicológico con el ambiente inmediatamente presente entraña reducir la posibilidad de que éste impacte sobre las conductas. Es difícil aprender algo si no estamos psicológicamente en ese lugar –por eso toda lección suele empezar con un pedido de atención.

La pérdida del contacto con el presente, cuando es problemática, presenta tres aspectos centrales. En primer lugar, el futuro y el pasado verbalmente construidos desplazan a otras fuentes de regulación conductual más directas. La persona se enfoca sobre lo que ocurrió o sobre lo que podría ocurrir, más que sobre lo que efectivamente está ocurriendo en ese momento. La preocupación y la rumiación suelen tener este efecto, haciendo que la persona se “desconecte” del ambiente actual.

En segundo lugar, el foco de atención tiende a estrecharse. La atención se centra exclusivamente en unos pocos aspectos de la situación y el resto de los estímulos presentes pasan a segundo plano. Se puede imaginar a la atención como el haz de luz de una linterna, que puede abrirse para iluminar una amplia superficie de manera general, o estrecharse para iluminar intensamente un objeto en particular –no hay una alternativa que sea intrínsecamente mejor, sino que depende de lo que el contexto requiera. Pero cuando la atención está puesta rígidamente sobre un pensamiento o sentimiento difícil, tiende a estrecharse, dejando afuera otras fuentes de regulación conductual.

En tercer lugar, entraña dificultades para desplazar la atención a otros estímulos. La atención tiende a quedarse rígidamente fijada en un aspecto de la situación, sin posibilidad de desplazarse a otros. La persona que está rumiando intensamente sobre algún tema, por ejemplo, puede encontrar difícil conectarse con lo que está pasando a su alrededor.

Entonces, la pérdida de contacto con el presente tiende a involucrar un predominio del pasado o del futuro, un estrechamiento del foco atencional, y dificultades para desplazar la atención a diferentes estímulos.

Para ilustrar estos tres aspectos, consideren lo que sucede con una persona que durante una relación sexual experimenta ansiedad con respecto a su desempeño sexual. La fusión y evitación con los sentimientos y pensamientos vinculados al desempeño deseable pueden llevar a que la atención se centre en las consecuencias futuras, más que en los estímulos sensoriales que están presentes. El foco atencional tenderá a reducirse y a quedarse rígidamente fijado en los indicadores de desempeño sexual (erección, lubricación, etc.). La intimidad con la otra persona, las comunicaciones verbales y no verbales que dictan los vaivenes de la relación sexual, incluso las sensaciones placenteras pasarán a segundo plano, a medida que la atención se enfoca estrecha y rígidamente en los pensamientos y sentimientos evitados.

El nombre completo del extremo de rigidez en esta dimensión es **Predominio del pasado y futuro conceptualizado/Autoconocimiento limitado**. Esto último se refiere a la restricción del conocimiento de lo que en cada momento estamos sintiendo, pensando, percibiendo, etc. Si la atención no está en el presente, se pierde todo el conocimiento de las experiencias internas, que son una fuente importante de información en cada situación. Por este motivo la evitación experiencial se ha vinculado repetidamente con la alexitimia, la dificultad de “leer” las propias emociones (Panayiotou et al., 2015; S. H. Stewart et al., 2002; Venta et al., 2013).

En esta dimensión el repertorio conductual que constituye el extremo de flexibilidad psicológica se denomina **Contacto con el momento presente**, que consiste en la conducta de traer la atención al ambiente actual interno y externo, de manera deliberada, enfocada y flexible. Estas últimas tres cualidades nos permiten identificar cuándo la atención es flexible: tiene que ser voluntaria, tiene que poder enfocarse, y tiene que poder desplazarse en caso de ser necesario. Por ejemplo, una persona que está luchando fuertemente con las sensaciones de un ataque de pánico está en contacto con las sensaciones físicas actuales, pero probablemente no la ubicaríamos en el extremo de flexibilidad, ya que se trata de una atención estrecha y rígida sobre las sensaciones físicas, sin la capacidad de desplazar la atención a otros eventos significativos que estuvieran ocurriendo en ese momento.

El trabajo clínico sobre esta dimensión involucrará promover y reforzar la conducta de traer deliberadamente la atención hacia las experiencias presentes (sean externas o internas, agradables o desagradables), y ayudar a

pacientes a flexibilizar, enfocar y ampliar la atención en las situaciones clave, de manera de enriquecer la experiencia de la situación y facilitar la acción efectiva orientada por valores.

Nos interesa en este repertorio ayudar a la persona a notar el flujo de su experiencia tal como va desarrollándose momento a momento²³: lo que puede percibir con sus cinco sentidos, la corriente de pensamientos, las sensaciones físicas, los sentimientos, etcétera, tomando contacto con todo ello desde un lugar no de análisis lógico, evaluaciones ni cambio, sino de contemplación silente de la rica y caótica naturaleza del momento presente.

Dimensión del *self*: *self* conceptualizado y *self* como contexto

Esta es la que se ocupa de las variadas formas del *self* de acuerdo a RFT²⁴. Esta será la más larga de las secciones que dedicaré a las seis dimensiones, porque se trata de uno de los conceptos más abstractos y difíciles de transmitir de RFT/ACT.

Comencemos diciendo que los seres humanos no sólo disfrutamos de comer una pizza y nos cepillamos los dientes, sino que además podemos observar y describir que disfrutamos de comer una pizza y que tenemos el hábito de cepillarnos los dientes. Esto es, podemos observar y reportar verbalmente nuestros propios patrones de respuesta: nuestros agrados y desagradados, disposiciones, nuestros pensamientos, nuestras costumbres, hábitos, etc. Citando a Skinner (1974, p.38): "Hay una diferencia entre comportarse y reportar que uno se está comportando (...). Responder a un estómago vacío consiguiendo e ingiriendo alimentos es una cosa; saber que uno está hambriento es otra. (...) El autoconocimiento tiene un valor especial para el individuo. Una persona que se ha vuelto "conciente de sí misma" por las preguntas que se le han formulado está en mejor condición de predecir y controlar su propia conducta".

La última parte de la cita de Skinner señala la utilidad de poder hablar sobre los propios patrones de respuesta. Poder identificar y evaluar nuestras propias respuestas nos pone en mejor situación de regular nuestra conducta. Con el tiempo, estos reportes tienden a organizarse en una red de relaciones verbales que entra a formar parte de la dimensión verbal de la experiencia. Desde la perspectiva RFT podríamos decir que el *self* consiste en responder verbalmente a las propias respuestas (Stewart, 2013), pero esto requiere un poco más de elaboración.

RFT/ACT identifica tres formas de hablar del *self*, si se quiere, tres *sentidos* del *self*: el *self* como contenido, el *self* como proceso, y el *self* como contexto. Los tres son derivados de la conducta verbal, pero el primero puede llevar a rigidez psicológica, mientras que los otros dos pueden fomentar flexibilidad psicológica.

En primer lugar, tenemos el *self* como contenido: "el *self* como contenido, también llamado *self* conceptualizado, consiste en redes relacionales descriptivas y evaluativas que las personas construyen a lo largo del tiempo sobre sí mismas y sobre sus historias. Tan pronto como los humanos verbales se vuelven concientes de sí mismos, comienzan a interpretar, explicar, evaluar, predecir, y racionalizar su conducta. La coherencia es un poderoso reforzador, y la incoherencia es un poderoso castigo, por lo que intentamos organizar nuestras descripciones y evaluaciones de nuestras historias y tendencias personales en una red coherente, una presentación consistente de un *self* que generalmente persiste a través del tiempo y de las situaciones". (McHugh et al., 2019, p.106)

En otras palabras, el *self* conceptualizado consiste en el conjunto de enunciados sobre nosotros mismos que construimos o que otras personas nos proporcionan y nosotros adoptamos como, por ejemplo: "soy una persona alegre", "soy ansioso", "me gustan las empanadas", "tengo poca paciencia", "soy indecisa", etc.

Este repertorio resulta útil no sólo para predecir y anticipar nuestra propia conducta, sino que además resulta muy útil para interactuar con otras personas y con la sociedad en general, ya que nos permiten saber qué esperar de otras personas –y qué pueden esperar de nosotros. "Me gustan las empanadas" es un enunciado que puede resultar útil a la hora de planear una primera cita²⁵, de la misma manera que "estudié psicología" señala que puede ser más fructífero solicitarme consejos de psicología que de electricidad doméstica²⁶. Nuestras autodefiniciones verbales nos facilitan la vida en sociedad al predecir algunas de nuestras acciones, pero esconden una característica que puede constituir un obstáculo mayúsculo para actuar flexiblemente. Creo que lo podríamos enunciar aproximadamente de esta manera: estas historias realizan un juego de manos que consiste en tomar aspectos vitales inherentemente cambiantes y dinámicos, y convertirlos en características inmanentes y aparentemente inmodificables. Esto requiere alguna explicación.

El *self* conceptualizado es una narrativa que suele construirse engarzando principalmente tres tipos de elementos verbales:

1. Evaluaciones ("bueno/malo", "lindo/feo", "triunfador/fracasado").
2. Reportes de conductas ("me gusta X/no me gusta X", "soy una persona que hace/no hace X").
3. Reportes de eventos externos ("me sucedió X", "pasa X").

La historia construida a partir de estos elementos se postula como una descripción "verdadera" de lo que la persona es y atravesó, pero cada uno de sus elementos oculta el hecho de que se trata de una construcción, transformándola en algo aparentemente estático e inmodificable.

El primero de los tres elementos es el que más claramente es incompatible con una descripción: una evaluación es un enunciado completamente arbitrario, que puede variar según las personas, e incluso en una misma persona a lo largo del tiempo: lo que una persona juzga como feo puede ser juzgado como lindo por otra, e incluso una misma persona puede modificar una evaluación con el correr de sus experiencias.

Con el segundo elemento, los reportes de conductas frecuentes, la arbitrariedad puede ser más difícil de percibir. La arbitrariedad aquí consiste en que en las autodefiniciones las conductas son convertidas en características. Pasamos de observar que en ciertas situaciones tomar café tiene ciertos efectos sobre mí, a enunciar "soy una persona a la que le gusta tomar café". Pasamos de un *hacer* a un *ser*. Esto aplica a la descripción de conductas de todo tipo: conductas observables, hábitos, preferencias, inclinaciones, sentimientos, creencias, etc.

Convertir conductas en características es engañoso porque **una conducta no es una característica**. La principal diferencia entre ambas es que una conducta sucede siempre en un contexto específico del cual es función y por ello es inherentemente cambiante, mientras que una característica es relativamente estable y se supone válida en todo contexto. Mi altura, por ejemplo, es más o menos la misma todo el día, pero el enunciado "me gustan las

empanadas" no es verdadero todo el tiempo: me gustan en determinados momentos, y no en otros⁷⁵. El número de riñones que tengo es más o menos el mismo todo el tiempo, pero la amabilidad que muestro varía según las acciones de otras personas.

Este problema persiste incluso si la conversión de conducta en característica pretende estar sostenida en alguna herramienta como, digamos, un cuestionario de personalidad, porque éstos evalúan cual es nuestra respuesta promedio, pero nunca interactuamos en contextos generales sino en contextos específicos. Una persona que responde a un cuestionario con las respuestas correspondientes a introversión aún puede actuar de manera sociable en determinados contextos⁷⁶. Una conducta no es una característica.

Ahora bien, el tercer elemento de las historias personales sí refiere a eventos y características objetivas, por así decir. Me refiero a enunciados como "me rechazaron en todos los trabajos en los que apliqué", "abusaron de mí cuando era chica" o "nací con seis dedos". Estos enunciados en sí no son más problemáticos que decir "soy un homo sapiens sapiens". El problema aquí es que en la construcción de la historia personal los hechos son puestos al servicio de una interpretación o evaluación, es decir, se les atribuye un sentido basado en evaluaciones, reglas, predicciones, o generalizaciones: "soy deforme porque nací con seis dedos", "no puedo tener una pareja porque abusaron de mí" o "así como me rechazaron en este trabajo me van a rechazar en todos los trabajos". Los hechos están allí como mero soporte de una evaluación o interpretación, que siempre podrían adoptar otras formas. Con los mismos ladrillos puedo construir un hogar o una cárcel.

El self conceptualizado es una sumatoria de evaluaciones, supuestas características y hechos interpretados, enhebrados en una narrativa que se presenta a sí misma como una descripción de características personales, ocultando que se trata de última instancia de una construcción. Esta historia congela en una narrativa simple lo diverso y complejo de nuestro pasado, y restringe la potencialidad de nuestro futuro.

El problema clínico fundamental que esto tiende a generar está condensado en la segunda parte del fragmento de McHugh precitado: "La coherencia es un poderoso reforzador, y la incoherencia es un poderoso castigo, por lo que intentamos organizar nuestras descripciones y evaluaciones de nuestras historias y tendencias personales en una red coherente". Esto es, una vez que armamos una historia sobre nosotros mismos tendemos a actuar de manera tal de mantener la coherencia con esa historia, lo cual puede convertirse en un problema clínico rápidamente. Mantener la coherencia con "soy una persona a la cual le gustan las empanadas" puede llevarme a rechazar alguna nueva comida y perderme una experiencia, "soy un fracaso y nadie me va a contratar" puede llevarme a dejar de buscar trabajo, el "soy amable" puede obstaculizar la adopción de actitudes más firmes cuando es necesario.

Y justamente porque la historia ha sido construida y sostenida durante años, las personas pueden defenderla aun cuando sea dolorosa o cuando resulte un obstáculo: "irónicamente, la mayoría de las personas vienen a terapia queriendo defender su self conceptualizado. Ven a sus ideas sobre sí mismas como positivas, o al menos como familiares, las ven como uno vería a un querido amigo (...) Incluso cuando los clientes ven a su self conceptualizado como despreciable ('Soy malo'), esa misma conceptualización es protegida como si la vida misma dependiera de ello" (Hayes, 1995)⁷⁷.

Notarán que estamos completamente alejados aquí de cualquier vinculación con aumentar la autoestima o de intentar que la persona piense más positivamente de sí misma. No nos interesa que la persona cambie una autodefinición negativa por una positiva, porque incluso el apego a un contenido positivo puede ser problemático, puede resultar un obstáculo para responder flexiblemente a contextos cambiantes. Una paciente que se define a sí misma como "una persona feliz" puede tener muchas dificultades lidiando con sentimientos de tristeza; a un paciente que se apega a la historia de "soy una persona calma" puede resultarle muy difícil lidiar con situaciones que involucren enojo.

Nuestras historias nos anclan a una perspectiva única y rígida de la realidad: esto que siento y pienso en este momento es lo que soy, y por tanto sólo hay una forma posible de lidiar con la situación. El trabajo clínico requerirá socavar el apego al self conceptualizado, de manera de proporcionar una perspectiva más amplia sobre los eventos externos e internos.

Hasta ahora nos hemos referido al primer sentido del self, el self conceptualizado, pero los otros dos repertorios mencionados, el self como proceso y especialmente el self como contexto, serán repertorios clave a trabajar en esta dimensión.

El self-como-proceso es "el repertorio en el que se basa la discriminación verbal de nuestra conducta ocurriendo en el momento. Los enunciados que reflejan el self como un proceso de conocimiento o percepción continua típicamente comienzan con frases tales como 'siento', 'pienso' 'me pregunto...', etc". (McHugh et al., 2019, p.111). Se trata del repertorio verbal de discriminar la propia conducta descrito por Skinner unos párrafos atrás: cada vez que podemos identificar verbalmente lo que estamos haciendo, sintiendo, pensando, o en general experimentando estamos en el self-como-proceso, lo cual es útil para regular la propia conducta. El self como proceso es lo que constituye el eje del repertorio de contacto con el presente (véase Foody et al., 2012), por lo cual todas las consideraciones clínicas al respecto corresponderán a esa dimensión.

El tercer sentido del self que postula RFT es el self como contexto. Se trata de una forma de abordar una experiencia de la cual se han ocupado distintos abordajes psicológicos con diversos nombres: conciencia de sí mismo, mente sabia, perspectiva, trascendentalidad, pura subjetividad, etcétera.

Para mejor explicarlo las invito a realizar una actividad: noten las sensaciones de la planta de sus pies. Tómense unos segundos para esto. Mientras hacen eso, intenten dar una suerte de paso hacia atrás en su mente y **notar que están notando** que están percibiendo las plantas de sus pies. A continuación, observen una de sus manos y noten el color de la piel, el tamaño, las formas. Mientras hacen eso, intenten dar ese paso atrás y **notar que están observando** las características de su mano. A continuación, noten cualquier sonido que puedan percibir, notando su volumen, tono, timbre, y cualquier otra característica distintiva. Mientras hacen eso, intenten dar un paso atrás y **notar que están notando** esos sonidos.

Quizá puedan notar que están las experiencias, por un lado, y hay alguien que nota esas experiencias, por otro. Ese "alguien" no es lo percibido, sino quien percibe. Noten que ese punto de vista, desde el cual notaron que

estaban observando las plantas de los pies, su mano, y los sonidos, ha sido siempre el mismo (lo mismo aplicaría si hubiésemos incluido pensamientos y sentimientos entre las experiencias a contemplar). En cada caso, el contenido de las experiencias ha ido cambiando (primero las plantas de sus pies, luego sus manos, luego sonidos), pero si pudieron hacer el ejercicio habrán notado que en los tres casos ese lugar de observación, bastante escurridizo, ha sido siempre el mismo. Ese “alguien” que observa está siempre ahí, más allá de las experiencias que observe. De esto se trata el self como contexto, de ese punto de vista trascendental²⁸, un lugar de pura perspectiva desde el cual contemplamos nuestras experiencias.

La hipótesis central de RFT a este respecto es que ese sentido del self, esa pura perspectiva, es un resultado emergente de nuestro repertorio verbal, y en particular depende de un tipo especial de marcos relacionales llamados **deícticos**. Las relaciones deícticas son aquellas que resultan relativas a una perspectiva particular. Por ejemplo “la capital de Argentina es Buenos Aires” es un enunciado al que podríamos llamar absoluto, esto es, su sentido es el mismo si lo digo yo que si lo dice cualquiera de ustedes, si lo digo ahora que si lo digo mañana. Pero en cambio el sentido cabal de un enunciado como “estoy aquí” es relativo al lugar en donde esté el sujeto de enunciación, ya que “aquí” no designa un lugar fijo. Esas son las relaciones deícticas, las que involucran yo/tu, aquí/allá, y ahora/entonces: dimensiones que no son absolutas sino relativas a la perspectiva del hablante.

Manejar las relaciones deícticas con fluidez no es algo innato, sino algo que se aprende muy laboriosamente a través de cientos y miles de verbalizaciones emitidas y recibidas. Si escribo “ahora estoy escribiendo estas líneas” ustedes comprenderán inmediatamente que ese “ahora” no es el “ahora” en el que están leyendo sino el “ahora” en el que estoy escribiendo (que es el pasado para ustedes)²⁹, pero esto es algo que pueden hacer con facilidad sólo luego de haber pasado por un largo aprendizaje. De hecho, los niños cuando aprenden a hablar confunden estas dimensiones con frecuencia, les cuesta trabajo inicialmente identificar que su “aquí” no es “aquí” para otra persona, y que lo mismo pasa con “yo”, y requieren un largo aprendizaje para discriminar cuándo corresponde cada una.

Todas las verbalizaciones que se relacionan con la propia persona (eventos externos, actividades presentes o pasadas, percepciones, preferencias, sentimientos, pensamientos, etc.), involucran alguna de esas tres relaciones deícticas. Enunciados como “qué mal la estoy pasando”, “me duele aquí”, “hay un perro allá”, etcétera, involucran para su cabal comprensión el manejo de algunas o todas las relaciones deícticas.

Lo que la RFT postula es que a través de la repetición de esas relaciones deícticas va surgiendo de a poco una suerte de abstracción, una perspectiva invariante que está presente en todo lo que experimentamos, alojándolo: el self como contexto. Todo lo que experimento lo experimento en la intersección de yo, aquí, y ahora. Digamos, al repetir una y otra vez enunciados como:

- (Yo, aquí, ahora) tengo sueño
- (Yo, aquí, ahora) tengo hambre
- (Yo, aquí, ahora) soy simpático
- (Yo, aquí, ahora) me voy de viaje mañana

... se va abstrayendo ese **yo-aquí-ahora**, ese self que es lo invariante de esas distintas experiencias y que constituye el contexto en el que suceden. A través del entrenamiento en el uso de relaciones deícticas se va abstrayendo un lugar de pura subjetividad desde el cual observar las experiencias³⁰.

Por ese motivo el self como contexto es llamado a veces también self-observador o self-trascendental, porque es ajeno a cualquier contenido interno o externo específico, una suerte de conciencia trascendental de todas nuestras experiencias (Hayes, 1984): “el self como contexto puede entenderse como lo invariante abstraído en todas las autodiscriminaciones. Debido a que es una abstracción del contenido de la respuesta verbal (o, más específicamente, la respuesta relacional deíctica), está libre de contenido y, por lo tanto, es constante e invariable desde el momento en que surge por primera vez. Es un producto de la respuesta verbal; sin embargo, como categoría verbal que se aplica a todo lo que una persona ha hecho alguna vez, incorpora tanto el yo no verbal (la corriente conductual resultante de los procesos psicológicos directos) como el yo verbal (como objeto y proceso de conocimiento adquirido a través del encuadre relacional)”. (McHugh et al., 2019)

Al ser diferente de los contenidos específicos de la experiencia (como sentimientos y pensamientos), el self como contexto puede ser una poderosa herramienta de flexibilidad psicológica: “el control que las reglas autogeneradas ejercen puede debilitarse al verlas desde el punto de vista del self como perspectiva, y entonces quizá pueda surgir un comportamiento más creativo (presumiblemente moldeado por contingencias)” (Hayes, 1984, p. 108).

Tomar contacto con este punto de vista puede proporcionar un lugar seguro desde el cual tener experiencias difíciles: si puedo vivenciar a un recuerdo como algo a tener, será más fácil experimentarlo. Lo mismo pasa con las emociones: si al experimentar una oleada de angustia puedo contactar con un punto de vista más amplio que el momento presente, notando que la angustia tuvo un principio, que va a tener un fin, y que va a pasar como una más de mis experiencias, entonces será más fácil tenerla sin defensa, sin evitación. Es análogo a experimentar la diferencia entre la pantalla del televisor y las imágenes que en él se forman: no importa lo amenazantes o terribles que sean, ninguna imagen puede hacerle daño al televisor.

Ahora bien, como esta perspectiva es relacional (“yo” no se puede aprender sin discriminarlo de un otro), aprender que tenemos una perspectiva implica aprender que otras personas tienen otras perspectivas, por lo cual este repertorio es central para el desarrollo de las habilidades vinculadas con teoría de la mente (Y. Barnes-Holmes et al., 2004; Hendriks et al., 2016; McHugh et al., 2007). Por este motivo, el self como contexto es central para la compasión y la autocompasión: “Dado que la toma de perspectiva es social, no es posible tomar una perspectiva amorosa, abierta y aceptante hacia uno mismo sin hacer lo mismo hacia otros. La toma de perspectiva inherentemente nos permite ser conscientes de nuestro propio dolor, pero también nos permite ser consciente del dolor de otras personas, lo cual a su vez es sin dudas doloroso”. (Hayes, Strosahl, et al., 2012, p. 90).

En clínica, el trabajo en esta dimensión involucra, por una parte, debilitar la influencia del self como contenido y, por otra parte, facilitar el contacto flexible con el self como contexto de las experiencias.

Dimensión de dirección vital: metas versus valores

Esta dimensión es la que se refiere a lo que actúa como guía general para nuestras acciones. Y al igual que con el

resto de las dimensiones, también aquí nuestra mente puede ser fuente tanto de rigidez como de flexibilidad.

Comencemos diciendo que los seres humanos no sólo actuamos, sino que actuamos con propósito. No nos basta con vivir y subsistir, sino que vivimos **al servicio de** algo, nuestros patrones de acción son inherentemente intencionales. Nuestro repertorio verbal nos permite actuar no sólo en función de las consecuencias inmediatas, sino también de actuar al servicio de consecuencias muy distantes en el tiempo o puramente simbólicas. Por ejemplo, podemos ofrecernos como voluntarios para limpiar animales cubiertos de petróleo en una playa, actuando al servicio del cuidar el medio ambiente, aun cuando esto implique experimentar consecuencias inmediatas desagradables. Podemos cuidar a otro ser humano guiados por la cualidad puramente simbólica de **ser compasivos**, aun cuando esto involucre malestar. A esas direcciones y cualidades simbólicas deseadas y elegidas las llamamos "valores" en ACT, y hacen que las acciones coherentes con esas cualidades sean más probables.

Pero al mismo tiempo nuestra mente nos permite establecer otro tipo de guía que puede volverse incompatible con nuestros valores. Lo diría así: nuestra mente, puesta a lidiar con cómo tener una vida plena, tiende a orientarse por metas y objetivos aceptados socialmente como indicadores de lo que constituye una buena vida. Pero los indicadores pueden ser engañosos, alejándonos del sentido y propósito último.

Consideren metas y objetivos que son socialmente aceptados y alentados, tales como tener dinero, tener una pareja, tener hijos, sentir bienestar, etc. No diría que hay nada malo **per se** en esos objetivos (aunque creo que necesitamos tener un largo diálogo sobre el efecto que esas metas socialmente alentadas tienen sobre nuestra salud psicológica), pero consideren cuán a menudo la búsqueda rígida de esos objetivos conduce de hecho a una menor vitalidad y sentido: la persona que trabaja para hacer dinero que luego no tiene tiempo de usar en actividades significativas, la persona que se enfoca tanto en conseguir pareja que termina adaptándose a relaciones insatisfactorias o violentas, o quien buscando bienestar se vuelve incapaz de tolerar situaciones significativas que involucran malestar, como por ejemplo acompañar a un ser querido que está sufriendo.

Lo que quiero decir es que aquí también podemos encontrarnos con procesos que pueden obstaculizar la flexibilidad psicológica. En líneas generales, el problema clínico central en esta área sucede cuando hay poca claridad con respecto a lo que constituiría una vida con sentido y propósito para una persona en particular –cuando la persona no tiene una "brújula" vital que apunte hacia lo que es valioso, y en su lugar se orienta por otros tipos de direcciones.

Esto a grandes rasgos puede deberse a dos motivos, que no son excluyentes. En primer lugar, puede pasar simplemente que en la historia de la persona no haya habido un espacio para hablar y explorar direcciones vitales y elegirlos. Esto es, que la persona nunca haya tenido la oportunidad de explorar cabalmente la pregunta **¿qué quiero que signifique mi vida?** En segundo lugar, y esto es más frecuente, sucede que la vida está bajo control de otro tipo de metas u objetivos que tienden a generar acciones incompatibles con una vida valiosa.

Podría señalar dos tipos de metas que tienden a ser problemáticas. En primer lugar, están las metas de evitación o emocionales, esto es, metas que plantean acciones principalmente dirigidas a conseguir o controlar ciertos estados emocionales (sentirse o no sentirse de determinada manera). Por ejemplo, cuando la vida está al servicio de sentirse bien, de ser feliz, o de estar tranquilo y sin ansiedad.

El problema de las metas emocionales es doble. El primero es que establecen un objetivo que es imposible de controlar directamente. Las emociones no se pueden manejar a voluntad directamente, ni en su ocasión ni en su duración, por lo cual implica plantear una meta que no depende del todo de nuestras acciones. Podemos, por ejemplo, ocuparnos de que nuestra vida sea materialmente cómoda, y eso puede aumentar las chances de bienestar, pero aun así podrían suceder eventos externos, como enfermedades o accidentes, que impidieran eso. En segundo lugar, y esto es más importante, las metas emocionales tienden a ser incompatibles con aspectos profundamente significativos de la vida. ¿Cómo conciliar "lo único que importa es sentirme bien" con cuidar a mi madre en sus últimos días? ¿Cómo conciliar "quiero estar tranquilo" con cuidar a un hijo enfermo? ¿Cómo conciliar "quiero vivir sin ansiedad" con iniciar un proyecto riesgoso, aunque importante? Llevado a su extremo, la única forma posible de conciliación es evitar tales momentos.

Hay una película, que tiene un par de décadas ya, llamada en castellano **La Playa**, que se trata de un grupo de personas viviendo de manera comunitaria en una isla paradisíaca, que mantienen en riguroso secreto del mundo exterior para que no se vea asediada por turistas que interfieran con el principal objetivo de la comunidad: disfrutar y pasarla bien. En un momento álgido de la película uno de los miembros del grupo resulta herido gravemente y durante días yace agonizante en la cabaña comunitaria. Para el grupo, contactar ayuda médica externa está fuera de toda cuestión, porque implicaría dar a conocer la isla al mundo exterior. Pero al mismo tiempo, los gritos de agonía de la persona herida ensombrecen y angustian a toda la comunidad, arruinando el bienestar y placer que buscan en la isla. La solución desplegada entonces resulta tan sencilla como cruel: llevar al compañero herido al medio de la selva y dejarlo allí para no escuchar sus gritos de dolor. Lo impactante de ese momento de la película (que por lo demás no es demasiado buena), es que se trata meramente de la aplicación rigurosa de una meta emocional, lo cual lleva a perder el contacto con aspectos centrales de la humanidad, como la compasión y el cuidado de los demás.

El otro tipo de metas que tienden a generar problemas clínicos son las que podríamos llamar metas **intermedias**, aquellas que señalan un objetivo que es un **medio** para un fin más que un fin en sí mismo. Las metas que giran en torno a conseguir dinero o estatus son un ejemplo de metas intermedias. El dinero, valga la perogrullada, es en sí algo completamente inútil, ya que sólo sirve para acceder a otras cosas; lo que vale del dinero son las experiencias a las cuales nos permite acceder. Pero cuando esas experiencias últimas quedan eclipsadas por la meta intermedia estamos en presencia de una situación problemática.

Michel de Montaigne en sus **Ensayos** relata la siguiente historia que ilustra este punto:

Cuando Pirro intentaba invadir Italia, Cineas, su sabio consejero, queriéndole hacer sentir la vanidad de su ambición, le dijo '¿Con qué fin, señor, emprendéis este gran propósito?' 'Para hacerme dueño de Italia' –respondió el soberano. '¿Y luego –siguió el consejero– cuando la hayáis ganado?' 'Conquistaré la Galia y España'. '¿Y después?' 'Después subyugaré el África; y, por último, cuando haya conseguido dominar el mundo, descansaré y viviré contento y a mis anchas' 'Por Dios, señor –respondió Cineas al oír esto–, decidme: ¿por qué

no realizáis desde este instante vuestra intención? ¿Por qué desde este momento mismo no tomáis el camino del asilo a que aspiráis y evitáis así el trabajo y el riesgo que vuestras expediciones os proporcionarán?

La historia ilustra muy bien la diferencia entre medios y fines, y señala algo que ACT comparte sobre esta cuestión: tener en cuenta el fin último puede ayudarnos a navegar nuestra vida, separando la paja del trigo, lo que es importante de lo que no lo es. La solución que ACT propondrá entonces para esta área será la exploración y discusión de valores que actúen como guía general para las acciones.

Los valores son cualidades deseadas y personalmente elegidas de patrones de acción; al igual que el self-como-contexto, son abstracciones de alto nivel y por ello son ampliamente aplicables, aunque eso los vuelva un tanto complejos de trabajar de manera experiencial. Por ejemplo, trabajando valores un paciente podría identificar que la **compasión** es una cualidad deseada para sus patrones de acción vitales (es decir, que es un valor). Ahora bien "compasión" es una abstracción carente de contenido: ninguna conducta es compasión en sí misma, ya que se trata de una cualidad, un adverbio más que un verbo. Pero por el mismo motivo, cualquier conducta puede ser llevada a cabo y pertenecer a un patrón de acción compasivo: dejar pasar a otra persona en la escalera mecánica, mirar a los ojos a una persona que pide dinero, o tratarse a sí mismo con gentileza al cometer un error.

Entonces, el extremo de flexibilidad en esta dimensión se llamará **Valores**, mientras que el extremo de rigidez se denomina **Pérdida de contacto con valores** (aunque al igual que con otros procesos, las denominaciones son variables).

El trabajo clínico con valores involucrará entonces generar un contexto clínico en el cual las personas puedan tomar contacto con las cualidades valiosas y deseadas en sus experiencias e identificarlas verbalmente. Involucra interesarse y preguntar por lo que es importante en la vida de nuestra paciente, utilizando algunos recursos técnicos para facilitar dicha exploración.

Dimensión de acción: Inacción e impulsividad vs. Acción Comprometida

Este proceso está muy cercanamente vinculado al anterior, al punto que con frecuencia suelen agrupárselos en una misma dimensión, pero tienen suficientes diferencias como para que sean conceptualizados y trabajados de manera separada.

La flexibilidad en esta dimensión se trata acerca de guiarse deliberadamente por valores (**Acción comprometida**), mientras que la rigidez consiste en los repertorios en los cuales la guía consiste en pensamientos y sentimientos (**Inacción/Impulsividad/Persistencia Evitativa**). Cuando hay un fuerte predominio de fusión y evitación, y cuando el control ejercido por valores es débil –por ejemplo, por algunos de los motivos que examinamos en el apartado anterior– la conducta tiende a volverse "miope", por decirlo de alguna manera, más orientada hacia lidiar con el malestar que hacia la construcción de un sentido de dirección a largo plazo.

Imaginen perderse en un bosque sin tener una brújula ni aparato de navegación: todo lo que les quedaría sería orientarse por lo inmediato del terreno, evitando los lugares que parecen peligrosos y acercándose a los lugares que parecieran más seguros. Esto puede ser útil a corto plazo, pero no necesariamente es la mejor estrategia para volver a la civilización –a veces el camino a casa involucra atravesar lugares que dan miedo o que resultan dificultosos.

Para decirlo de alguna manera, si el repertorio de valores es acerca de establecer la dirección de la brújula, acción comprometida es acerca de caminar guiados por la dirección de la brújula, es el proceso que tiene que ver con las acciones contantes y sonantes que se llevan a cabo para avanzar hacia valores.

Los patrones de acción caracterizados por inacción, impulsividad y evitación son frecuentes en contextos en los cuales la conducta ha estado crónicamente bajo control aversivo, con poco contacto con un futuro esperanzador – como en zonas de guerra, áreas con dificultades económicas severas, o restricciones sociales fuertes. Cuando esto sucede, las personas tienden a actuar de maneras más bien tendientes a la satisfacción inmediata o a la evitación del malestar a corto plazo (consumo de drogas, conductas de riesgo, conductas parasuicidas, etc.). Por ejemplo, las personas que han experimentado pobreza durante su infancia tienden a reaccionar de manera más impulsiva frente a condiciones inciertas que las personas que han tenido una infancia de estabilidad económica (Mittal & Griskevicius, 2014). Lo mismo sucede cuando no hay una conexión suficiente con las consecuencias a largo plazo de las conductas (Farmer & Golden, 2009).

Dicho de otro modo, si las acciones se guían exclusivamente por la evitación de experiencias internas displacenteras, o por reglas o mandatos socioculturales desconectados de propósitos personales, las acciones serán más bien erráticas y carecerán de propósito y direccionalidad. Los patrones vitales caracterizados por inacción, impulsividad, o persistencia evitativa son el resultado natural de guiarse por una brújula corta de miras.

Para contrarrestar esto, ACT ayudará a los pacientes a desarrollar patrones de acción organizados y cada vez más extendidos de conductas que estén guiadas por valores. Dicho de otro modo, intentaremos desarrollar el patrón conductual de orientar las acciones según la brújula, en lugar de orientarlas por las características transitorias del contexto como pensamientos y sentimientos.

Esto puede parecer contraintuitivo, especialmente en contextos en donde se celebra la espontaneidad y el actuar según las ganas. Lo cierto es que la espontaneidad y las ganas tienden a ser bastante cortas de miras. Si me hubiese dependido de las ganas para sentarme a escribir este libro, no hubiese escrito una línea, de seguro. Por supuesto, las ganas, el entusiasmo y todo tipo de sentimientos positivos pueden ser de ayuda, pero no son condición necesaria ni suficiente para llevar a cabo acciones significativas.

Un Mapa Clínico

Las seis dimensiones que hemos descripto, con sus correspondientes procesos, constituyen el **modelo de flexibilidad psicológica** que se suele representar con el hexaflex. Las dimensiones son interdependientes y representan diferentes aspectos de la flexibilidad psicológica, como si viéramos diferentes caras de un dado. No es posible trabajar un proceso sin trabajar los demás, pero sí es posible darle más énfasis a un proceso en particular.

El modelo de flexibilidad psicológico es cabalmente transdiagnóstico. Esto es, más allá de la forma específica en la que se presente un problema clínico (el diagnóstico concreto que podamos identificar), el modelo nos ayuda a identificar:

- 1) Los repertorios psicológicos de rigidez involucrados
- 2) Los repertorios psicológicos de flexibilidad involucrados
- 3) Un plan de intervención

Vale la pena señalar que la flexibilidad psicológica no es un rasgo de personalidad sino un conjunto de repertorios conductuales cuya emisión es dependiente del contexto. Digamos, una persona no “es” flexible, sino que en ciertos contextos puede emitir repertorios que asociamos con flexibilidad. **La flexibilidad es contextual.** Una persona puede actuar de manera flexible en ciertas situaciones y de manera muy rígida en otras, según las características que la situación ofrezca y la historia de aprendizaje involucrada. Por ejemplo, una persona que ha sufrido abuso probablemente tenga un repertorio de flexibilidad más limitado cuando el contexto incluye características reminiscentes del abuso.

El modelo de flexibilidad psicológica funciona como un conjunto de lentes que podemos usar para ver y organizar los problemas clínicos. Cada lente nos orienta con respecto a una distinta dimensión de la flexibilidad psicológica. Como mencionamos al principio de esta sección, cada dimensión consta en un extremo de los repertorios conductuales que tienden a generar respuestas rígidas, y en el otro los repertorios conductuales que favorecen respuestas flexibles.

Entonces, podemos resumir cada una de las dimensiones y sus correspondientes repertorios con una serie de puntos a explorar.

Dimensión de la influencia de productos verbales:

Esta es la dimensión que abarca los repertorios de **Fusión/Defusión**, es decir, el grado de control que ejercen los productos verbales sobre el resto de la conducta. En esta dimensión queremos prestar particular atención a los siguientes aspectos:

- Repertorios de rigidez: ¿las conductas de la paciente están rígidamente determinadas por productos verbales (pensamientos, juicios, reglas, mandatos, etc.) de manera contraproducente en ámbitos importantes?
- Repertorios de flexibilidad: ¿puede sostener sus productos verbales sin verse inflexiblemente controlada por ellos y permanecer sensible al impacto de la conducta en sus patrones conductuales valiosos?

Dimensión de la relación con las experiencias internas:

Esta es la dimensión que abarca los repertorios de **Evitación/Aceptación**, y gira en torno a qué tan dispuesta está la persona a experimentar malestar al servicio de fines valiosos. En esta dimensión queremos prestar atención a los siguientes aspectos:

- Repertorio de rigidez: ¿al experimentar malestar, la persona despliega estrategias externas o internas destinadas a controlar, reducir, escapar, evitar o regular esas experiencias?
- Repertorio de flexibilidad: ¿puede exhibir apertura a las experiencias difíciles al servicio de una vida valiosa?

Dimensión de atención:

Esta es la dimensión que abarca los repertorios de **Pérdida de contacto con el presente/Contacto con el Presente**. Esta es la dimensión que se refiere al grado en que la persona está en contacto de manera flexible con los estímulos efectivamente presentes en el ambiente.

- Repertorios de rigidez: ¿está la persona estrechamente enfocada en el pasado o futuro conceptualizados, con poco contacto con sensaciones físicas y estímulos presentes?
- Repertorio de flexibilidad: ¿puede traer la atención de manera deliberada al ambiente externo e interno momento a momento, con las cualidades duales de foco y flexibilidad?

Dimensión del self y perspectiva

Esta es la dimensión que abarca los repertorios de **Yo-Como-Contenido/Yo-Como-Contexto**. Esta dimensión se refiere a la posibilidad de cultivar perspectivas múltiples sobre sí mismo y sobre situaciones relevantes o, por el contrario, quedar atrapado en una única narrativa y perspectiva. Queremos prestar particular atención a los siguientes repertorios:

- Repertorio de rigidez: ¿adopta una perspectiva rígida sobre su propia historia y adopta un punto de vista único sobre las situaciones clínicamente relevantes y sus experiencias?
- Repertorio de flexibilidad: ¿puede tomar contacto con un sentido del self que no se trate de historias verbalmente construidas y cultivar la capacidad de verse a sí mismo y a los eventos a su alrededor desde múltiples perspectivas?

Dimensión de dirección vital:

Esta es la dimensión que abarca los repertorios de **Pérdida de contacto con Valores/Contacto con Valores**. Esta dimensión se refiere a qué es lo que opera como guía vital general para el paciente, y queremos prestar atención a la presencia de los siguientes repertorios:

- Repertorio de rigidez: ¿predominan como guías vitales los mandatos socioculturales, las reglas emocionales o reglas intermedias?
- Repertorio de flexibilidad: ¿puede identificar verbalmente cualidades vitales deseadas (valores) y elegir las como direcciones vitales?

Dimensión de la acción

Esta es la dimensión que abarca los repertorios de *Inacción e Impulsividad/Acción Comprometida*, y se refiere a qué es lo que organiza las acciones de la persona. Queremos prestar atención a los siguientes repertorios:

- Repertorio de rigidez: ¿predominan patrones conductuales desorganizados? ¿Hay impulsividad, inacción, o persistencia evitativa en áreas vitales clave?
- Repertorio de flexibilidad: ¿puede la persona actuar guiándose explícitamente por valores? ¿Puede construir patrones de acción a largo plazo guiados por valores? ¿Puede reconocer si sus acciones difieren de sus valores y volver a ellos?

Estos repertorios, tanto los de rigidez como los de flexibilidad, pueden explorarse a través del relato del paciente, en los análisis de situaciones de la vida cotidiana, y también en las interacciones en sesión.

En el relato y análisis funcional⁸¹ de las situaciones clínicas relevantes en la vida cotidiana del paciente podemos identificar fusión con pensamientos y juicios, falta de contacto con el presente, o dificultades identificando valores. En sesión, por ejemplo, podemos notar que una paciente tiende a cambiar de tema cuando el terapeuta indaga por ciertos recuerdos (evitación), o que se enreda con juicios y explicaciones sobre su situación (fusión), o que no hay patrones de acción organizados al servicio de valores. Pero también podemos identificar repertorios de flexibilidad que están más disponibles para las situaciones clínicamente relevantes: un paciente puede notar sus emociones y sensaciones físicas (momento presente), o puede identificar claramente y sin defensividad sus valores, aunque tenga dificultades llevándolos a acciones.

Similitudes entre modelos y el papel de las técnicas

Querría detenerme en un punto en particular. ACT sugiere que para generar un cambio clínico es necesario tener un impacto sobre los procesos de flexibilidad psicológica involucrados. Pero ACT no indica recursos técnicos específicos como indispensables para impactar sobre dichos procesos, sino que adopta cualquier intervención o técnica que pudiera resultar útil para ello.

Ni siquiera diría que ACT sea la única forma de lograr flexibilidad psicológica, ni que sea el único modelo que se ocupa de ella. Por el contrario, sostendría que todos los modelos que han resultado efectivos en psicoterapia se ocupan de desarrollar uno o varios de los repertorios conductuales que identificamos como centrales para la flexibilidad psicológica, aun cuando sea bajo diferentes conceptualizaciones.

Por ejemplo, varios modelos psicoterapéuticos han postulado la utilidad de fomentar contacto y aceptación de sentimientos y emociones –las terapias más experienciales han hecho especial hincapié en este punto. Varios modelos psicoterapéuticos han postulado la utilidad clínica de disminuir el impacto de las cogniciones –por ejemplo, en los primeros textos de Beck y colaboradores (Beck, 1963; Beck et al., 1979) la capacidad de distanciarse de los pensamientos (“distanciamiento cognitivo”), es presentada como central para el trabajo de restructuración. Varios modelos han sostenido la importancia del contacto con el momento presente y la perspectiva trascendental (especialmente los modelos basados en *mindfulness*). Abordajes como logoterapia han propuesto centrar el trabajo terapéutico en torno al sentido vital y los valores, mientras que otros, como los abordajes de activación conductual, se han concentrado exclusivamente en crear patrones de acción al servicio de valores (Lejuez et al., 2011).

Lo que diría en general es que los modelos tienden a hacer foco en *algunos* de estos procesos centrales, pero rara vez los incluyen a todos con igual énfasis. Dicho de manera más directa: los modelos que trabajan con cogniciones no suelen trabajar con valores; los modelos que enfatizan el contacto con emociones no suelen tener un apoyo muy firme en procedimientos de cambio conductual; los modelos de cambio conductual no suelen tener un buen repertorio para lidiar flexiblemente con sentimientos complejos, etc.

El punto que estoy intentando hacer aquí es que ACT no está planteando algo completamente nuevo, sino integrando en un modelo teórico coherente procesos de cambio clínico que están apoyados por evidencia y que han sido abordados por diferentes modelos. Por este motivo, si trabajan ya con otros modelos probablemente haya aspectos de ACT que les resulten conocidos; eso es perfectamente normal y esperable, usen el bagaje de conocimientos que ya tienen, y exploren el resto de los procesos que se proponen.

ACT es un modelo conceptualmente consistente, pero técnicamente es ecléctico y abierto. Los recursos técnicos pueden provenir de diversas fuentes⁸² pero son utilizados según el modelo de flexibilidad psicológica, lo cual permite incorporar aportes de todo tipo e integrarlos en un todo coherente y más potente que la suma de sus partes en el tratamiento.

En sí, la idea clínica central de ACT parece bastante obvia: cuando una persona puede hacerle lugar a sus sentimientos difíciles sin defenderse ni evitarlos, cuando puede sostener sus pensamientos con ligereza, cuando puede permanecer en contacto con lo que ocurre en el momento presente, cuando puede adoptar una perspectiva amplia sobre sí misma y los eventos, cuando tiene claridad sobre cuáles son sus valores personales y puede elegir guiarse por ellos, entonces está en mejores condiciones de responder con sabiduría y efectividad a las circunstancias que la vida ofrece.

Estoy dispuesto a apostar que casi cualquier psicoterapeuta estaría de acuerdo en líneas generales con el párrafo anterior –aunque hubiera diferencias de opinión respecto a cómo lograr que esas conductas tengan lugar.

En última instancia, cuáles sean las mejores técnicas para fomentar esos repertorios es una cuestión de lo que la evidencia señale como efectivo en contextos socioculturales específicos. Pero el modelo en sí va más allá de las técnicas: es una forma de organizar la clínica, de organizar lo que vemos y lo que hacemos. Las técnicas y protocolos son medios para propiciar el desarrollo de flexibilidad psicológica.

El papel de los procesos de flexibilidad en la clínica de ACT

A grandes rasgos, el trabajo clínico con ACT consistirá en identificar los repertorios de rigidez que estén obstaculizando que la paciente pueda vivir una vida con sentido y propósito o que estén generando un sufrimiento innecesario, y en generar un contexto socioverbal que fomente el desarrollo y despliegue de repertorios de flexibilidad en las situaciones clave.

Intentaremos entonces que nuestro paciente desarrolle habilidades de 1) experimentar sentimientos difíciles sin defensa ni control, 2) sostener a sus pensamientos sin comprarlos rígidamente, 3) llevar su atención al momento presente, 4) adoptar múltiples perspectivas desde la cual ver eventos externos e internos, 5) identificar sus valores, y 6) desplegar acciones deliberadamente guiadas por esos valores.

Como notarán, no estamos mencionando la reducción de síntomas como objetivo: no estamos tratando directamente de cambiar el contenido de pensamientos automáticos, de que sienta menos ansiedad, menor activación autonómica, etc. Claro está, no estamos en contra de que suceda. De lo que se trata es de cambiar la relación con esas experiencias para así reducir el impacto deletéreo que tuvieran con respecto a vivir una vida significativa. El objetivo no es *sentirse* mejor sino *vivir* mejor. Por supuesto, vivir mejor puede generar sentimientos y pensamientos positivos: cuando vivimos una vida en conexión con lo que es importante, con nuestros valores y propósito, hay más chances de sentir bienestar. Pero no es un resultado a tomarse demasiado en serio: si bien una vida valiosa aumenta las chances de sentir bienestar, con cierta frecuencia implica en realidad mayor contacto con el malestar. A veces actuar en conexión con nuestros valores involucra hacer cosas que preferiríamos no hacer, actividades que nos desagradan, que nos hacen dudar de nosotros mismos, etc. Es preferible darle amablemente la bienvenida al bienestar cuando aparece, como recibimos al malestar cuando aparece, sin hacer especial énfasis en su presencia o ausencia como algo necesario para que la vida pueda suceder.

A riesgo de llover sobre mojado, querría repetir que los procesos de rigidez no son procesos psicopatológicos. Por un lado, porque son repertorios completamente *normales* y esperables en seres humanos verbalmente competentes, no repertorios atípicos o anormales. Por otro lado, porque los perjuicios, dificultades o problemas clínicos que los procesos de rigidez pudieran generar no están linealmente determinados. Una persona puede desplegar conductas de evitación experiencial, por ejemplo, sin que constituya un problema. Por ejemplo, cuando estoy en el subterráneo y alguien está escuchando música en el altavoz del celular (digamos, música que no es de mi agrado, para ser lo menos evaluativo posible) tiendo a cambiarme de vagón porque me molesta. Técnicamente eso es evitación experiencial –estoy llevando a cabo acciones para reducir el contacto con una experiencia displacentera, pero no constituye algo por lo cual vaya a ir a terapia, ni algo que cause problemas clínicamente significativos en mi vida.

La clave está en la extensión y en el grado de rigidez de los patrones de evitación experiencial, y la forma en que participan en los problemas clínicos, pero eso es una cuestión de grado, no una cuestión de presencia o ausencia. Los procesos de rigidez son un problema solamente cuando son un problema, si se me permite la estupidez.

Esto quiere decir que son un problema cuando tienen un costo o un impacto perjudicial en la vida de la persona: cuando impiden vivir la vida de acuerdo a lo que es valioso para la persona, cuando deterioran la capacidad de lidiar con situaciones importantes en ámbitos clave, cuando generan un sufrimiento extra innecesariamente. Puede trazarse un símil aquí con el consumo de alcohol o drogas recreativas: son conductas que *pueden* tener un impacto problemático, pero que el impacto sea problemático depende de la extensión y rigidez del consumo. Considerar a la evitación experiencial, a la fusión, etc., como intrínsecamente patológicas es el equivalente a considerar el consumo de marihuana o alcohol como intrínsecamente problemático, sin considerar el impacto y el contexto en que se consumen: es descontextualizar la conducta.

Esto no implica afirmar que no existan procesos psicológicos atípicos. Los procesos de flexibilidad psicológica pueden interactuar con otras variables. Citando a Hayes y colaboradores (1999, p. 6) “el modelo ACT no niega que existan procesos patológicos inusuales y extraños. Claramente existen. Si una persona sufre una lesión cerebral y se comporta inapropiadamente como resultado, esto no es debido a un proceso psicológico normal. Lo mismo puede ser verdadero para la esquizofrenia, autismo, trastorno bipolar, etcétera, aunque la evidencia concreta en tales áreas es mucho menos robusta de lo que muchos clínicos e investigadores creen. Incluso con tales enfermedades mentales severas, sin embargo, el modelo ACT sostiene que procesos psicológicos normales pueden amplificar la dificultad central, y por tanto la presunción de normalidad saludable debe ser por lo menos ampliada”. Por ejemplo, ampliando un poco sobre la esquizofrenia, la evidencia parece señalar de manera bastante clara que hay algún tipo de proceso atípico, pero los procesos de flexibilidad psicológica intervienen en el funcionamiento cotidiano de las personas con esquizofrenia. De hecho, en algunas investigaciones la evidencia parece señalar que el desarrollo de habilidades de flexibilidad psicológica pueden reducir el impacto de alucinaciones y el número de hospitalizaciones (Bach et al., 2012; Bach & Hayes, 2002; Veiga-Martínez et al., 2008). Esto es, las habilidades de flexibilidad psicológica pueden modificar el impacto de los síntomas, sin dirigirse a modificar su forma o frecuencia.

Tampoco afirmaré que los procesos de flexibilidad psicológica sean los únicos necesarios en la clínica. En ciertos contextos puede ser útil trabajar habilidades psicológicas que impacten directamente sobre la forma o frecuencia de los síntomas. Un ejemplo algo remanido es el de las habilidades de tolerancia al malestar que trabaja Terapia Dialéctica Conductual con personas con severas dificultades emocionales: sostener hielos en las manos o comer un chile picante para lidiar con un pico severo de malestar es técnicamente evitación experiencial desde nuestra perspectiva, pero en ciertos contextos puede ser el mejor camino de acción para evitar conductas más dañinas, como autolesiones o conductas suicidas, hasta tanto puedan desarrollarse habilidades de aceptación de emociones. Este tipo de control experiencial es entonces un primer paso en desarrollar una relación menos dañina con el malestar –no es el punto de llegada, pero sí puede ser un buen punto de partida.

Pero el punto que querría plantear es que el modelo de flexibilidad psicológica, con sus tres vértices (psicopatología, salud, intervenciones), constituye una forma eficiente de organizar en un todo coherente los problemas clínicos, de identificar dificultades y puntos posibles de acción, sin agotar las posibilidades técnicas de la clínica sino integrándolas y dándoles un contexto significativo y útil.

En las siguientes secciones veremos algunos principios respecto a cómo utilizar el modelo en la práctica clínica.

²⁸ Cabe aclarar que, aunque he estado utilizando el término psicopatología por motivos didácticos los repertorios de inflexibilidad del modelo no son repertorios patológicos per se. No hay nada en ellos que lleve inevitablemente a la psicopatología, y de hecho se trata de un repertorio útil en muchos contextos. Pero en ciertos contextos pueden obstaculizar que las personas cambien lo que están haciendo o persistan en ello según sea necesario. Me gusta pensarlo como análogo a la flexibilidad muscular: el grado de elongación que podamos tener no es patológico *per se*, pero para ciertas actividades o deportes cuanta más flexibilidad podamos tener nuestra capacidad de respuesta será mejor.

⁵⁹ Este término no es algo canónico en ACT, sino que lo utilizo porque creo puede resultar útil para ordenar los procesos de flexibilidad y rigidez. En general, lo que van a encontrar referido al modelo de flexibilidad psicológica en la literatura de ACT son los nombres de los procesos detallados en cada dimensión.

⁶⁰ En cierto modo, es una adaptación libre de la propuesta de Wilson y DuFrene (2008).

⁶¹ Uso el término genérico de **evento** para abarcar objetos, situaciones, personas, sensaciones físicas, pensamientos, sentimientos, recuerdos, etc.

⁶² Borges señaló estupendamente el papel del lenguaje incluso en la experiencia más cotidiana: *“El mundo aparential es un tropel de percepciones barajadas. Una visión de cielo agreste, ese olor como de resignación que alientan los campos, la acrimonia gustosa del tabaco enardeciendo la garganta, el viento largo flagelando nuestro camino, y la sumisa rectitud de un bastón ofreciéndose a nuestros dedos, caben aunados en cualquier conciencia, casi de golpe. El lenguaje es un ordenamiento eficaz de esa enigmática abundancia del mundo. Dicho sea con otras palabras: los sustantivos se los inventamos a la realidad. Palpamos un redondel, vemos un montoncito de luz color de madrugada, un cosquilleo nos alegra la boca, y mentimos que esas tres cosas heterogéneas son una sola y que se llama naranja. La luna misma es una ficción. Fuera de conveniencias astronómicas, que no deben atarearnos aquí, no hay semejanza alguna entre el redondel amarillo que ahora está alzándose con claridad sobre el paredón de la Recoleta, y la tajadita rosada que vi en el cielo de la Plaza de Mayo, hace muchas noches. Todo sustantivo es abreviatura. En lugar de contar frío, filoso, hiriente, inquebrantable, brillador, puntiagudo, enunciamos puñal; en sustitución de alejamiento de sol y progresión de sombra, decimos atardecer”*.

⁶³ Salvo cuando se especifique algo diferente, de aquí en más hablaremos de “pensamientos” de manera genérica para designar todo tipo de productos verbales o cogniciones, abarcando creencias, interpretaciones, evaluaciones, predicciones, etc. Similarmente, salvo que se especifique lo contrario, utilizaremos “sentimientos” para referirnos a emociones, afectos, pasiones, etc.

⁶⁴ En los textos de ACT es frecuente el uso de la expresión “comprar” como forma coloquial de referirse a fusionarse, adherir o guiarse por un pensamiento. Es algo adoptado del inglés (**to buy**), que incluyo aquí más por costumbre, a pesar de que no es del todo grato su sonido en castellano.

⁶⁵ Recuerden que en capítulos anteriores hemos definido a “mente” como el repertorio verbal completo de una persona, tanto lo emitido por ella misma como lo proporcionado por la comunidad socioverbal.

⁶⁶ Lo mismo sucede con otros abordajes, tomo a terapia cognitiva sólo a fines de ilustración.

⁶⁷ Aunque conozco varios libros que merecerían una denuncia.

⁶⁸ Imaginen estar ataviados para una fiesta una calurosa noche de verano, y toparse en la calle con un grupo de niños armados con globos de agua y con actitud lúdico-beligerante: evitación sería salir corriendo para evitar ser mojados, mientras que resignación sería bajar los brazos y recibir los bombazos. Aceptación, en cambio, sería sumarse al juego.

⁶⁹ ¿Pensaban que se iban a salvar de las matemáticas estudiando psicología?

⁷⁰ Hablo aquí de atención en términos conductuales, esto es, no como una propiedad o cualidad mental, sino como la interacción con un evento.

⁷¹ Este repertorio constituirá la base del self como proceso, que veremos en el capítulo siguiente.

⁷² Habitualmente se traduce como “yo”, pero he elegido mantener el término **self** (que podría traducirse como el “sí-mismo”) por claridad conceptual.

⁷³ Sí, empanadas para la primera cita. Soy un romántico empedernido.

⁷⁴ Aunque en realidad es al revés.

⁷⁵ Por ejemplo, no me suelen gustar las empanadas después de comer dos kilos de helado.

⁷⁶ Por este motivo la capacidad de los rasgos de personalidad para predecir conductas ha sido puesto en cuestión repetidas veces, véase por ejemplo Mischel (1996).

⁷⁷ Esto es, si soy mi historia, cualquier cosa que amenace la historia será una amenaza hacia mí mismo.

⁷⁸ Usado este término en su sentido más kantiano: lo que está más allá de la experiencia.

⁷⁹ Señalo la modesta perplejidad de que la frase “yo estoy aquí ahora” es siempre verdadera cuando es enunciada.

⁸⁰ Conozco varias personas a las cuales les daría un infarto si oyeran que la subjetividad se puede entrenar verbalmente.

⁸¹ Más adelante nos ocuparemos con más detalle de lo que un análisis funcional es, por ahora baste decir que se trata de identificar, para las conductas clínicamente relevantes, sus antecedentes y consecuencias para determinar así su función.

⁸² Una buena parte de los recursos técnicos de ACT son, de hecho, “prestados” de otras tradiciones.

PARTE 2:

ASPECTOS GENERALES DE LA CLÍNICA DE ACT

CAPÍTULO 7: ACT EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

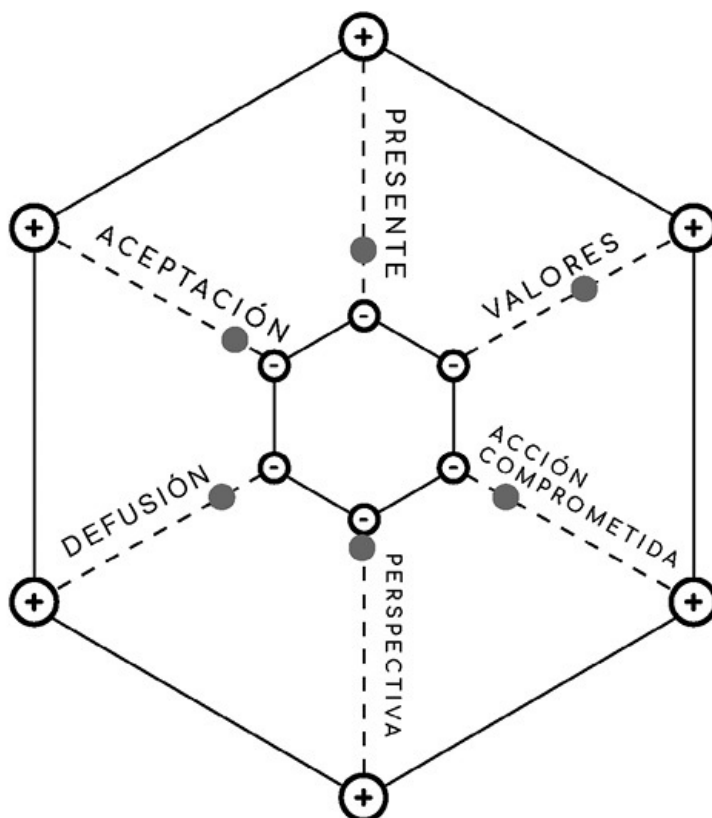
En las secciones anteriores exploramos cómo la sobre-regulación verbal, operacionalizada en el modelo de flexibilidad psicológica, nos puede ayudar a entender la tendencia de los seres humanos a sufrir y a persistir en patrones de acción disfuncionales. Pero el modelo también nos puede orientar hacia reducir el sufrimiento innecesario y a vivir una vida con sentido y propósito.

Como vimos, el modelo de flexibilidad psicológica abarca seis dimensiones, cada una con un repertorio de flexibilidad y un repertorio de rigidez que son mutuamente excluyentes –no es posible, por ejemplo, desplegar aceptación y evitación con respecto al mismo contenido, en el mismo momento y en el mismo grado. Dicho resumidamente, ACT postula que a mayor predominancia de repertorios de rigidez habrá más dificultades para responder de manera valiosa en situaciones desafiantes.

Tomemos como ejemplo a una persona que sufre de ansiedad social en fiestas y reuniones sociales, situaciones en las cuales despliega los siguientes repertorios, según las dimensiones que hemos señalado:

- 1) Defusión-Fusión: una buena parte de sus acciones están rígidamente controladas por juicios y predicciones: “se van a dar cuenta de que estoy ansioso”, “voy a quedar mal”, etc.
- 2) Aceptación-Evitación: Despliega numerosas conductas dirigidas a controlar su malestar: consume alcohol, finge estar ocupado con el celular, se pone en lugares poco visibles.
- 3) Momento Presente: permanece rígidamente atento a las expresiones y acciones de las personas que podrían significar rechazo.
- 4) Yo-contexto: sostiene juicios sobre sí mismo (“soy feo”), y le cuesta verse desde puntos de vista un poco más compasivos y benignos.
- 5) Valores: tiene bastante en claro que va a fiestas y reuniones sociales porque le importa conectar con otras personas.
- 6) Acción Comprometida-Impulsividad: Durante una parte del tiempo intenta conectarse con la fiesta y otras personas, pero se va de la fiesta en cuanto se queda solo.

Si tradujéramos estas acciones al hexaflex, señalando con un punto el grado de flexibilidad en cada dimensión, podríamos representarlo aproximadamente de esta manera:

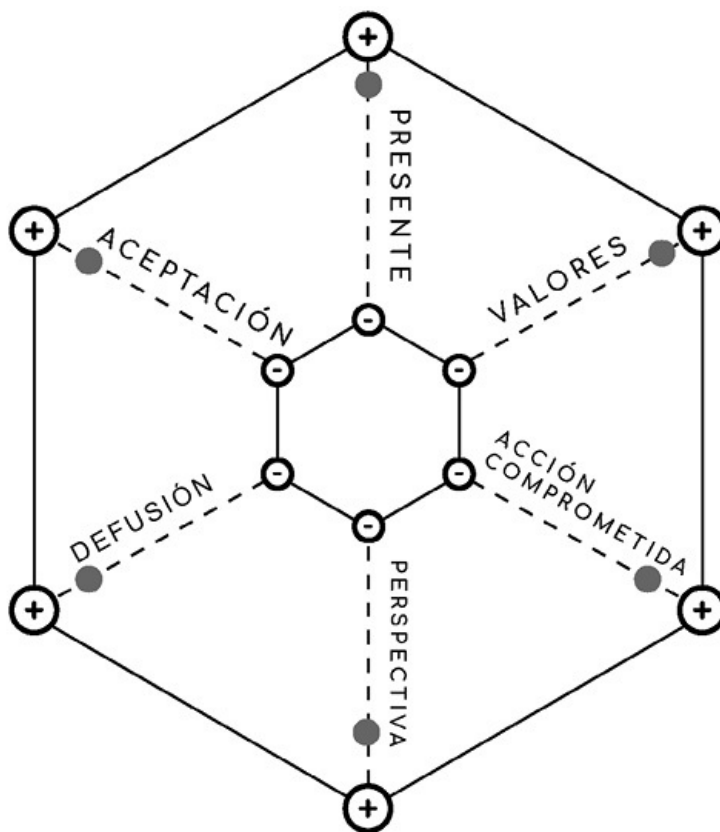


Por supuesto, esta es una representación aproximada⁸³, pero nos permite visualizar los obstáculos y fortalezas en la situación de este paciente: mayor rigidez en las dimensiones de la izquierda del hexaflex y mayor flexibilidad en las dimensiones de la derecha. En líneas generales, el trabajo del terapeuta ACT podría consistir en:

- 1) Identificar los procesos que contribuyen a la rigidez psicológica en las situaciones sociales: pensamientos y sentimientos problemáticos, conductas poco efectivas respecto a sus valores, etc.
- 2) Generar un contexto en sesión en el cual se puedan aprender y practicar las habilidades de flexibilidad psicológica relevantes.

3) Propiciar la aplicación de las habilidades de flexibilidad psicológica en las situaciones cotidianas relevantes.

Dicho con menos palabras: queremos fomentar flexibilidad psicológica. Esto es, generar un contexto que lleve a que el hexaflex del paciente de nuestro ejemplo pase a verse más bien así:



El contexto que propicia la flexibilidad psicológica abarca la relación terapéutica, las intervenciones, los ejercicios, las conversaciones clínicas y todo lo que ocurra en terapia. En ocasiones se suele hablar de contexto **socioverbal** para destacar que el contexto abarca todo lo que el terapeuta dice y hace en sesión (también lo que omite).

Todos esos elementos pueden influir positiva o negativamente en el desarrollo de habilidades de flexibilidad psicológica. Supongamos, para dar un ejemplo un tanto absurdo, que cuando un paciente dice algo como "no puedo conversar con otras personas porque estoy gordo", la respuesta del terapeuta consiste en inmediatamente proponerle un plan para bajar de peso o intentar convencerlo de que en realidad no está tan gordo. Una interacción así podría propiciar la fusión con evaluaciones e interpretaciones, tratando de determinar cuánto debería pesar. Lo que se estaría señalando en ese caso es que el juicio en última instancia debe ser tenido como referencia válida, aunque sea para corregirlo.

Consideren en cambio cómo sonaría si la respuesta del terapeuta fuese más en la línea de: "ese suena a un pensamiento doloroso de tener. Me pregunto si en esas situaciones sería posible sostener ese pensamiento, sin comprarlo, mientras llevas el foco en conversar con las personas, que es lo que te importa, dejando que tu mente se quede con ese pensamiento de fondo". Una interacción así ya no intenta cambiar el **contenido** de ese pensamiento, sino que sugiere que se puede tenerlo pensamiento sin comprarlo –esto es, hablar con otras personas, aunque los pensamientos digan que las cosas deberían ser de otra manera. El mensaje implícito en este caso es que es posible llevar a cabo actuar de manera valiosa aun cuando nuestra mente proteste.

El terapeuta ACT, entonces, se ocupará de que en todo momento la terapia sea un espacio en el cual se propicie la flexibilidad psicológica. Esto es, no alcanza con realizar algún ejercicio de tanto en tanto, sino que es necesario que todas las interacciones clínicas, aún las más insignificantes, estén informadas por el modelo de flexibilidad psicológica. Proponer un ejercicio de flexibilidad psicológica en un momento de la sesión y responder de manera fusionada con un juicio del paciente en el momento siguiente puede resultar inconsistente y confuso, socavando el trabajo que se intenta realizar.

Este es uno de los motivos por los cuales no se puede reducir ACT a una mera colección de ejercicios o técnicas a realizar con el paciente, porque la aplicación cabal del modelo involucra a todas las interacciones terapéuticas. Todas nuestras palabras, gestos, lo que proponemos, lo que omitimos, lo que evitamos, forman parte destacada del contexto del paciente. Por esto, todas nuestras acciones clínicas idealmente estarán dirigidas a generar un contexto que ayude a los pacientes a:

- 1) Sostener sus productos verbales sin verse inflexiblemente controlados por ellos, permaneciendo sensible al impacto de la conducta en sus patrones conductuales valiosos.
- 2) Exhibir apertura a las experiencias difíciles al servicio de una vida valiosa.
- 3) Traer la atención al ambiente externo e interno momento a momento con las cualidades duales de foco y flexibilidad.
- 4) Tomar contacto con un sentido del self que no se trate de historias verbalmente construidas sobre sí mismos y cultivar la capacidad de verse a sí mismos y a los eventos a su alrededor desde múltiples perspectivas.

- 5) Identificar verbalmente cualidades vitales deseadas y elegir las como direcciones vitales.
- 6) Emitir conductas deliberadamente guiadas por valores y construir patrones de acción cada vez más amplios e integrativos guiados por valores. Al reconocer que sus acciones se alejan de sus valores, regresar al patrón conductual valorado.

En esta parte del libro nos ocuparemos sobre cómo llevar esto a cabo, sobre la práctica de ACT. A fines prácticos nos ocuparemos primero de los **cómo** y luego de los **qué** de la aplicación de ACT.

Los **cómo** se refieren a las cualidades generales de la clínica basada en ACT y a las características de la relación e interacciones terapéuticas. En particular abarcan lo siguiente:

- Principios guía que establecen el tono general que tendrá todo el tratamiento.
- La relación terapéutica como contexto de flexibilidad psicológica.
- Incomodidades clínicas frecuentes y su manejo posible desde ACT.

Los **qué**, en cambio, se refieren a las tareas y actividades concretas que involucra la clínica de ACT, lo que en líneas generales se refiere a conceptualización de caso, intervenciones y técnicas específicas. En particular revisaremos algunas consideraciones generales sobre:

- Organización de caso:
 - Indagar información relevante
 - Evaluar procesos de flexibilidad psicológica
 - Establecer objetivos de tratamiento
 - Establecer blancos para la terapia
 - Explicar las características relevantes del modelo a quien consulta y obtener un consentimiento informado
- Facilitar flexibilidad psicológica
 - Conceptos básicos de cada proceso
 - Intervenciones y recursos clínicos

Solo separaremos ambos aspectos con fines didácticos, ya que en la práctica son indistinguibles: no es posible separar **qué** hacemos de **cómo** lo hacemos.

⁸³ Aunque podría fácilmente convertirse en una representación mucho más precisa utilizando algunos instrumentos que evalúen cada una estas dimensiones, tales como el *Cognitive Fusion Questionnaire* (Gillanders et al., 2014), el *Mindful Attention Awareness Scale* (Brown & Ryan, 2003), el *Committed Action Questionnaire* (McCracken, 2013), entre otros. Los instrumentos que evalúan dimensiones de ACT se están actualizando constantemente, pueden ver la lista actualizada en el sitio web de la ACBS.

CAPÍTULO 8: PRINCIPIOS GUÍA DE LA PRÁCTICA DE ACT

Lo primero que revisaremos respecto a los **cómo** de la clínica de ACT es el tono general de la terapia, la cualidad general que tiene un tratamiento ACT. Esto involucra, entre otros aspectos, la actitud de la terapeuta hacia algunos temas recurrentes en la clínica.

Para mejor establecer un tono consistente con ACT podemos postular y seguir algunos supuestos básicos²⁴ sobre aspectos clínicos centrales, que se pueden resumir en cinco principios que puede resultar útil observar para mejor establecer el tono y la organización del tratamiento. Estos cinco principios no son exhaustivos ni son mandatos. Son sólo guías a tener en cuenta en el trabajo clínico y que pueden ayudar a que tenga un tono terapéutico más consistente con la posición ACT.

Las personas que consultan no son problemas, sino que tienen problemas

La forma de posicionarnos frente a nuestro paciente tiene un fuerte impacto en las cualidades de la relación clínica. Este principio subraya la importancia de tener en cuenta en todo momento que no estamos lidiando con problemas a resolver sino con seres humanos que están sufriendo. Es una distinción sutil pero tan importante como fácil de perder de vista.

Permítanme proponerles un pequeño ejercicio para ilustrar esto. Traigan a su mente una situación reciente en la cual hayan estado resolviendo un problema de su vida cotidiana: un desperfecto en su casa, realizar algún trámite, reparar algún objeto roto, o cualquier otra situación en la cual hayan adoptado una actitud o enfoque de resolución de problemas. Tómense unos veinte o treinta segundos para conectarse con ese momento, para volver a estar ahí. Intenten conectar con el **tono experiencial** de la situación, como si estuvieran sacando una suerte de fotografía mental de la experiencia de ese momento. Noten cómo se experimenta estar resolviendo un problema: noten lo que pasa con su atención, la posición y tensión en su cuerpo, el tono de su mente, y cualquier otro aspecto relevante de esa experiencia. Una vez que tengan una buena aprehensión de la cualidad y textura de esa experiencia, pueden dejar ir ese recuerdo.

A continuación, traigan a su mente alguna situación reciente en la cual hayan estado apreciando una experiencia: escuchando música, compartiendo un café con un amigo al atardecer, jugando con su mascota, o cualquier otra situación en la cual hayan adoptado una actitud más bien contemplativa hacia lo que estaba sucediendo. Tómense unos veinte o treinta segundos para conectarse con ese momento, y noten cómo se experimenta estar en ese momento de esa manera: noten su atención, la posición y tensión del cuerpo, el tono de su mente, y cualquier otro aspecto relevante de la experiencia. Y nuevamente, una vez que tengan una buena aprehensión de las cualidades de esa experiencia, pueden dejar ir ese recuerdo.

Finalmente, traigan a su mente algún paciente con quien les haya resultado particularmente difícil trabajar, y busquen en su mente alguna sesión, reciente o antigua con esta persona, una sesión en la cual hayan sentido que no avanzaban, que nada funcionaba. Una sesión difícil. Tómense unos segundos para conectarse con ese momento, para volver a estar allí. Noten la experiencia de estar en esa sesión: noten su atención, la posición y tensión en su cuerpo, el tono de su mente, y cualquier otro aspecto notable de esa experiencia.

Y ahora querría que consideraran esta pregunta: su actitud en esa sesión con ese paciente, el estar en esa experiencia, ¿se parece más al tono experiencial que sintieron al estar resolviendo un problema, el del primer recuerdo, o al de contemplar una experiencia, el del segundo recuerdo? Si el tono experiencial se pareció más al de resolver un problema, ¿pueden notar si su capacidad de desplegar empatía y compasión en ese momento se vio afectada? ¿Pueden notar algún grado de frustración o molestia hacia su paciente en ese momento?

Si esa sesión se sintió más parecida a resolver un problema, probablemente puedan haber notado que lo humano del sufrimiento de su paciente pasó a un segundo plano, que se volvió más importante resolver la situación (y la frustración de no poder hacerlo), que comenzaron a fusionarse con juicios sobre ustedes o sobre su paciente, o quizá que empezaron a aparecer impulsos de terminar con la sesión de una vez. Si ese fue el caso, bienvenidos al género humano. Nuestra mente tiende a convertir todo en un problema a resolver, lo cual es bastante útil la mayor parte del tiempo, pero cuando el problema a resolver es otro ser humano esa posición puede deshumanizar a la persona que tenemos enfrente, puede hacernos perder la compasión y empatía, y a establecer un tono terapéutico inconsistente con ACT.

Por supuesto, la terapia requiere que resolvamos problemas, es parte de nuestro trabajo. Este principio está para recordarnos que los pacientes no son rompecabezas, sino seres humanos que están atascados por algunos procesos inherentes a la condición humana.

Las experiencias internas no son el problema

El control de emociones, sentimientos, recuerdos, pensamientos, impulsos, etc., nunca es el foco clínico **primario** en ACT. Que algo duela no quiere decir que necesariamente deba ser controlado. Los sentimientos y pensamientos, como la tristeza, enojo, inseguridad, ansiedad, vergüenza, culpa, celos, etc., pueden ser dolorosos, pero no son problemas a resolver ni algo de lo cual necesitemos rescatar automáticamente a nuestros pacientes.

En capítulos anteriores, cuando revisamos el supuesto de la normalidad saludable, proporcionamos varios motivos por los cuales es mala idea considerar a los sentimientos y pensamientos como problemas en sí mismos. Enfocarnos en controlar experiencias internas puede modelar los mismos procesos de evitación y fusión que estamos intentando contrarrestar. Lo que nos interesa modificar no son las experiencias internas sino a) las condiciones vitales de las cuales esas experiencias son señales, b) las respuestas a esas experiencias que tienden a exacerbar y sostener el sufrimiento, y c) los patrones conductuales influenciados por esas experiencias internas que causan perjuicios concretos en la vida de las personas.

Por ejemplo, si una persona experimenta tristeza y desesperanza con respecto a la vida que lleva, en lugar de poner el foco sobre el malestar podemos enfocarnos en las condiciones vitales que ocasionan esas experiencias (por ejemplo, la falta de contacto con sentido y propósito en su vida, condiciones vitales aversivas, mandatos sociales hostiles, etc.), o en las respuestas de rumiación que extienden el malestar y sostienen la situación, o en las conductas de evitación de ese malestar que tienen un impacto negativo en su vida (por ejemplo, desconexión de actividades significativas, abuso de sustancias, o retracción social).

El objetivo principal de ACT no es que las personas sientan de otra manera ni que piensen de otra manera: no es nuestro objetivo principal que se sientan más seguras, confiadas, que tengan más sentimientos más positivos hacia sí o que tengan menos sentimientos negativos. Lo que buscamos es facilitar las acciones que lleven a una vida significativa, aún en presencia de sentimientos y pensamientos difíciles.

Las personas que consultan quieren mejorar

Este principio y el que sigue están directamente tomados de los supuestos de Terapia Dialéctico Conductual (Linehan, 1993), porque siempre me han resultado perspectivas muy compasivas con respecto a la clínica psicológica. Dicho de manera resumida, este principio consiste en siempre asumir que cuando una persona hace terapia quiere mejorar.

Para mejor explicar por qué digo esto necesito referirme a una idea nefasta que ha circulado en nuestros entornos clínicos durante décadas: la idea de la **resistencia**. No me refiero al concepto técnico de resistencia y a su uso riguroso, sino al uso que de ese concepto se suele hacer en el folclore psicoterapéutico, y que podría traducirse aproximadamente así: si un paciente no mejora luego de una intervención es **porque en realidad no quiere mejorar**. Se habla en supervisiones y presentaciones de caso de “pacientes resistentes” como motivo del fracaso terapéutico. Esto en términos prácticos lleva a que cuando un terapeuta se siente frustrado porque la terapia no progresa, la culpa sea atribuida al paciente: **el problema es que en realidad no quiere mejorar**.

Esto es deplorable por varios motivos. En primer lugar, invalida lo que el paciente expresa, reemplazándolo por lo que el terapeuta interpreta⁸⁵, lo cual equivale a anular y silenciar a la persona, algo que es enormemente violento de hacer en un contexto de asimetría de poder como es el clínico. En segundo lugar, impide que el terapeuta revise la efectividad y destreza de sus intervenciones –si la terapia no progresa porque el paciente no quiere mejorar, entonces el terapeuta está libre de responsabilidad. Finalmente, desalienta al terapeuta de intentar nuevos abordajes y perspectivas para trabajar con esa persona.

En cambio, este principio asume que los pacientes **siempre** quieren mejorar. Cuando el tratamiento no progrese o una intervención no funcione, en lugar de asumir en primer lugar que es por una resistencia de la paciente, exploremos los factores del tratamiento que estén obstaculizando la acción propuesta: quizá una intervención fue propuesta en un momento inapropiado, o no tuvo en cuenta aspectos importantes de su experiencia, o no se consideraron otros obstáculos presentes, etc.

Ante la duda, es preferible asumir que se trata de un problema del planteo del tratamiento o de utilizar intervenciones inadecuadas, antes que asumir que **en realidad** el paciente no quiere estar mejor⁸⁶.

Las personas que consultan están haciendo lo mejor que pueden

Este principio está íntimamente ligado al anterior, y me gusta ilustrarlo con una conocida cita de Skinner: **la rata siempre tiene razón** (sí, lo sé, mencionar ratas al hablar de psicoterapia es garantía de ganarse acusaciones de deshumanidad por parte de personas con menos formación que yo libre, pero la cita me gusta de todos modos). La cita se refiere a que en un experimento una rata nunca se **equivoca** en sus acciones, sino que siempre está haciendo lo que su historia de aprendizaje y su ambiente actual le permiten hacer. Si no puede resolver un problema o atravesar un laberinto no es un error, sino que es lo que esa rata puede hacer, dados los aprendizajes con los que cuenta.

Lo mismo vamos a asumir con respecto a los pacientes. Citando a Linehan (1993, p. 106): “En mi experiencia, los pacientes límite suelen trabajar desesperadamente para mejorar. Sin embargo, a menudo hay poco éxito visible, o los esfuerzos de los pacientes por controlar la conducta no son particularmente visibles la mayor parte del tiempo. Debido a que su comportamiento es frecuentemente exasperante, inexplicable e inmanejable, es tentador decidir que los pacientes no se están esforzando lo suficiente. A veces incluso, cuando se les pregunta sobre sus conductas problemáticas, los propios pacientes responden que simplemente no se esforzaron. Estos pacientes han aprendido la explicación social de sus fallas de comportamiento. La tendencia de muchos terapeutas a decirles a estos pacientes que tienen que esforzarse más o a implicar que no se están esforzando lo suficiente puede ser una de las experiencias más invalidantes del paciente en psicoterapia”.

Nuestros pacientes están siempre haciendo lo mejor que pueden en su contexto actual con las habilidades con las que cuentan. Si un paciente no puede identificar emociones, si no puede identificar el impacto de sus acciones en sus emociones, si no puede levantarse de la cama y salir de su casa, etcétera, es porque no puede desplegar el repertorio necesario en cada uno de esos contextos para actuar de manera diferente. En cualquiera de esos casos, se volverá tarea de la terapia ayudar a generar el repertorio necesario para actuar más efectivamente.

Sumado al principio anterior, esto se traduce en que siempre es preferible, en términos prácticos, analizar qué factores impiden que una habilidad se lleve a cabo y proponer recursos para resolverlo, en lugar de asumir que un paciente no está esforzándose lo suficiente, que no tiene motivación, o que no quiere mejorar.

El dolor es parte de la condición humana

Recuerdo que una vez, al inicio de una sesión, un paciente me saludó preguntándome cómo estaba. No estaba teniendo un buen día, estaba preocupado por algunos temas de salud que estaba atravesando, por lo que le contesté que estaba un tanto asustado y triste⁸⁷. Su respuesta fue una sorpresa para mí, fue algo así como “me alivia que digas eso, te veo siempre tan entero que saber que también la pasás mal y tenés días difíciles me hace sentir un poco mejor con respecto a estar angustiado y preocupado yo”. Notar mi dolor le permitió en cierta medida tomar a su propio dolor como algo normal en un ser humano, en lugar de una falla personal.

Los mismos principios del dolor psicológico que vimos en capítulos anteriores se aplican tanto a pacientes como a terapeutas. El sufrimiento es una experiencia común a toda la experiencia humana, no algo que les pasa a algunas personas a causa de algún déficit, falla, o equivocación. Todos conocemos el dolor, todos conocemos la desesperación, la tristeza, la angustia, la ansiedad, la inseguridad, el miedo de no ser suficientemente adecuados, todos nos hemos dormido llorando más de una vez.

Si aún no les ha pasado, les aseguro que van a sentir inseguridad en el trabajo clínico, que van a tener miedo de equivocarse, de no poder ayudar, de no estar a la altura. Todos pasamos por ello más tarde o más temprano, **y está bien**. Es síntoma de ser humanos, y de que la vida puede ser dura.

Tener este principio presente, y tratar al propio dolor psicológico como parte de nosotros, asumir la propia vulnerabilidad como parte de la condición humana, en lugar de algo que hay que esconder bajo la alfombra, puede ser una experiencia profundamente compasiva tanto para pacientes como para terapeutas.

⁸⁴ Idea que he tomado prestada de los supuestos de Terapia Dialéctico Conductual, claro está.

⁸⁵ Este es un problema en general con cualquier interpretación realizada en una situación de asimetría de poder: insistir en que alguien **en realidad** quiere decir algo distinto de lo que está diciendo es una acción que anula e invalida a la persona. Por ese motivo siempre que se propone una interpretación en sesión debe ser ofrecida al paciente de manera tentativa, como una conjetura o hipótesis a corroborar, nunca como una aseveración.

⁸⁶ Si nos vamos a equivocar, es preferible equivocarse hacia el lado de la esperanza, más que hacia el lado de la suspicacia.

⁸⁷ Suelo ser bastante abierto con mis pacientes respecto a mi estado emocional, aunque siempre tengo especial cuidado al comunicarlo para que no se perciba como un problema a resolver, sino como parte del paisaje emocional de ese día. No es algo que me parezca particularmente aconsejable de hacer, pero es parte de mi forma de trabajar y expresarme.

CAPÍTULO 9: LA RELACIÓN TERAPÉUTICA COMO CONTEXTO

Prácticamente todos los modelos terapéuticos resaltan la importancia de la relación terapéutica como factor de cambio, y con frecuencia se la encuadra como un factor inespecífico de cambio –en contraste con los factores específicos tales como las técnicas e intervenciones propias de cada modelo. En algunos casos incluso se llega a postular que la relación terapéutica es lo único que genera cambios terapéuticos.

Creo que hay dos problemas con esa aserción. En primer lugar, raramente se señala que no todas las relaciones terapéuticas son beneficiosas. En efecto, una relación terapéutica puede tanto ayudar como traumatizar a una paciente. En segundo lugar, considerar que la relación terapéutica no varía según la perspectiva y supuestos de cada modelo, es una apuesta dudosa. Cada modelo, sea de manera conceptual o social, tiende a fomentar ciertos estilos de relación terapéutica bastante diferenciados. El tono de la relación terapéutica que genera una terapeuta gestáltica difícilmente sea el mismo que el de un terapeuta de orientación psicoanalítica lacaniana ortodoxa.

En ACT la relación terapéutica es inseparable del resto de las intervenciones, ya que es uno más de los elementos que constituyen el contexto terapéutico –y probablemente el más importante. Para ACT la relación terapéutica es inseparable de las intervenciones, pero más precisamente es un factor cuyos aspectos pueden ser explicitados. La relación terapéutica en ACT no es un factor inespecífico, sino uno específico y especificable en sus cualidades.

Para decirlo de manera resumida: la relación terapéutica es beneficiosa cuando es vehículo y contexto de los procesos de flexibilidad psicológica. Cuando una relación terapéutica encarna los procesos de flexibilidad psicológica, entonces puede tener efectos positivos: una relación terapéutica positiva es aquella en la cual las interacciones clínicas entre paciente y terapeuta incluyen vulnerabilidad voluntaria y aceptación del malestar, difusión de pensamientos y mandatos sociales, una relación en la cual la terapeuta mantiene e invita a mantener el contacto con lo que sucede en la sesión, que fomenta una perspectiva flexible sobre los eventos, en la cual los valores están presentes en la conversación y la terapia se orienta deliberadamente a construir una vida valiosa.

ACT es esencialmente un tratamiento conductual. Esto quiere decir que utilizamos algunos elementos del contexto para propiciar la emisión de ciertas conductas –las de flexibilidad psicológica que hemos descrito en capítulos anteriores. La terapia es el contexto general en el cual dichas conductas pueden aprenderse, practicarse, perfeccionarse y corregirse según sea necesario para luego llevarse a la vida cotidiana. Pero el contexto de la terapia incluye numerosos estímulos, y ciertamente los más relevantes no son los muebles ni las plantas tan bonitas con las que decoramos el consultorio, sino las acciones y las cualidades de las acciones de la terapeuta⁸⁸. Esto es una forma muy aparatosa de decir que, al tratarse de una terapia de tradición conductual, la relación terapéutica es parte central del contexto de cambio. En sesión, las acciones del terapeuta son un elemento central del contexto de las conductas del paciente, así como las acciones del paciente son un elemento central del contexto de las conductas del terapeuta.

ACT utilizará todo el espectro de recursos y herramientas conductuales para fomentar la emisión de las conductas de flexibilidad psicológica. Trabajaremos, entre otros recursos, manejo de contingencias, moldeamiento (Miltenberger et al., 2018), instigación y atenuación (*prompting* y *fading*), pero aquí querría detenerme en particular en el **modelado**.

Modelado es un concepto popularizado por Bandura (1961) que se refiere al aprendizaje que tiene lugar a través de la observación de la conducta de otras personas, y que puede interactuar con otras formas de aprendizaje, facilitándolas u obstaculizándolas. Y si hablamos de facilitar procesos de flexibilidad psicológica, el modelado es central.

Permítanme una historia a modo de ilustración. Imaginen que van de paseo a un bosque por primera vez. Los acompaña un guía que les explica que en ese bosque hay osos y que existe la posibilidad de que durante el paseo se encuentren con uno. Ustedes nunca han visto un oso ni saben qué hacer ante uno, por lo cual el guía les explica que si ven un oso no deben correr, sino quedarse completamente inmóviles. Empiezan el recorrido, y un par de horas más tarde, en un claro del bosque, a unos treinta metros de distancia, aparece un corpulento oso del tamaño de un automóvil pequeño, que levanta la cabeza y los mira. Al verlo, el guía sale corriendo como alma que lleva el diablo. Mi pregunta es: ¿Qué harían ustedes? ¿Confiarían en lo que el guía les dijo, quedándose inmóviles, o seguirían su ejemplo y saldrían corriendo con los talones en la espalda?⁸⁹ Como mínimo, la discrepancia entre lo que el guía **dijo** y lo que el guía **hace** determinaría que cualquiera fuese nuestra respuesta, sea más vacilante y menos efectiva. Imaginen, en cambio, que al ver el oso el guía se quedara inmóvil, musitándoles a media voz “no te muevas”, ¿cómo creen que responderían ustedes en ese caso?

Ahora, imaginen que son pacientes de una terapeuta que dice trabajar con ACT pero es inconsistente entre lo que dice y lo que hace. En una sesión, les dice que es importante aceptar las emociones y sentimientos displacenteros y tomarse los pensamientos con ligereza. En la sesión siguiente, ustedes le mencionan que han sentido bastante angustia durante la semana y que temen que el tratamiento no les esté sirviendo. La terapeuta, visiblemente incómoda, se pone a la defensiva, les dice que no se han esforzado lo suficiente y cambia de tema. ¿Qué creen que tendría más impacto sobre ustedes en esa situación? ¿Lo que el terapeuta **dice que hay que hacer con el malestar** o lo que el terapeuta **hace cuando hay malestar presente**?

El modelado afecta de manera poderosa la conducta, y es el motivo por el cual el terapeuta ACT debe encarnar los procesos de flexibilidad psicológica en la relación terapéutica. No hay forma de transmitir eficazmente flexibilidad psicológica sin encarnarla en las propias acciones⁹⁰. No es posible trabajar aceptación de manera evitativa, fomentar difusión a fuerza de explicaciones y juicios, facilitar el trabajo con valores para lograr aprobación social, etc.

Esto es así porque los procesos de flexibilidad psicológica no son sólo conceptos a comunicar, sino habilidades a fomentar. La diferencia es que un concepto se puede comunicar aun cuando no se lo tuviere completamente dominado⁹¹, mientras que transmitir eficazmente una habilidad siempre requiere cierta destreza en su manejo. Por

ejemplo, puedo transmitir verbalmente una receta de un plato que no puedo preparar, pero difícilmente pueda enseñarle a otra persona la técnica **Bertinet** de amasado de pan si yo mismo no tengo un dominio mínimo de la misma.

La relación terapéutica en ACT es una relación en la cual lo inespecífico se vuelve específico, ya que en ella se encarna y modela el repertorio de flexibilidad psicológica: aceptación, defusión, momento presente, self-como-contexto, valores, y acción comprometida. Todo tipo de acciones pueden vehiculizar este repertorio –después de todo, estamos hablando de funciones conductuales, no de topografías. A modo de ejemplo podemos enumerar algunas acciones y recursos que puede utilizar el terapeuta para encarnar cada una de las dimensiones del modelo en sesión. No es una lista a seguir rígidamente, solo la presento a modo de ejemplo o inspiración:

Contacto con el presente

- Desacelerar y hacer pausas durante la sesión, invitando al paciente a detenerse y notar lo que están experimentando en ese momento –sentimientos, pensamientos, el clima de la sesión.
- Señalar y ayudar a identificar experiencias internas que surgen en sesión (“me pareció que te pusiste tenso cuando mencioné este tema, ¿podríamos explorar qué sucedió?”).

Aceptación

- Pedir permiso (respetando la respuesta) para abordar contenidos difíciles o realizar intervenciones difíciles, de manera de permitir que el paciente muestre **disposición** a experimentar dichos contenidos.
- Mostrar apertura a experimentar malestar sin evitarlo ni ocultarlo.
- Exhibir vulnerabilidad (“esto me resulta difícil”, “siento un poco de ansiedad al guiar este ejercicio”).
- Realizar autorrevelaciones de contenidos personales cuando sea adecuado⁹².

Defusión

- Señalar a los propios pensamientos como tales (“estoy notando que apareció un pensamiento en mi mente...”).
- Tomar los propios pensamientos y explicaciones con liviandad.
- Disculparnos cuando nos equivocamos en lugar de insistir en tener razón.
- Notar y explicitar cuando estamos actuando fusionados con evaluaciones, comparaciones o reglas.

Perspectiva

- Notar y etiquetar las propias experiencias internas como tales.
- Tomar con liviandad los juicios y pensamientos autorreferenciales –por ejemplo, aquellos que se refieren a nuestro prestigio e importancia.

Valores

- Explicitar los valores propios en sesión.
- Respetar y mostrar apertura hacia los valores del paciente, aunque no estemos de acuerdo.

Acción comprometida

- Llevar a cabo intervenciones aun cuando no estemos del todo seguros de cómo pueden resultar.
- Llevar a cabo actividades desafiantes junto a los pacientes⁹³.

⁸⁸ Más precisamente sus acciones mientras interactúa con el paciente, ya que a nadie concierne si entre sesiones se disfraza de Batman en el consultorio, por recomendable que sea.

⁸⁹ Después de todo no necesitan ser más rápidos que el oso, sino meramente más rápidos que el guía.

⁹⁰ Lo cual, dicho sea de paso, no implica que para aprender ACT sea indispensable atravesar el modelo como paciente. Es una vía posible pero no indispensable, hay numerosas formas de desarrollar y experimentar con los procesos de flexibilidad psicológica.

⁹¹ Algo que la mayoría de nosotros aprendimos durante nuestro paso por la universidad.

⁹² Las autorrevelaciones son un recurso que bien usado puede ser potente, pero que tiene potenciales riesgos técnicos y éticos. En general es preferible utilizar las autorrevelaciones que explicitan lo que estamos experimentando, como por ejemplo un sentimiento, pensamiento o emoción que surge en sesión, más que las autorrevelaciones sobre anécdotas personales.

⁹³ Por ejemplo, los ejercicios de exposición a la vergüenza de Albert Ellis son algo que podemos hacer junto a los pacientes y que suelen representarnos un desafío.

CAPÍTULO 10: INCOMODIDADES CLÍNICAS EN ACT

La clínica de ACT puede ser intensamente satisfactoria, pero tiende a ser psicológicamente demandante. Requiere que los terapeutas estén atentos y abiertos a sus respuestas emocionales, que tengan precaución de no engancharse con los propios pensamientos y reglas, que puedan hacerle espacio al malestar, a sostener sus propios valores en cada sesión y en general a estar auténticamente presentes en lo que está pasando en la terapia.

Un aspecto a tener en cuenta para sostener una relación terapéutica consistente con ACT es el manejo de las que podríamos llamar **incomodidades clínicas**. Me refiero con esto a situaciones comunes en la clínica que pueden ser difíciles de navegar para los terapeutas, y que pueden llevarnos a responder de manera incompatible con el modelo de flexibilidad psicológica.

Las llamo **incomodidades** porque se trata de situaciones que rara vez llevan a conductas de evitación muy ostensibles. En lugar de eso suelen ocasionar conductas un poco más sutiles, pequeñas retiradas psicológicas, comentarios, gestos, etc. Algo similar a la situación de compartir un largo viaje en ascensor con un desconocido: es una situación que suele resultar incómoda, frente a la cual nos solemos resignar y desplegamos conductas de evitación más bien livianas o sutiles, como mirar el celular o contar los pisos que faltan para bajar, antes que salir corriendo del ascensor.

Justamente el carácter aparentemente inocuo de las respuestas frente a las incomodidades lleva a que sean difíciles de detectar y corregir. El problema es que la sucesión y repetición de esas pequeñas conductas de evitación pueden deteriorar notablemente la calidad de la relación y por ello vale la pena considerarlas.

La lista no es exhaustiva, ni tampoco todas las incomodidades afectan a todos los terapeutas –sólo describiré algunas con las cuales me he encontrado frecuentemente en clases y supervisiones. Creo que estar al tanto de ellas y abordarlas efectivamente puede mejorar la relación terapéutica.

Incomodidad con las pausas y silencios

El tono general de ACT suele ser el de una terapia más bien lenta, con espacios para notar experiencias internas, para respirar, para hacerle espacio a los malestares o experiencias que pudieran surgir en sesión, etcétera. Esto involucra frecuentes momentos de pausas y silencios, lo cual puede ser bastante desafiante para terapeutas acostumbradas a ritmos de trabajo más enérgicos⁹⁴.

Cuando los terapeutas no están cómodos con el silencio y las pausas tienden a ocupar esos espacios con comentarios casuales, conversaciones triviales, interacciones sin mucho sentido clínico, u otras conductas dirigidas a mitigar esa incomodidad. El problema con esto es que a veces la terapia requiere tiempo para que nuestra paciente encuentre las palabras para expresar lo que siente, para que junte el coraje de contactar con una experiencia difícil, para poder usar una habilidad efectivamente, etc., y esas actividades pueden verse interrumpidas si la terapeuta no puede brindar esa espera silenciosa.

Una buena forma de prevenir esto puede ser identificar previamente los momentos en los cuales sentimos el impulso de hablar por hablar, como puede ser el inicio de la sesión, o cuando el paciente demora en responder, o cuando aparece algún contenido difícil. También es un buen ejercicio estar atentos a eso en nuestra vida cotidiana, los momentos en los cuales abrimos la boca solo para evitar un silencio incómodo.

Habiendo identificado los momentos en los cuales tendemos a ocupar silencios, puede ser útil notar cuando aparece esa incomodidad, respirar, notar el impulso automático de emitir una acción, observar con curiosidad nuestros pensamientos y sentimientos, desacelerar, y sopesar si efectivamente tiene sentido decir algo en ese momento.

Insisto en que no se trata de algo malo ni indeseable en sí mismo, en ocasiones el silencio es señal de un obstáculo clínico y es necesario poder avanzar, pero poder estar cómodos con el silencio amplía nuestro repertorio de respuestas clínicas.

Incomodidad con emociones intensas

Esta incomodidad es similar a la anterior, en cuanto se refiere a la dificultad de lidiar con algo que hacen nuestras pacientes. Con frecuencia los terapeutas tienen dificultades lidiando con la expresión emocional intensa por parte de pacientes. Por ejemplo, nos puede resultar difícil acompañar a una paciente que llora desconsoladamente, o que expresa angustia, enojo, desesperanza, tristeza, etcétera. He supervisado a terapeutas a quienes les resulta difícil lidiar con el enojo de pacientes –tanto si está dirigido hacia el terapeuta como si está dirigido hacia terceros. También puede ser difícil lidiar con la desesperanza y los sentimientos de duelo o derrota que expresan los pacientes. Cada terapeuta tiene sus puntos débiles.

Las respuestas de evitación que los terapeutas suelen emitir frente a estas situaciones son variadas, por ejemplo:

- Recurrir al humor para reducir la intensidad emocional (chistes o comentarios graciosos).
- Proponer inmediatamente algún tipo de ejercicio o recurso de calmado (“vamos a respirar hondo para que pase el malestar”).
- Intentos de consolar al paciente (“al menos no pasó algo peor”).
- Dar ánimos (“ya va a pasar”).
- Proponer una perspectiva positiva de la situación (“esto te va a fortalecer”).

Estas son algunas de las que he escuchado con más frecuencia, pero no agota las posibles respuestas de evitación frente a este tipo de incomodidad. Al igual que con la anterior incomodidad, no son respuestas indeseables ni perjudiciales en sí mismas. Podría argumentarse quizá que como intervenciones clínicas son torpes –darle ánimos a un paciente rara vez es una intervención clínica brillante– pero eso no las convierte en dañinas necesariamente.

El problema es cuando son emitidas desde un lugar de incomodidad con el sufrimiento del paciente, cuando no son intervenciones que responden a un plan terapéutico, sino que constituyen intentos de reducir el malestar que nos produce en ese momento el sufrimiento de nuestros pacientes. Lo que sucede entonces es que estamos intentando controlar la expresión emocional de otra persona para regular nuestro propio malestar, lo cual no sólo es éticamente problemático, sino que también contribuye a crear un contexto de evitación, un contexto que implícitamente comunica que ciertas emociones no pueden ser recibidas tal como se presentan.

Vale la pena tomarse un tiempo para considerar si algún tipo de expresión emocional de nuestros pacientes tiende a generarnos malestar, y explorar qué tipo de respuestas evitativas solemos llevar a cabo en esos casos. Como mencioné antes, pueden tratarse de respuestas muy sutiles. Incluso acciones que en otros contextos son relativamente neutras o positivas pueden adquirir aquí funciones de evitación: un terapeuta incómodo con el malestar de su paciente puede comenzar a tomar notas, sugerir planes de acción, tratamientos complementarios, derivaciones, etc.

Si identificamos los sentimientos y pensamientos de nuestros pacientes que nos resultan problemáticos, se pueden abordar esas situaciones de manera similar a lo que sugerimos en la sección anterior: notar cuando aparezca, hacer una pausa, respirar y hacerle lugar al malestar que ha aparecido, de manera que la respuesta a la expresión emocional de nuestro paciente esté guiada por nuestro plan de tratamiento o por los principios de flexibilidad psicológica, en lugar de representar instancias de evitación o impulsividad.

Incomodidad con las dificultades clínicas

Las dificultades clínicas pueden resultar altamente frustrantes para los terapeutas. Me refiero a situaciones como cuando la terapia no progresa o cuando parece retroceder, cuando una intervención no funciona o no es “captada” por la paciente, cuando la paciente no implementa recursos o herramientas acordadas, o cualquier otra situación en la cual aparezca algún contratiempo en el trabajo clínico.

A diferencia de las incomodidades previas, este tipo de situaciones suelen llevar a conductas que están menos en la línea de la retirada psicológica y más en la línea de enojos y culpabilizaciones –tanto hacia los pacientes como hacia nosotros mismos, y puede ser útil ocuparnos de ambos casos.

A veces culpar a los pacientes adopta la forma de sugerir una derivación, un cambio de terapeuta, sugerir que el paciente no quiere mejorar, que no se esforzó lo suficiente, u otras conductas similares. Cuando surgen estos impulsos vale la pena recordar lo que mencionamos al hablar los principios guía en las secciones anteriores: los pacientes están haciendo lo mejor que pueden con las herramientas y la historia que tienen. Si bien es comprensible la frustración (y a nuestra mente le encanta buscar culpables), es más efectivo analizar cuáles son los factores contextuales que están funcionando como obstáculo para el tratamiento.

El segundo caso es cuando la terapeuta se echa la culpa de la falta de progreso o los obstáculos del tratamiento. En estos casos también suelen aparecer ideas de derivaciones (“seguro que Fulano podría tratarlo mejor”), aunque también es frecuente responder con más y más intervenciones y técnicas. Creo que uno de los peores efectos de esto, sin embargo, es que tiende a erosionar la relación del terapeuta con la psicoterapia como actividad, generando juicios negativos sobre la propia capacidad y distanciándonos de ella.

Si mi experiencia personal sirve de algo, varias veces por semana mi mente me dice que no soy un buen terapeuta y que mejor debería dedicarme a realizar cestería en el río. En ocasiones en todo un día de ver pacientes siento que he acertado a lo sumo una o dos intervenciones y que el resto ha sido más bien relleno. No es una queja ni un intento de dar lástima, sino un intento de normalizar algo que rara vez se explicita: el trabajo de terapeuta es difícil, involucra muchas inseguridades, y sentirse capaz y efectivo es una experiencia más bien atípica. Ni siquiera ayuda mucho el estar familiarizados con investigaciones y tratamientos basadas en la evidencia, ya que es inevitable comparar los resultados que obtenemos con los que vemos en los protocolos e investigaciones: rara vez nuestros tratamientos avanzan al ritmo y con la efectividad que querríamos o que vemos en las investigaciones⁹⁵.

No tengo una respuesta ni una solución. La psicoterapia es una disciplina desafiante. Es un arte que está basado en una ciencia: involucra tomar decisiones locales en contextos específicos apoyándonos en la mejor evidencia disponible, evidencia que no siempre está formulada para el contexto en el cual estamos trabajando. Tratamos de generar cambios en personas que vemos una o dos horas por semana (de las ciento sesenta y ocho horas que tiene una semana), basándonos no en la observación directa de lo que sucede en su vida cotidiana, sino en el relato que esa persona hace de sus acciones (relato que inevitablemente es sesgado y fragmentario), y en lo que hace en sesión, que no es su contexto habitual de vida.

La psicoterapia es difícil. Dudar de las propias intervenciones es algo no sólo esperable, sino que de hecho puede volvernos mejores terapeutas –siempre y cuando lo acompañemos con una dosis de autocompasión (a este respecto, véase Nissen-Lie et al., 2015).

Incomodidad con el propio malestar

Aunque no parezca, los terapeutas somos prácticamente seres humanos y también experimentamos emociones difíciles, incluso durante las sesiones. Sea por una situación personal difícil, o por simpatía con algo que nuestro paciente esté atravesando, o por una historia personal afín, es frecuente experimentar dolor psicológico en sesión. Por supuesto, esto no es un problema salvo cuando lo convertimos en un problema, cuando tratamos a lo que estamos sintiendo en algo a camuflar o disimular –no vaya a ser cosa que nuestros pacientes sospechen que tenemos emociones.

El problema de hacer eso es que requiere ubicar nuestra atención sobre nuestras propias experiencias y desplegar toda clase de recursos para intentar controlar nuestra expresión emocional, lo cual implica quitar el foco de lo que está sucediendo en la sesión⁹⁶. Es difícil modelar contacto con el presente y aceptación si estamos enfrascados en la lucha contra un malestar.

Por supuesto, no queremos que nuestro propio malestar sea el foco de las sesiones, pero poder exhibir vulnerabilidad, mostrando que el dolor se puede experimentar como algo normal es una buena manera de modelar aceptación, y también es una buena manera de acompañarnos mutuamente en el malestar.

Cuando el malestar que estamos sintiendo proviene no de eventos en la sesión sino de circunstancias personales actuales, puede ser una buena idea avisar a nuestra paciente que estamos atravesando una situación difícil y que vamos a realizar un esfuerzo extra para estar presentes y conectados en sesión. En última instancia es cuestión de usar nuestro criterio profesional para decidir si podemos estar en sesión o si necesitamos tomarnos un tiempo para mejor lidiar con lo que nos está pasando, pero si elegimos llevar a cabo la sesión de todos modos, estar abiertos con respecto a nuestro malestar y permitirle habitar la sesión como un elemento normal de la vida puede ser un poderoso recurso terapéutico –para ambas personas.

Otras incomodidades

En esta sección sólo he querido señalar algunas incomodidades con las que me he topado frecuentemente en supervisiones y clases. En realidad, el número de incomodidades clínicas posibles es tan amplio como el número de terapeutas: diferencias en perspectivas ideológicas, religiosas, políticas²⁷, desacuerdos en torno a elecciones vitales, y un largo, largo etcétera.

Solo querría hacer algunas precisiones al respecto. Ante todo, sentir malestar con respecto a alguna situación o tema que se presenta en la clínica es completamente normal. Todos tenemos una historia que moldea nuestras preferencias, expectativas, opiniones, sentimientos. El problema no es lo que podamos sentir o pensar en esas situaciones, es problema es cuando nuestro repertorio clínico se restringe o se vuelve más rígido porque estamos intentando controlar un malestar o estamos fusionados con pensamientos y reglas. Por eso hablé de **incomodidades**, no de malestares, porque se trata de situaciones problemáticas cuando disparan evitación. Es en esos casos en los cuales es una buena idea tomarse un tiempo para explorar lo que nos está pasando –e incluso pedir ayuda a otros profesionales si es necesario, bajo la forma de supervisiones o interconsultas.

Estar familiarizados con nuestras sensibilidades y nuestras tendencias de acción puede ayudarnos a actuar de maneras más concientes y flexibles en el devenir de la clínica.

²⁴ Por ejemplo, otro de los abordajes que uso con frecuencia es activación conductual, que requiere un estilo muy diferente al de ACT, mucho más activo y directivo, y todavía me sigue costando trabajo cambiar el tono de trabajo de una sesión a otra.

²⁵ La mayoría de los casos en que he observado esto se ha tratado de terapeutas más bien jóvenes que trabajan con terapias con foco en modificación de conductas (conductuales y cognitivo-conductuales). No sé por qué sucede (además del sesgo de muestra, ya que son las personas que suelen acudir a mí para supervisión), pero tengo la sospecha de que el énfasis en la efectividad y en generar cambios que son centrales en las terapias de modificación de conducta fomenta la autoexigencia y la comparación.

²⁶ Cosa que suele salir mal, como bien señala el artista uruguayo Leo Masliah en su monólogo **Psicoanalista**: “yo no creo en esa neutralidad que creían que podía sostener los psicoanalistas antes ¿no? Porque mirarte con cara de orto no es ser neutral. Y ponele que pongan cara de nada, pero en realidad no existe la cara de nada. Será cara de no querer mostrar nada, pero igual las cosas se traslucen, porque los psicoanalistas no son egresados del **Actors Studio** de Hollywood para poder actuar tan bien”.

²⁷ O incluso teóricas, cuando nuestros pacientes están familiarizados con el ámbito psi.

CAPÍTULO 11:

LOS QUÉ DE LA PRÁCTICA DE ACT

En las siguientes secciones nos ocuparemos de los **qué**, es decir, de las actividades concretas que constituyen la clínica de ACT. A grandes rasgos involucran dos grupos de tareas: por un lado, recabar y organizar la información relevante del caso para crear un plan de tratamiento, y por otro lado llevar a cabo las intervenciones necesarias.

En concreto, nos ocuparemos de lo relativo a la conceptualización y plan de tratamiento, reservando las intervenciones clínicas para la tercera parte del libro. Querría señalar que lo que vamos a recorrer no es la única ni la mejor forma de organizar casos en ACT, sino una de muchas posibles. Hay de hecho decenas de formatos posibles para esto, con libros enteros dedicados a la conceptualización de caso en ACT (véase por ejemplo Bach & Moran, 2008). Lo que recorreremos a continuación son algunos principios que me han servido en mi práctica clínica y que con un poco de suerte les pueden resultar útiles a ustedes también.

Más específicamente, veremos algunas sugerencias e ideas que giran en torno a los siguientes puntos:

- Formular el motivo de consulta en términos conductuales y expandir la indagación de las conductas clave.
- Indagar información general relevante.
- Evaluar los procesos de flexibilidad psicológica.
- Acordar objetivos terapéuticos y realizar un consentimiento informado.
- Realizar una conceptualización de caso.

El proceso será presentado de manera lineal y ordenada a fines didácticos, pero en la práctica el proceso de recabar información para la conceptualización de caso requiere de idas y vueltas, correcciones, añadidos y reformulaciones, y resulta mucho más caótico en general. A veces tenemos que regresar a definir el motivo de consulta una vez que empezamos a evaluar los procesos de flexibilidad psicológica, y volver a definir el problema presentado cuando ya estamos por la mitad del tratamiento. No se fustiguen demasiado si les sale desordenado, la clínica tiende a funcionar de esa manera.

Al explorar información clínicamente relevante querría que tuvieran en cuenta que si bien ACT es un modelo transdiagnóstico cada tipo de problema clínico tiene sus propias particularidades clínicas: no es lo mismo trabajar con un problema vinculado a la conducta alimentaria que trabajar con un problema de ansiedad social, por ejemplo. Los **procesos** van a ser similares en ambos casos –y esa es una de las principales fortalezas de ACT, que permite abordar diferentes situaciones con un mismo reducido conjunto de procesos– pero las características clínicas a tener en cuenta van a ser diferentes en cada uno. Es una buena idea, entonces, familiarizarse con las características clínicas del diagnóstico o población con la que se va a trabajar para mejor dirigir la exploración y conceptualización del caso.

CAPÍTULO 12: RECABANDO INFORMACIÓN CLÍNICAMENTE RELEVANTE

El trabajo clínico parte del relato del paciente, en el cual necesitamos indagar información relevante para poder llevar a cabo el trabajo terapéutico, en un proceso análogo a tamizar toneladas de tierra hasta encontrar los diamantes que buscamos. En particular nos interesan explorar cuatro aspectos: el problema presentado, los costos, las circunstancias vitales, y los procesos de flexibilidad psicológica. De manera resumida, lo que nos interesa saber es lo siguiente:

Problema presentado

- ¿Cuál es el problema presentado? ¿Qué es lo que quiere resolver nuestro paciente?
- ¿Cómo se define ese motivo de consulta en términos conductuales?
- ¿Qué conductas involucra? ¿Cuáles son las características de esas conductas?
- ¿Qué experiencias internas involucra? ¿Cuáles son las características de esas experiencias internas?
- ¿En qué contextos y de qué manera esas experiencias internas se vinculan con el resto de las conductas?
- ¿Cuál es la función de esas conductas?
- ¿Qué otras conductas, experiencias internas y contextos se relacionan con el motivo de consulta?

Costos

- ¿De qué manera el problema presentado es un problema?
- ¿Qué efectos negativos tiene o de qué manera funciona como obstáculo para lo que es importante para el paciente?

Circunstancias vitales

- ¿Cuál es el contexto vital del paciente?
- ¿Cuál es su situación relacional, económica, de salud, etc.?

Procesos de flexibilidad psicológica

- ¿Cómo participan los procesos del hexaflex en el problema presentado?
- Veamos a continuación cada uno de estos puntos con más detalle.

Explorar el problema presentado

El problema presentado es lo que el paciente nos cuenta que le pasa, generalmente en términos coloquiales y más bien imprecisos como, por ejemplo "tengo ansiedad", "tengo baja autoestima", "no tengo más ganas de nada", "tengo atracones", "quiero dejar de fumar", "no puedo dejar de revisar las redes", "me preocupa todo el tiempo".

El desafío que se nos presenta es explorar y traducir el problema que es presentado de esa manera a un formato que nos sirva para trabajar. Parte del trabajo de las primeras sesiones en ACT consiste en traducir esos motivos de consulta a términos conductuales, para lo cual vamos a necesitar reformularlos de manera descriptiva y establecer la función de las conductas clínicamente relevantes, es decir, operacionalizar el problema presentado para poder conceptualizar el caso y planificar el tratamiento.

Una herramienta básica para esta tarea, y que probablemente vayan a encontrarse a menudo en la literatura, es el **análisis funcional** de las conductas relevantes. El término es bastante genérico, y tiene una amplia variedad de sentidos (y no pocas críticas) en la literatura conductual (véase Hayes & Follette, 1992; Haynes & O'Brien, 1990), pero dicho de manera simplificada un análisis funcional se utiliza para identificar la **función** de una conducta en particular, es decir, las relaciones entre esa conducta y el contexto⁹⁸. Distintas instancias de conductas con similares **topografías** (es decir, que son formalmente parecidas) pueden sin embargo tener distintas **funciones**, esto es, participar en diferentes relaciones con el resto del contexto, y a la inversa, conductas muy diferentes topográficamente pueden tener funciones similares. Hacer ejercicio, por ejemplo, puede estar al servicio de un objetivo valioso, como cuidar la salud, o al servicio de contrarrestar la culpa experimentada luego de un atracón –es decir, puede tener diferentes funciones para distintas personas o para la misma persona en distintos contextos. Y a la inversa, una conducta topográficamente tan distinta del ejercicio como inducir el vómito puede compartir la misma función de regular la culpa.

Determinar la función de una conducta requiere identificar las circunstancias en que se emite y los efectos que tiene (antecedentes y consecuencias), por lo cual no es posible determinar la función de una conducta a priori, sin examinar el contexto. En ACT nos interesa principalmente la función de las conductas más que su topografía, por lo cual establecer en qué contexto ocurren es necesario para mejor orientar el tratamiento.

Descripciones, no generalizaciones

Un principio útil para traducir el motivo de consulta a términos conductuales es evitar las descripciones generales y abstractas y en cambio explorar lo que sucede en ejemplos concretos del problema presentado: "¿Podrías hablarme de la última vez que sentiste/hiciste/te pasó esto?", "¿A qué te estás refiriendo al decir que te sientes deprimido? ¿Podrías darme un ejemplo de lo que haces o dejas de hacer?". Trabajar con ejemplos concretos nos permite identificar más claramente las conductas involucradas, su topografía (frecuencia, su intensidad, duración, y cualquier otra característica descriptiva que sea relevante), y las circunstancias en que suceden.

Tipos de problema presentado

En líneas generales, los problemas presentados en la clínica se pueden ubicar dentro de uno de dos grupos:

1. Problemas que giran en torno a sentimientos y pensamientos.
2. Problemas que giran en torno a conductas observables⁹⁹.

Para organizar el caso necesitamos conocer ambos elementos y la relación entre ellos, pero rara vez los pacientes los explicitan en la presentación del problema, por lo cual frecuentemente debemos llevar a cabo esa indagación.

Cuando un problema presentado gira mayormente en torno a sentimientos y pensamientos (genéricamente sería algo como "siento/pienso X y no me gusta", como por ejemplo "me siento triste", "no me gusta mi apariencia", "me dan ansiedad los exámenes"), podemos indagar cuáles son las conductas asociadas a ellos: en qué momentos aparecen esos sentimientos y pensamientos y qué conductas lleva a cabo cuando están presentes esas experiencias internas (con ejemplos concretos).

Como mencioné en capítulos anteriores, el problema no son las experiencias internas sino las conductas fusionadas o evitativas de esas experiencias y que causan problemas vitales, por lo cual si nuestro paciente no las explicita necesitamos explorar cuáles son esas conductas.

Por el contrario, cuando el problema presentado gira en torno a conductas observables problemáticas¹⁰⁰ (genéricamente: "querría hacer X y no puedo" o "querría dejar de hacer X y no puedo"), podemos indagar cuáles son las experiencias internas relacionadas con esas conductas: qué está pensando y sintiendo en el momento en que hace X o cuando decide no hacer X. Podemos incluir tanto las experiencias internas que están presentes como las que podrían estar presentes si la conducta no se emitiera, lo cual puede ayudarnos a identificar experiencias internas que están siendo evitadas por medio de la conducta: "imagina que a partir de este momento decides dejar de consumir marihuana, ¿qué aparece en tu experiencia? ¿Qué pensamientos y sentimientos surgen?".

Situaciones vinculadas e historia

El otro elemento que queremos indagar son las condiciones concretas (momentos, lugares, personas) en las que aparecen las conductas y experiencias internas del problema presentado: ¿cuándo y dónde tienen lugar esas experiencias internas y acciones? Por ejemplo, rara vez una persona que experimenta ansiedad la experimenta **todo** el día con la misma intensidad, ni tampoco una persona que procrastina lo hace con **todas** sus actividades. Lo más frecuente es que esas respuestas surjan frente a circunstancias específicas, por lo cual identificarlas es necesario para establecer su función.

También nos puede ser útil indagar cuándo comenzó el problema presentado, y explorar lo que estaba pasando en esa época. Es útil saber si, por ejemplo, la ansiedad frente a los exámenes es algo que empezó a pasar hace un par de meses, o si es algo que sucede desde hace dos décadas.

Por supuesto, identificar el contexto de surgimiento del problema no es lo mismo que identificar el contexto de mantenimiento del problema –un diagnóstico de estrés postraumático puede haber empezado hace una década asociado a un evento de abuso, pero sostenerse por las respuestas evitativas y fusionadas que se están emitiendo actualmente. Pero en cualquier caso conocer la historia del problema nos puede brindar información útil (su cronicidad, historia de intentos de solución, tratamientos previos, etc.) y ayudarnos a comprender mejor la dimensión del sufrimiento de la persona.

Costos

Si tenemos una descripción de las conductas y experiencias internas involucradas en el problema presentado, las situaciones en las que se presentan y la historia, el siguiente elemento crucial para organizar el caso es establecer **de qué manera es todo eso un problema**. Es decir, explorar cuáles son las consecuencias indeseadas del problema presentado que lo convierten en algo por lo cual buscar terapia.

Sin costo vital ni perjuicio alguno no tenemos caso para trabajar¹⁰¹. Consideren el caso de las fobias: muchísimas personas padecen de algún tipo de fobia específica –a las alturas, claustrofobias, a animales o insectos, etc. Sin embargo, solo un pequeño porcentaje de esas personas llega a realizar terapia por esa razón, porque habitualmente el impacto de las fobias específicas en la vida cotidiana suele ser demasiado bajo como para encarar un tratamiento y sólo se vuelve motivo de consulta cuando se vuelve un obstáculo significativo. Generalmente, si una persona llega a terapia, significa que el problema tiene suficiente impacto como para querer ocuparse de él¹⁰², por lo cual siempre vale la pena detenerse en los costos del problema, en el impacto negativo que el mismo tiene sobre lo que para esa persona sería una vida significativa.

Una línea de indagación útil para identificar los costos es de qué manera cambiaría la vida de la persona si el problema no estuviese presente. La **pregunta del milagro**, que suele utilizarse en terapia sistémica, puede resultar útil para esto. La pregunta del milagro generalmente se formula como alguna variación del siguiente enunciado: "supongamos que esta noche sucede un milagro y al despertarse mañana tu problema está resuelto, ¿cómo te darías cuenta de que se ha resuelto? ¿Cuáles serían las primeras señales de que ha ocurrido ese milagro? ¿Qué notarías que es diferente?". Las respuestas, en cada caso, nos permiten identificar cuáles son los costos vitales del problema presentado identificados por el paciente.

Inicialmente indagaremos los costos del problema tal como lo presenta el paciente, como una forma más bien general de aproximarnos al caso. Pero al avanzar con la conceptualización de caso, podremos profundizar un poco más y explorar de manera más detallada los costos que están asociados a la lucha con las experiencias internas, principalmente a las conductas de evitación y fusión. Identificar los costos de esas conductas es algo muy valioso para un tratamiento, ya que proporcionará la principal motivación para reemplazarlas con conductas más flexibles. Esto es, si me percato de que luchar con el malestar o "comprar" pensamientos genera un impacto negativo en aspectos importantes de mi vida, estaré mucho más dispuesto a intentar conductas alternativas, aunque resulten desafiantes o requieran mucha práctica.

Podemos identificar fundamentalmente dos tipos de costos. Por un lado, están los que podríamos llamar **costos intrínsecos**. Estos son los que surgen cuando el problema presentado impide la realización de actividades valiosas o

lleva a la persona a realizar acciones indeseables o incompatibles con lo que para ella sería una vida valiosa. Por ejemplo, evitar sensaciones de pánico y ansiedad puede impedir que una persona comparta salidas a lugares abiertos con su pareja. En estos casos cuando preguntamos qué pasaría si el problema ya no estuviese presente, las respuestas generalmente se refieren a cambios en las actividades realizadas o en patrones de acción ("me ocuparía más de mi familia", "dejaría de fumar" etc.).

Por otro lado, están los que podemos llamar **costos cualitativos**, que se refieren a cuando el problema presentado mayormente deteriora las cualidades valiosas de las acciones y la calidad de vida en general. Esto suele observarse en problemas asociados a la ansiedad generalizada, donde no necesariamente la persona deja de hacer actividades valiosas, pero las lleva a cabo con poca conexión o en "piloto automático". Cuando preguntamos qué cambiaría si el problema no estuviera presente, en estos casos la respuesta inicial suele ser "nada", en el sentido de que sus patrones de actividades probablemente no cambiarían, pero sí cambiaría la forma de estar en vida, generalmente mencionando mayor conexión, disfrute, o presencia.

Ambos tipos de costos pueden presentarse por separado o estar presentes simultáneamente. Estos costos pueden presentarse como consecuencia inmediata de las acciones, o bien pueden ejercer un efecto perjudicial a mediano o largo plazo de manera acumulativa. Es útil distinguir esto, porque en algunas ocasiones no se puede identificar un efecto negativo a corto plazo, pero sí de manera acumulativa a mediano y largo plazo, en los patrones de acción que configuran. Una buena parte de las acciones de evitación, de hecho, pueden generar alivio o una suerte de bienestar a corto plazo mientras que a largo plazo pueden deteriorar la calidad de vida –el ejemplo típico siendo el consumo de alcohol para regular estrés.

En cualquier caso, sean costos intrínsecos o cualitativos, sea que se presenten inmediatamente o surjan del impacto sobre patrones de acción, siempre están íntimamente involucrados con el proceso de valores, y explorar los costos pueden ser una forma de exploración preliminar de los valores importantes para nuestra paciente. Un principio central en ACT es que sólo duelen las cosas que importan, por lo cual explorar lo que duele del problema (los costos), puede orientarnos hacia lo que importa (los valores).

Reticular el problema presentado

Estos son los elementos que hemos considerado hasta ahora para traducir el problema presentado a una formulación útil para trabajar:

- Las situaciones y condiciones en las cuales ocurre el problema presentado.
- Las experiencias internas en presencia de las cuales se emiten esas conductas.
- La forma de las **conductas** involucradas.
- Las consecuencias de esas conductas, bajo la forma de los costos que tienen, ya sea de manera inmediata o a mediano y largo plazo.

Esto es, nuestro análisis nos permite identificar cinco factores y la relación que guardan entre sí: Situación → Experiencias internas → Conducta → Efectos inmediatos → Consecuencias a largo plazo/Costos.

Estos elementos y su relación configuran una forma básica de análisis conductual, es decir la exploración de los antecedentes (la situación y experiencias internas), la conducta, sus consecuencias (inmediatas y a largo plazo), y de las relaciones que existen entre ellos. Los antecedentes y consecuencias constituyen el contexto del cual asumiremos que la conducta es función¹⁰³, y este tipo de análisis suele llamarse ABC (por las siglas en inglés de Antecedentes, Conducta, y Consecuencias). Algunas preguntas que pueden resultar útiles para evaluar más extensamente los antecedentes y consecuencias son las siguientes¹⁰⁴:

Antecedentes

- *¿Qué notaste en tu cuerpo justo antes de hacer X?*
- *¿Cuándo tienden a aparecer estos pensamientos y sentimientos? ¿En qué lugares? ¿Con qué personas?*
- *¿Qué estaba pasando justo antes de que empezaras a sentirte así?*
- *¿Qué experimentas cuando alguien dice...?*
- *¿Cuál es tu forma habitual de responder cuando alguien dice...?*

Consecuencias

- *¿Qué sucedió después de hacer X?*
- *¿Qué notaste después de hacer X?*
- *¿Qué cambia luego de hacer X? ¿Qué es diferente a continuación?*
- *¿Qué tan a menudo sucede la consecuencia Y luego de hacer X? ¿Dirías que eso sucede siempre, muy a menudo, o sólo algunas veces?*

Ahora bien, la evaluación de estos elementos nos proporciona una cadena de relaciones entre ciertos contextos y ciertas conductas, la secuencia de cinco factores que acabamos de ilustrar. Pero los elementos de esa secuencia pueden aparecer en otras conductas y contextos de la vida de la paciente. Por ejemplo, una paciente que en situaciones sociales que le generan ansiedad (A) tiende a consumir ansiolíticos (B), que alivian temporalmente el malestar, pero refuerzan la dependencia a largo plazo (C), puede emitir en otros momentos conductas formalmente diferentes pero que tienen para ella consecuencias similares (el alivio temporal), como por ejemplo consumir alcohol, jugar con el celular, rezar, bailar, u otras. Si nos quedáramos solo con la secuencia inicial (el consumo de ansiolíticos), pasando por alto otras conductas con funciones similares nos estaríamos perdiendo de información importante para el trabajo clínico.

Una forma de expandir la exploración de los elementos de la secuencia inicial es reticularlos, es decir, tejer una red a partir de esa secuencia. Dado que inicialmente tenemos una cadena con cinco eslabones (situaciones, experiencias internas, efectos inmediatos, efectos a largo plazo y costos) y sus relaciones, la reticulación consiste en expandir la exploración de información clínica relevante a partir de cada uno de esos eslabones.

Supongamos que tenemos una paciente que consulta por autolesiones, y al pedirle un ejemplo concreto obtenemos esta secuencia: “La última vez que pasó me peleé con mi mamá, me angustié y me corté, me alivié un poco pero me siento culpable y preocupada de que nunca voy a salir adelante, que mi vida no tiene rumbo”¹⁰⁵. Especifiquemos en primer lugar los eslabones de la secuencia: tenemos una situación (la pelea) y una experiencia interna (la angustia), que en conjunto constituyen los antecedentes. Tenemos también la conducta de interés en este caso (las autolesiones), y sus consecuencias: una inmediata (el alivio), y una a largo plazo (el impacto negativo que tiene sobre la vida que querría vivir)¹⁰⁶.

Veamos entonces cómo podemos expandir esa secuencia inicial. Por ejemplo, podemos indagar qué otras secuencias se enlazan con el mismo tipo de **situación**:

- ¿Qué otras experiencias internas suelen surgir en situaciones similares de discusiones con su madre u otras personas?
- ¿Hay otras conductas que lleve a cabo en esas situaciones?
- ¿Qué efectos inmediatos y a largo plazo tienen esas conductas emitidas en esas situaciones?

Por ejemplo, podría pasar que en otras discusiones con su mamá u otras personas no sintiera angustia sino enojo, y que en esos casos respondiera de manera asertiva. O podría sentir tristeza y encerrarse en su cuarto a mirar memes en su celular, o cualquier otra secuencia. Si encontramos diferentes cadenas a partir de ese eslabón podemos indagar cuáles son los factores que llevan a una conducta con distintos efectos, y cuál es la historia de esa cadena.

También podemos indagar qué otras secuencias se enlazan con el mismo tipo de **experiencias internas**:

- ¿En qué otras situaciones aparecen similares experiencias internas?
- ¿Qué conductas lleva a cabo en esos casos frente a esas experiencias internas? ¿Qué efectos a corto y largo plazo tienen?

Por ejemplo, podríamos preguntar en qué otras situaciones aparece angustia, y si hay otras conductas que emita en esos casos. Por ejemplo, podría pasar que sintiera una angustia similar respecto a hablar en público, y que su respuesta fuera evitar esas situaciones.

También podemos indagar qué otras secuencias se enlazan con el mismo tipo de **conductas**:

- ¿En qué otras situaciones efectúa autolesiones?
- ¿Frente a qué otras experiencias internas?
- ¿Qué efectos a corto plazo y consecuencias a largo plazo tienen esas conductas en esos casos?

Por ejemplo, podría suceder que las autolesiones también se emitieran cuando nuestra paciente está con su novio, pero no al sentir angustia, sino celos, y que tuvieran el efecto adicional inmediato de alterar la conducta de su novio, que actúa de manera más solícita y afectuosa cuando las autolesiones tienen lugar. En ese caso estaríamos frente a una misma topografía conductual, pero con distinta **función**.

También podemos indagar qué otras secuencias se enlazan con el mismo tipo de **efectos inmediatos**:

- ¿Qué otras conductas tienen esos mismos efectos inmediatos?
- ¿En qué situaciones y frente a qué experiencias internas se llevan a cabo esas conductas?
- ¿Qué efectos a largo plazo o costos tienen esas conductas?

Por ejemplo, podría ser que jugar videojuegos con su celular también ejerciera un alivio inmediato de la angustia, pero con consecuencias a largo plazo más benignas que las autolesiones¹⁰⁷, lo cual puede proporcionarnos una opción útil para el tratamiento. O podríamos encontrar que además de las autolesiones, en otras ocasiones consume drogas para regular la angustia, lo cual acarrea otro tipo de costos.

Finalmente, podemos indagar qué otras secuencias se enlazan con el mismo tipo de **consecuencias a largo plazo y costos**:

- ¿Qué otras conductas tienen similares costos y consecuencias a largo plazo?
- ¿Frente a qué antecedentes se emiten esas conductas? ¿Qué efectos inmediatos tienen?

Por ejemplo, podríamos encontrar que hay otras acciones que le generan preocupación respecto al rumbo que lleva su vida: postergar exámenes y no terminar el colegio, mantener relaciones íntimas violentas, o descuidar a las personas importantes de su vida.

De esta manera, la reticulación puede conectar la secuencia contenida en el problema presentado con otras conductas y contextos, enriqueciendo el análisis y ayudándonos a no pasar por alto elementos que podrían ser de importancia para el tratamiento. La reticulación completa de una secuencia conductual dada podría verse aproximadamente así:

Cadenas que incluyen las mismas situaciones	¿Qué experiencias surgen en esas situaciones?	¿Qué conductas lleva a cabo en esas situaciones?	¿Qué efectos inmediatos tienen esas conductas?	¿Qué consecuencias a largo plazo y costos tienen esas conductas?
¿En qué otras situaciones surgen esas experiencias internas?	Cadenas que incluyen las mismas experiencias internas	¿Qué conductas lleva a cabo frente a esas experiencias internas?	¿Qué efectos inmediatos tienen esas conductas?	¿Qué consecuencias a largo plazo y costos tienen esas conductas?
¿En qué otras situaciones lleva a cabo esas conductas?	¿Frente a qué experiencias internas emite esas conductas?	Cadenas que incluyen las mismas conductas	¿Qué efectos inmediatos tienen esas conductas?	¿Qué consecuencias a largo plazo y costos tienen esas conductas?
¿En qué situaciones lleva a cabo esas conductas?	¿Frente a qué experiencias internas emite esas conductas?	¿Qué conductas tienen consecuencias inmediatas similares?	Cadenas que incluyen las mismas consecuencias inmediatas	¿Qué consecuencias a largo plazo y costos tienen esas conductas?
¿En qué otras situaciones lleva a cabo esas conductas?	¿Frente a qué otras experiencias internas emite esas conductas?	¿Qué conductas tienen consecuencias a largo plazo similares?	¿Qué efectos inmediatos tienen esas conductas?	Cadenas que incluyen las mismas consecuencias a largo plazo

Esto, sin embargo, no implica que la reticulación deba hacerse con todos los eslabones. Se trata sólo de una guía para expandir un análisis funcional. A veces puede bastar con explorar el eslabón de las experiencias internas o de las consecuencias a largo plazo y costos. El objetivo de reticular el problema presentado es proporcionar opciones adicionales para explorar y profundizar las conductas y contextos clínicamente relevantes.

Explorar las circunstancias vitales

Los problemas clínicos no suceden en el vacío, sino que tienen lugar en un contexto vital específico, que va a determinar tanto las fortalezas que podremos utilizar para el tratamiento como los puntos débiles que deberemos abordar en algún momento. Es útil por este motivo conocer las circunstancias vitales de quien consulta, históricas y actuales¹⁰⁸. A continuación, señalaremos algunos ámbitos que, sin agotar las posibilidades, resulta útil evaluar al comienzo del tratamiento.

Historia de tratamientos psicológicos y diagnósticos previos

Explorar la historia de tratamientos previos puede orientarnos respecto a qué habilidades y recursos se han trabajado previamente, como así también qué le funcionó y qué no de esos tratamientos. Si la paciente refiere haber abandonado tratamientos es una buena idea explorar cuál ha sido el motivo, de manera de hacer un plan de contingencia para no repetir los errores de terapias anteriores.

También podemos indagar los diagnósticos que haya recibido, relacionados o no con el problema presentado, ya que pueden proporcionarnos información útil para el tratamiento. Es útil explorar específicamente si hay historia de:

- Internaciones psiquiátricas.
- Abuso, trauma psicológico o *bullying*.
- Problemas con conductas alimentarias.
- Alucinaciones.
- Adicciones.
- Intentos de suicidio.
- Autolesiones.

Medicación

Es importante explorar la historia y consumo actual de psicofármacos –sean recetados o no–, ya que en algunos casos puede ser necesario ajustar la planificación del tratamiento de acuerdo a los psicofármacos que estuvieran siendo administrados (véase por ejemplo Garay, 2016).

Esto también incluye cualquier medicación general que estuviera recibiendo de manera rutinaria y que pudiera estar afectando su funcionamiento psicológico, como por ejemplo medicaciones que impactan sobre el funcionamiento hormonal, activación o ciclos de sueño (también es una buena idea pedir el contacto de la profesional que esté administrando la medicación).

Actividades potencialmente problemáticas

Este inciso se refiere a explorar conductas que, si bien no son necesariamente problemáticas, *pueden* constituir un foco clínico: consumo de alcohol o drogas recreativas, actividades que involucran potencial riesgo físico para sí o terceros, sexo sin protección, circulación no cuidada de contenidos privados (fotos y videos íntimos), etc.

Esta indagación debe ser hecha de una manera no prejuiciosa y sin asumir que son problemáticas –estamos buscando información clínicamente útil, no realizando juicios morales.

Trabajo, finanzas, educación

Es relevante conocer la situación laboral de la persona, su situación y recursos económicos, y su nivel de educación. Estos elementos pueden determinar las actividades que serán posibles y los recursos terapéuticos de los que podremos disponer –por ejemplo, saber si el paciente puede solventar tratamientos complementarios como grupos terapéuticos, acompañamiento terapéutico, grupos de entrenamiento en habilidades, etc.

Relaciones sociales y convivencia

Es útil explorar la red social y conexiones con las que cuenta la persona, ya que nos permite saber con qué recursos sociales cuenta, y si será necesario abordarlo durante la terapia. En particular nos interesa conocer número y calidad de relaciones de amistad, sexuales, amorosas, familiares, si tiene mascotas, y cuál es su grupo de convivencia, si lo hubiere¹⁰⁹.

Pasatiempos e intereses

Explorar pasatiempos e intereses, actuales y pasados, puede proporcionar información muy útil para el tratamiento. Por un lado, nos puede brindar ideas para explorar actividades valiosas más adelante. Por otro lado, nos puede dar una idea sobre qué tipo de “lenguaje” habla la paciente, lo cual puede ser útil a la hora de elegir o crear metáforas y analogías: si sé que un paciente disfruta de cocinar en sus ratos libres, puedo usar, por ejemplo, analogías vinculadas con la paciencia y la presencia que requiere la cocina.

Calidad de sueño, alimentación, actividad física, estrés

Los factores de estilo de vida tienen un fuerte impacto sobre el bienestar psicológico. Podemos evaluar tanto el nivel general de estrés como factores específicos vinculados al estilo de vida. En particular, la salud psicológica ha sido repetidamente asociada a la calidad de sueño (Baglioni et al., 2016; Del Rio João et al., 2018; Freeman et al., 2017), a la alimentación (Firth et al., 2019; O’Neil et al., 2014), y a la actividad física (Biddle & Asare, 2011; Rebar et al., 2015; Schuch et al., 2018).

Salud física

Es importante explorar el estado general de salud, la presencia de condiciones médicas relevantes y cualquier medicación no psiquiátrica que sea administrada regularmente. Por un lado, porque algunas condiciones médicas y los fármacos que las tratan pueden producir síntomas que se confunden con síntomas psicológicos (por ejemplo, el hipotiroidismo). Por otro lado, si queremos utilizar intervenciones de alto impacto (como exposición interoceptiva o exposición por inundación), necesitamos saber si el estado de salud de la paciente lo permite.

Contexto sociocultural y de género

Es necesario explorar específicamente estos factores ya que la discriminación por sexualidad, grupo étnico, identidad de género, edad, nacionalidad, etc., puede ser tanto un elemento que suma malestar psicológico (Korman & La Roche, 2019; Lee & Ahn, 2011; Meyer, 1995; Vargas et al., 2020; Vogt Yuan, 2007), como también un factor limitante de las opciones de acción del tratamiento, por lo cual es útil tener información sobre nuestra paciente a este respecto. Para un abordaje más exhaustivo del tema véase el excelente trabajo de Skinta y Curtin (2016).

⁹⁸ Función es un término que suele usarse de manera ambigua. A veces se habla de función como el propósito de una conducta, lo cual es válido en tanto no se entienda como un propósito **deliberado**, ya que función no implica intencionalidad. También se suele hablar de función como el efecto o el impacto de una conducta o una característica del contexto, lo cual también es válido. Personalmente prefiero utilizar el término para designar a las relaciones o covariaciones entre conducta y contexto: la función de una conducta se identifica con las relaciones que guarda con lo que pasa antes y lo que pasa después de ella.

⁹⁹ Un tercer tipo es cuando el problema presentado es una queja sobre circunstancias externas (por ejemplo “mi cuñado me tiene podrido”), pero en esos casos basta con reconducirlo a los efectos problemáticos que ello tiene sobre las propias experiencias internas y conductas.

¹⁰⁰ Cuando la conducta en cuestión es algo que el paciente **no hace**, como por ejemplo “no me siento a estudiar”, la cosa es un poco más tramposa ya que como no es una conducta no se pueden describir sus cualidades. Lo que podemos explorar en ese caso es lo que sucede en el momento en el cual **decide** no estudiar, o lo que sucede cuando piensa que tendría que sentarse a estudiar, es decir, cuándo se emite la conducta alternativa. Por ejemplo: “**en qué momento decidiste que no ibas a estudiar?**” o bien “**Si te sugiriera que pusieras una alarma para estudiar hoy a las seis de la tarde, ¿qué pasaría?**” Podríamos de esa manera encontrar, por ejemplo, que en el momento en que piensa en estudiar aparecen pensamientos y sentimientos difíciles, y que entonces procrastina jugando al dominó.

¹⁰¹ Una excepción a esto es cuando el motivo de consulta no requiere la resolución de una situación sino sólo un acompañamiento en una situación difícil, como por ejemplo un duelo o una transición vital normal.

¹⁰² Hay casos especiales como cuando recibimos un paciente que es enviado a terapia –también en esos casos será necesario encontrar los costos personales de las conductas objetivo, lo cual puede ser bastante más difícil.

¹⁰³ Como mencionamos anteriormente, con frecuencia no es posible realizar un verdadero análisis conductual ya que no tenemos acceso a los factores del contexto sino solo al **relato** que el paciente hace de los factores del contexto, por lo cual nuestros análisis deben ser considerados como conjeturas informadas, no como conclusiones completamente confiables.

¹⁰⁴ Un estupendo compendio de formas de indagación del contexto en sesión es el libro **Dominando la Conversación Clínica** (Villatte et al., 2020).

¹⁰⁵ Oh, si tan solo nuestros pacientes nos dieran información tan ordenadamente como en los libros.

¹⁰⁶ Vale la pena repetir que un análisis funcional puede expandirse para incluir tantos eslabones como sean necesarios: podríamos, por ejemplo, indagar cómo estuvo sintiéndose en los días anteriores, su calidad de sueño, cambios de medicación, etc. En principio podríamos incluir **todos** los eventos en la vida de la paciente, es decir, toda su historia, pero un análisis funcional es pragmático, por lo que sólo incluiremos los eventos indispensables para lograr predecir e influenciar la conducta de interés.

¹⁰⁷ Por este motivo la topografía también es importante y no toda la evitación experiencial debe considerarse de la misma manera.

¹⁰⁸ Esto no requiere necesariamente **preguntar** directamente sobre cada uno de los ítems, ya que con frecuencia la información relevante surge de manera espontánea a lo largo de la conversación clínica.

¹⁰⁹ A este respecto, siempre es una buena idea pedir el contacto de una persona confiable de la red con quien podamos contactarnos en caso de emergencia.

CAPÍTULO 13: EVALUANDO LOS PROCESOS DE FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA EN LA CONCEPTUALIZACIÓN DE CASO

Además de traducir el motivo de consulta a términos conductuales e indagar más ampliamente la presencia de conductas problemáticas y el contexto vital de nuestra paciente, una conceptualización ACT requiere que exploremos los procesos de rigidez y flexibilidad psicológica para poder generar una conceptualización de caso y un plan de tratamiento. Esto involucra observar el problema presentado desde el hexaflex y evaluar el estado de los procesos de flexibilidad psicológica en el repertorio general del paciente y en las situaciones clínicas clave. Se trata de evaluar el grado de flexibilidad en cada dimensión, especificando cuáles son los problemas y fortalezas específicas que se presentan.

Esto se puede identificar explorando lo que sucede en las situaciones que forman parte del problema presentado, siguiendo los lineamientos de los capítulos anteriores, pero también podemos observar directamente el repertorio de flexibilidad psicológica que la paciente exhibe en la sesión frente a contenidos clave. Podemos notar qué sucede cuando una conversación evoca malestar, cuando aparecen pensamientos difíciles, cuando habla de lo que le importa, etc. Por supuesto, esto no implica que el repertorio desplegado en sesión sea idéntico al desplegado en otros contextos¹¹⁰ –no actuamos de la misma manera en todas las situaciones ni con todas las personas, pero sí nos proporciona un indicio de lo que puede estar pasando en el resto de su vida, y muy especialmente en contextos sociales, ya que la terapia es fundamentalmente un contexto social. Por este motivo es útil en sesión evocar contenidos relevantes y notar las respuestas ante ellos para evaluar las dimensiones de flexibilidad psicológica.

Consideraciones generales sobre evitación y fusión

Todos los procesos del hexaflex son relevantes para planificar y llevar a cabo la terapia, pero es particularmente relevante evaluar evitación y fusión, ya que ACT les asigna un papel central en el sufrimiento psicológico y en el tratamiento. Digámoslo así: puedo avanzar con el tratamiento aún si no tengo una idea muy clara de lo que está pasando en términos de contacto con el presente, aunque sea con menos efectividad y careciendo de información clave. Pero difícilmente pueda avanzar si ignoro a) con qué experiencias internas mi paciente está fusionada y cuáles está evitando, b) qué conductas fusionadas o evitativas se emiten, y c) qué costos tienen esas conductas.

Cabe señalar que, aunque la fusión y la evitación son inseparables, puede suceder que clínicamente una sea más visible o tenga más impacto que la otra. Supongamos una paciente que presenta como conducta problema el pasar mucho tiempo con el celular mirando redes sociales. Nuestra indagación podría ir en la línea de: *¿qué experiencias internas están presentes en el momento en que toma el celular? ¿Está sintiendo algún tipo de malestar? ¿Hay algún pensamiento que está siguiendo en ese momento?* Quizá la respuesta sea que en los momentos en que recuerda a su expareja siente tristeza e incertidumbre, y al revisar las redes sociales esa incertidumbre se reduce –es decir, se trataría de una estrategia de evitación. O supongamos un paciente que reporta pasar mucho tiempo decidiendo qué ropa ponerse antes de salir. Cuando indagamos qué experiencias internas está presentes en ese momento, la respuesta es que siente que está gordo y que no le va a gustar a nadie –es decir, se trata de una conducta que está fusionada con una evaluación.

Digámoslo así: la evaluación de evitación y fusión no será lo único, pero sí probablemente sea lo primero que les pedirán en una supervisión ACT, porque son ejes centrales del tratamiento.

Evitación

Al evaluar evitación estamos buscando conductas que principalmente estén dirigidas a evitar o controlar la forma, frecuencia, intensidad o algún otro aspecto de experiencias internas que son experimentadas como aversivas. Por tanto, hay dos aspectos a identificar:

- a) Qué experiencias internas está intentando controlar.
- b) Qué conductas lleva a cabo para intentar controlarlas.

Generalmente, las experiencias internas que se intentan evitar o controlar involucran alguna forma de malestar experimentado en el cuerpo: sentimientos, emociones, impulsos o sensaciones físicas¹¹¹. Para identificarlas en los momentos clave podemos indagar en esta línea:

- *¿Qué sentiste en el momento en que hiciste X (la conducta problema)? ¿Qué sentimiento o sensación había en tu cuerpo en ese momento?*
- *¿Qué estás tratando de manejar o controlar al hacer X?*
- *¿De qué manera cambian tus sentimientos al hacer X?*
- *¿Qué crees que sentirías si no hicieras X?*

Es preferible incitar al paciente a ser tan descriptivo y específico como sea posible respecto a las experiencias internas evitadas, ya que sobre ellas más adelante en el tratamiento intentaremos fomentar conductas de aceptación. Es preferible, por ejemplo, “sentí una presión intensa en el pecho” o “sentí angustia” antes que “me sentí mal”.

Al evaluar conductas de evitación estaremos buscando conductas que se sientan tensas y rígidas, relativamente insensibles a la situación y enfocadas en el malestar. A fines de exploración, las estrategias de evitación pueden dividirse en dos grandes grupos que podríamos llamar de “piel adentro” y de “piel afuera”. Las primeras se refieren a la evitación por medio de conductas privadas, como por ejemplo distraerse, preocuparse, rumiar, fantasear, imaginar, etc. Las segundas se refieren a evitar por medio de conductas públicamente observables: retirarse de un lugar, procrastinar, cambiar de tema, consumir sustancias, autolesionarse, mirar TV, etc. (Luoma et al., 2017, p. 280).

Vale la pena señalar un par de puntos. En primer lugar, la evitación no implica que la persona esté **deliberadamente** intentando evitar. Las estrategias de evitación pueden ser simplemente la forma habitual que la

persona aprendió para lidiar con el malestar, por lo cual no podemos guiarnos por la intención de la persona para saber si tiene una función evitación o no. Pese a esto, la evitación no debe ser meramente adivinada ni interpretada¹¹² sino que debe ser corroborada por la experiencia del paciente. Esto es, la terapeuta no puede concluir que hay evitación solo porque le parece, sino que tiene que corroborar si la conducta efectivamente tiene funciones de evitación.

En esencia, vamos a conjeturar que hay evitación cuando observamos varias instancias de esta secuencia: 1) surge una experiencia interna difícil, 2) se lleva a cabo la conducta, 3) la experiencia interna se alivia, se reduce o cambia. Esto es, identificamos las conductas de evitación porque se emiten confiablemente en presencia de ciertas experiencias internas y generalmente provocan algún cambio en ellas.

La experiencia de **alivio**, en particular, suele indicar que se acaba de emitir una conducta de evitación, pero esto no quiere decir que las conductas de evitación generen un alivio perceptible en todos los casos. Gracias al lenguaje podemos experimentar inmediatamente los costos asociados a una acción de evitación, por lo cual el alivio se ve eclipsado por el malestar asociado al costo de la acción. La persona sencillamente no tiene tiempo de experimentar plenamente el alivio.

Por ejemplo, en procrastinación la postergación de una actividad ansiógena suele generar al mismo tiempo alivio de la ansiedad y culpa por postergar, por lo cual al indagar por las consecuencias emocionales inmediatas de procrastinar la paciente probablemente no reporte sentir alivio sino culpa, ya que es la emoción más prominente en ese momento. Lo que podemos indagar es qué sucede en particular con el sentimiento específico que estaba presente antes de postergar la actividad, al margen de otros sentimientos que pudieran haber surgido –por ejemplo, preguntar si, más allá de la culpa, hubo algún cambio en la ansiedad que sentía antes de procrastinar.

Con respecto al repertorio general de evitación/aceptación que va más allá del problema presentado, podemos evaluar los siguientes puntos:

- ¿Qué otras experiencias internas evita y con qué intensidad?
 - Identificar los contextos y situaciones vinculadas.
 - Hacer foco en patrones amplios de evitación (experiencias que son evitadas de manera sistemática con varios tipos de acciones en lugar de evitaciones puntuales).
- ¿Hay situaciones en las cuales puede hacerle lugar al malestar si está al servicio de algo importante? Por ejemplo, un músico con problemas para lidiar con sentimientos de incertidumbre puede hacerle lugar a la ansiedad al subir al escenario. Cuando eso sucede, nos señala que hay repertorios de aceptación disponibles que se pueden generalizar al problema presentado.
- ¿Racionaliza o justifica las conductas de evitación? En general cuando la evitación es racionalizada o defendida tiende a ser más difícil de trabajar.

En sesión:

- ¿Puede notar y recibir abiertamente experiencias difíciles o dolorosas (por ejemplo, hablar con vulnerabilidad, exhibir o verbalizar malestar sin acciones para reducirlo o controlarlo)?
- ¿Hay cambios de tema, chistes, pérdida de contacto visual, u otras formas de desconexión emocional frente a ciertos tópicos?
- Frente a preguntas difíciles, ¿da respuestas evasivas o que evitan el núcleo emocional de la pregunta?

Fusión

La fusión involucra conductas problemáticas que están guiadas rígidamente por pensamientos, juicios, creencias, reglas, expectativas, opiniones, etc. Cada vez que tengamos la sensación de que las acciones de nuestra paciente están “enredadas” con evaluaciones, comparaciones, opiniones, etc., y que en esos casos se vuelve más rígida, defensiva, o en general menos efectiva y flexible para lidiar con lo que está pasando, podremos sospechar la presencia de fusión.

Para evaluar fusión necesitamos conocer:

- a) Cuáles son los contenidos verbales problemáticos.
- b) Cuáles son las conductas fusionadas con esos contenidos.

Los contenidos verbales que nos interesan particularmente son las evaluaciones/juicios, comparaciones, creencias, expectativas, reglas, y explicaciones/razones. Podemos indagar los contenidos que están presentes cuando se llevan a cabo las conductas problemáticas, o en su defecto los que se ofrecen como justificación de ellas como, por ejemplo:

- *¿Qué pensamientos había en tu mente cuando hiciste X?*
- *¿Qué pensamientos aparecen ahora al hablar de lo que sucedió?*
- *¿Por qué querías hacer X en ese momento?*
- *¿Por qué decidiste hacer X?*

Por otro lado, al explorar conductas fusionadas buscaremos aquellas que estén guiadas primariamente por lo que indican esos pensamientos, evaluaciones, comparaciones, etc. Esto puede incluir tanto conductas que “le hacen caso” a un pensamiento o creencia, como aquellas que tratan de resolver o analizar un pensamiento o creencia.

Esto es, una persona fusionada con un pensamiento como “me va a ir mal en el examen” puede rendirse a ese pensamiento (por ejemplo, no presentándose a rendir), o puede luchar con ese pensamiento, por ejemplo, analizando porqué le va siempre mal, tratando de convencerse de que esta vez le va a ir bien, o pensando en cambiar de carrera. Más adelante, al trabajar defusión con ese pensamiento, intentaremos que cuando aparezca, en lugar de obedecerlo o luchar con él el paciente emita en ese momento una conducta más consistente con sus valores: seguir estudiando en lugar de rumiar o procrastinar, permanecer presente en el examen en lugar de irse lo antes posible, o cualquier otra conducta necesaria para sostener lo que es valioso en esa situación. Pero para hacer eso necesitaremos primero identificar el pensamiento en cuestión y las conductas fusionadas más típicas para ese paciente.

También prestaremos atención a las conductas relacionadas con entender, analizar, explicar, o dar sentido a eventos pasados, presentes y posibles a futuro, aun cuando esto ocasione un deterioro en algún aspecto valioso del momento actual. La rumiación y la preocupación son ejemplos típicos de esto. Ambas pueden ser pensadas como intentos verbales de resolución de problemas, en donde la persona se atasca intentando analizar un evento distante en el pasado o de anticipar desenlaces que podrían suceder en el futuro, aun cuando hacerlo deteriore la calidad de vida en el presente.

Es importante tener en cuenta que la fusión no requiere que el pensamiento o regla sea incorrecto, negativo o irracional. Un pensamiento perfectamente correcto y racional puede acarrear fusión problemática, y un pensamiento negativo puede ser sostenido sin mayor impacto sobre la conducta. Prestamos más interés a los contenidos negativos porque suelen generar mayor rigidez que los positivos, pero ambos pueden ser problemáticos. Hace unos años tuve que dar una clase-taller para un público especialmente desafiante para mí (eran varios centenares de personas, en su mayoría personal administrativo y abogados), y si bien me entusiasmaba la idea de dar la clase, la ansiedad que me generaba era mayúscula. Tuve varios meses para preparar la clase, pero cada vez que me sentaba a prepararla aparecía uno de dos pensamientos: algunos días pensaba “no sé cómo dar esta clase, va a ser un desastre”. Otros días pensaba algo más en la línea de “tengo bastante experiencia en el tema y he dado varias clases, seguro que lo voy a poder resolver unos días antes de la clase”. El problema era que en ambos casos mi conducta a continuación era levantarme, apagar la computadora y ponerme a hacer otra cosa, y esa era la conducta problemática. El problema no era que el contenido de mis pensamientos fuera positivo o negativo, el problema es que no estaba haciendo lo que necesitaba hacer: quedarme sentado y preparar la condenada clase.

Para evaluar el repertorio general de fusión/defusión del paciente podemos considerar los siguientes puntos:

- ¿Puede identificar los pensamientos automáticos y creencias como tales?¹¹³
- ¿Nota a sus opiniones y juicios como tales o los sostiene como hechos?
- ¿Puede distinguir entre su experiencia y lo que piensa sobre su experiencia?
- ¿Puede sostener puntos de vista contradictorios o mutuamente excluyentes sin adherir a uno u otro?
- ¿Sostiene rígidamente creencias, juicios o expectativas sobre sí mismo o los demás?
 - Evaluar especialmente reglas vinculadas a mandatos sociales y bienestar emocional.
 - Evaluar los pensamientos asociados a la tríada cognitiva (pensamientos sobre sí mismo, el mundo y el futuro).

En sesión:

- ¿Exhibe la tendencia a contar “anécdotas” extensas con poco correlato emocional?
- ¿Las sesiones se sienten excesivamente racionales y un tanto tediosas?
- ¿Hay tendencia a explicar, racionalizar, o enfocarse en entender más que en actuar de manera efectiva?

Momento presente

Contacto con el presente se refiere fundamentalmente a lo que sucede con la atención, en particular a sus cualidades de foco y flexibilidad, en las situaciones clave.

Imaginen que en este momento mientras caminan se golpean el dedo pequeño del pie contra un mueble, ¿qué pasaría con su atención? Probablemente se enfocaría rígida y estrechamente sobre las sensaciones de dolor, y el resto de los estímulos del ambiente desaparecerían¹¹⁴. Algo similar es lo que le sucede a una persona que está luchando (evitación y fusión) con sus experiencias internas: pierde contacto con todo lo que esté por fuera de esa lucha y su atención tenderá a centrarse rígidamente en contenidos mentales.

Como mencionamos en capítulos anteriores, la atención es relevante para la flexibilidad psicológica porque sin estar presente psicológicamente en una situación no es posible experimentar sus aspectos agradables ni tampoco lidiar efectivamente con los desafíos que se estuviesen presentando. Por este motivo, queremos evaluar en qué medida en las situaciones clave la persona puede:

- Traer voluntariamente la atención a otros aspectos del ambiente externo e interno que son importantes. Esto es, “salir de su mente” y llevar la atención a otros aspectos del mundo externo.
- Desplazar el foco atencional con flexibilidad para notar diversos aspectos de la situación.
- Ampliar el foco atencional de manera de notar otros aspectos de las experiencias.

Para evaluar el grado de contacto con el momento presente como repertorio general en la vida del paciente podemos considerar qué tan flexible parece ser su atención en otros ámbitos. Algunos aspectos que podemos evaluar son:

- Grado de contacto, discriminación, e identificación de diversas emociones y pensamientos.
- El grado de conexión con estímulos sensoriales.
- Los matices que puede percibir en la experiencia.

Con respecto a este último punto, consideren que para trabajar flexibilidad en esta dimensión se suelen utilizar, aunque no de manera exclusiva, ejercicios formales e informales de atención plena (mindfulness). En esos ejercicios suelen alentar la observación cuidadosa de los detalles más delicados de la experiencia: las pequeñas variaciones de sensación en la inhalación y exhalación, o cómo se puede sentir al tacto la textura de una pasa de uva. Por este motivo el grado de detalle reportado puede señalarnos el nivel de conexión con el momento presente.

El grado de registro de experiencias corporales es un buen indicador en esta dimensión: qué siente, en qué lugares del cuerpo, con qué cualidades y características. Cuanto más preciso pueda ser el paciente con respecto a qué siente y dónde lo siente, en general es indicador de flexibilidad. Por el contrario, un indicador típico de la pérdida de contacto con el presente es un registro corporal más bien pobre, que suele manifestarse en tensión corporal o mala postura que pasa desapercibida, dificultad para identificar sensaciones físicas y sentimientos, etc.

En sesión algunos indicadores de contacto con el presente son:

- ¿Mantiene contacto (visual e interactivo) con la terapeuta, o parece estar hablando sola?

- ¿Permanece relativamente inmóvil en un mismo lugar o tiende a realizar movimientos y gestos, acomodarse, o cambiar de posición?
- ¿Exhibe granularidad emocional¹¹⁵? Esto es, cuando se le pregunta por lo que está sintiendo, ¿tiende a responder con "bien" o "mal", o contesta con sentimientos específicos y detalles sensoriales de esos sentimientos?
- ¿Hace referencia espontáneamente a cambios en su cuerpo y emociones que suceden a medida que transcurre la sesión?

Self y perspectiva

En esta dimensión nos interesa evaluar, por un lado, la fusión rígida con definiciones de sí mismo (self como contenido) y, por otro lado, la capacidad de contactar con un sentido de perspectiva que trascienda a las experiencias internas (self como contexto), que las aloje y permita verse a sí mismo y a los eventos desde múltiples perspectivas.

Para evaluar el self como contenido nos interesa comprobar si las respuestas que da en las situaciones clave están afectadas por descripciones y evaluaciones rígidas de sí mismo como, por ejemplo:

- Autodefiniciones, del estilo "Lo que pasa es que soy X" ("soy torpe", "soy feo", "soy defectuosa", "soy exitosa", "soy inadecuado", "soy alegre", etc.).
- Explicaciones y justificaciones basadas en autodefiniciones:
 - "Soy X a causa de Y" (por ejemplo "soy depresivo porque soy demasiado inteligente").
 - "No puedo hacer X porque soy Y".
- Presencia de narrativas más elaboradas sobre sí mismo (por ejemplo "a mí las cosas siempre me salen mal", "siempre me equivoco al elegir pareja", "soy un fracaso en todo lo que hago", etc.).
- Fusión con etiquetas, roles y expectativas asignadas socialmente (esto es, mandatos sociales sobre cómo debe actuar una persona con determinadas características).

En resumen, al evaluar problemas con el self-como-contenido buscamos evaluaciones, comparaciones, y narrativas sobre sí mismo que funcionen como obstáculos¹¹⁶. Poco importa que esos contenidos en cuestión sean positivos o negativos, poco importa si son verdaderos o no, lo que importa es qué sucede cuando aparecen: si tienden a rigidizar sus patrones de acción serán un blanco del tratamiento.

Más allá de lo que aparezca en las situaciones clave, nos interesa saber si hay problemas con el self-como-contexto en general en su vida. En tanto tenemos una vida social, todos tenemos etiquetas, descripciones y narraciones sobre nosotros mismos. Lo que queremos explorar es si el paciente las ve como hechos o si las sostiene con cierta liviandad, como historias construidas.

Con respecto al self-como-contexto, queremos evaluar si en las situaciones clave puede adoptar una perspectiva más amplia sobre sus experiencias internas y los eventos. Si puede ver a sus experiencias internas como temporales, si adopta un punto de vista en el cual son experiencias que contiene, en lugar de experiencias que lo definen, podemos sospechar en general un buen grado de flexibilidad.

También es un indicador positivo en este aspecto si puede adoptar otras perspectivas temporales o personales frente a los eventos o experiencias que experimenta como, por ejemplo:

- Adoptar un punto de vista temporal flexible: por ejemplo, que un malestar se acabará dentro de un tiempo.
- Adoptar un punto de vista personal flexible: por ejemplo, ver un evento desde el punto de vista de otra persona.
- Compasión y autocompasión¹¹⁷: ver un evento o experiencia dolorosa desde el punto de vista general del sufrimiento que entraña ser humano.

Valores

Los valores se refieren a la posibilidad de identificar las direcciones generales y cualidades de acción deseadas que se ponen en juego en cada situación. Lo central que queremos indagar para la conceptualización es si en las situaciones clave la paciente puede identificar lo que es importante en su vida (más allá de que pueda actuar al respecto o no) o si en esos casos predominan reglas de evitación, mandatos sociales, objetivos emocionales, etc.

Los valores están estrechamente ligados a los costos que señalamos en el capítulo anterior –de hecho, los costos pueden considerarse como el dolor que aparece cuando se lastima algo valioso. Con frecuencia basta con invertir los costos del problema presentado para encontrar el valor subyacente: por ejemplo, si una paciente dice que lo que más le duele de sus problemas de ansiedad social es perderse los actos escolares de sus hijos, podemos indagar si estar para sus hijos entraña algo importante para ella y si es un valor por el cual estaría dispuesta a trabajar en terapia.

Evaluamos entonces valores por dos vías en el problema presentado:

- a) ¿Cuáles son los valores o qué es importante en el área del problema presentado? ¿Puede identificarlos o solo expresa reglas de evitación, mandatos sociales, objetivos emocionales, etc.?
- b) ¿Qué es lo que lastima el problema presentado como para que quiera resolverlo? Por ejemplo: "¿Qué es lo que más te duele haber perdido o que se haya deteriorado a causa del problema que te trae a terapia? ¿Qué habría de positivo en tu vida si dejara de ser un problema?".

No es muy frecuente que una paciente llegue a terapia teniendo mucha claridad sobre sus valores –por eso valores requiere un trabajo clínico específico– por lo cual inicialmente puede ser suficiente con identificar actividades, ámbitos vitales o personas que parecen importantes en la vida de nuestro paciente, y dejar para más adelante la identificación más precisa de los valores que entrañan¹¹⁸.

Además de los valores involucrados en el problema presentado, en esta dirección, más que en cualquier otra, nos interesa ir más allá de las situaciones problemáticas, explorando las direcciones generales y cualidades de acción deseadas en el resto de su vida. Algunas pautas para tener en cuenta en esta dimensión son:

- ¿Puede identificar valores en diversos ámbitos?

- Al hablar de metas y objetivos, ¿puede identificar los valores a los cuales se refieren?
- ¿Tiende a orientarse en términos de valores o más bien en términos de metas de resultados, emocionales o mandatos sociales?
- ¿Habla de lo que **querría** en su vida o habla de lo que **tendría** que hacer o de lo que es socialmente esperable?
- ¿Hay áreas vitales importantes que estén siendo descuidadas?
- ¿Menciona espontáneamente en sesión direcciones vitales y cualidades valiosas?
- ¿Aparece cierto sentido de entusiasmo y emoción al hablar de lo que es importante en su vida, o la conversación parece más bien fría y carente de vitalidad, como si meramente estuviera dando un reporte?
- Al hablar de los costos asociados al problema presentado, ¿aparece cierta sensación de tangibilidad del dolor, de que el dolor está siendo experimentado, o se percibe cierto desapego?

Acción comprometida

En esta dimensión evaluamos los repertorios de impulsividad y de acción al servicio de valores, esto es, en qué medida puede orientar sus acciones hacia valores y en qué medida sus acciones están guiadas por evitación/fusión. Como notarán, evaluar esta dimensión es algo que ya habremos hecho si realizamos un análisis funcional del problema presentado.

De cualquier manera, es útil evaluar la extensión de este repertorio más allá del problema presentado. Por ejemplo, podemos explorar si en otros ámbitos la paciente orienta sus acciones por valores: podríamos encontrarnos con un paciente que consulta porque actúa de manera impulsiva en su trabajo, pero que se guía por valores a la hora de cuidar a sus padres, y está participando en un proyecto a largo plazo en su comunidad. Algunas pautas para evaluar esta dimensión son:

- ¿Hay actividades que omite sólo para no lidiar con pensamientos y sentimientos difíciles?
- ¿Puede notar cuando hay inconsistencia entre sus acciones y sus valores?
- Cuando nota inconsistencia:
 - o ¿Puede regresar al patrón conductual valioso?
 - o ¿**Querría** volver a orientarse por valores, pero no sabe cómo lidiar con los obstáculos externos o internos que se presentan?
 - o ¿Tiende a racionalizar o justificar la inconsistencia y persistir en ella?¹¹⁹
- ¿Habla espontáneamente de realizar actividades orientadas a valores o metas importantes?
- ¿Adopta una perspectiva de resolución de problemas cuando se presentan obstáculos prácticos para sus actividades, o más bien tiende a abandonarlas?
- ¿Puede identificar una gama amplia de actividades al servicio de valores o metas importantes o se limita a pocas opciones?

La evaluación de los procesos de flexibilidad psicológica no se limita a las sesiones iniciales, sino que persiste a lo largo del tratamiento, y será el mayor indicador del progreso del mismo, como así también de los obstáculos a resolver y los pasos clínicos a dar.

¹¹⁰ Hay terapeutas que pueden sacar lo peor de cualquier paciente y, seamos justos, terapeutas que pueden sacar lo mejor, por lo cual conviene ejercer precaución al inferir que algo observado en sesión sucede exactamente igual en la vida cotidiana.

¹¹¹ En rigor, también se pueden evitar contenidos más cognitivos, como pensamientos y recuerdos, pero en la clínica me he encontrado que cuando hay conductas de evitación frente a ellos, generalmente se dirigen al malestar que traen aparejados. Es raro que una persona evite un pensamiento o un recuerdo que no acarreen malestar físicamente perceptible. Steven Hayes, en una comunicación personal, expresó que para él evitación se refiere más a emociones y sentimientos que a contenidos cognitivos.

¹¹² Por supuesto, una cosa es realizar una conjetura a confirmar y otra cosa es sostener una interpretación como si fuera un hecho. En general, conviene escapar de la interpretación como de la peste.

¹¹³ Si el paciente tiene dificultades notando qué pensamientos aparecen en su vida cotidiana, puede ser útil usar registros de pensamientos automáticos.

¹¹⁴ También aumentaría la emisión de todo tipo de improperios y maldiciones, pero no es relevante para el ejemplo.

¹¹⁵ Este concepto se refiere al abanico de emociones que puede diferenciar una persona. Cuantos más matices y diferenciaciones entre sentimientos pueda percibir, mayor granularidad emocional, lo cual constituye un factor psicológico positivo.

¹¹⁶ Puede resultar útil en esta área familiarizarse con las herramientas técnicas que Terapia de Esquemas (Parfy, 2012; Young et al., 2003) utiliza para evaluar y explorar las autodefiniciones problemáticas.

¹¹⁷ Los ítems descriptos involucran la habilidad de adoptar una perspectiva que no sea la actual, como, por ejemplo, el punto de vista del pasado o el futuro ("¿cómo verías esto si tuvieras 18 años?"), el punto de vista de otra persona ("Si estuvieras en el lugar de tu mamá, ¿qué dirías sobre la situación?"), o la autocompasión, que implica ver el sufrimiento desde el punto de vista de la humanidad compartida.

¹¹⁸ Valga la pena insistir sobre este punto: un ámbito, una actividad, una persona, no son propiamente valores personales. Los valores se refieren a la expresión de las cualidades de acción y direcciones generales deseadas en esos ámbitos. Revisaremos esto con más detalle en el capítulo de Valores.

¹¹⁹ La impulsividad, cuando es justificada y racionalizada, tiende a ser mucho más persistente.

CAPÍTULO 14: FORMULANDO UNA CONCEPTUALIZACIÓN DE CASO

Después de supervisar durante años, he llegado a sospechar que nadie ha hecho una conceptualización de caso en la historia de la psicoterapia. Quizá esté exagerando levemente, pero en todo caso creo que la conceptualización de caso suele ser tratada como un procedimiento burocrático, algo que hay que hacer cuando presentamos un caso en contextos académicos o cuando estamos obligados laboralmente a hacerlo, y me parece algo desafortunado.

Creo que si todos los casos fuesen bien conceptualizados la mayoría de las supervisiones serían innecesarias ya que una buena parte de los atascos de las terapias desaparecerían por sí mismos. Digo esto porque la información a recabar que señalamos en las secciones anteriores no es para fines puramente administrativos, sino que cumple la función vital de organizar el tratamiento: nos permite identificar los procesos y contenidos a trabajar, identificar aspectos relevantes del contexto de la paciente, los valores hacia los cuales se dirigirá la terapia, los objetivos concretos que nos permiten evaluar si la terapia está avanzando, etc. Sin esa organización es difícil identificar y resolver obstáculos y situaciones difíciles. Sin esa organización carecemos de un mapa para navegar el territorio. Como dice el popular refrán, si nos organizamos conceptualizamos todos, o algo por el estilo.

Hay varios formatos de conceptualización de caso en ACT que se pueden utilizar para organizar la información clínica (por ejemplo, Bach & Moran, 2008; Luoma et al., 2017; Polk & Schoendorf, 2014) –y de hecho, el hexaflex mismo es una herramienta de conceptualización de caso. Pero en rasgos generales todos los formatos incluyen más o menos el mismo tipo de información.

El formato de conceptualización de caso que les presentaré a continuación no es mejor ni preferible a otros, sino que es simplemente el que utilizo en mi práctica y en mis supervisiones porque me resulta útil. Consiste en tamizar y organizar la información obtenida a través de los aspectos evaluados que hemos descrito en una lista condensada de ítems. La conceptualización es un proceso que se va actualizando a medida que obtenemos nueva información de nuestro paciente. Los ítems a incluir son:

- 1.Cuál es el problema presentado y lo que la paciente quiere de la terapia (en sus palabras).
2. Relación con experiencias internas:
 - a. Una lista de los pensamientos, reglas, mandatos, expectativas sociales, creencias, etc. que resulten problemáticos, las conductas fusionadas con ellos, y los costos intrínsecos y cualitativos de esas conductas.
 - b. Una lista de las experiencias internas evitadas, las conductas de evitación que se despliegan para cada una, y los costos intrínsecos y cualitativos de esas conductas.
3. Costos generales:
 - a. Otros patrones conductuales no relacionados directamente con el problema presentado, pero que estén generando costos intrínsecos y cualitativos en otros ámbitos.
 - b. Áreas vitales que estén siendo descuidadas (por ejemplo, relaciones sociales, sentimentales, familiares, trabajo, educación, recreación, cuidado de sí mismo, etc.).
4. Direcciones vitales valiosas:
 - a. Valores y cualidades importantes.
 - b. Metas.
 - c. Actividades al servicio de valores y metas.
 - d. En ambos casos, describir tanto las que ya están siendo llevadas a cabo como las que querría incluir en su vida.
5. Contexto vital general que sea relevante.
6. Evaluación de los procesos de flexibilidad psicológica:
 - a. Dificultades y fortalezas en cada una de las seis dimensiones de flexibilidad psicológica.
 - b. Indicar la disponibilidad general de estos repertorios.
 - c. Indicar los contextos en los que los repertorios se ven particularmente afectados.
7. El plan inicial de tratamiento
 - a. Objetivos terapéuticos acordados.
 - b. Qué procesos de flexibilidad psicológica se trabajarán y en qué orden.
 - c. Posibles intervenciones a utilizar (metáforas, ejercicios, etc.).
 - d. Obstáculos contextuales a resolver (dificultades económicas, interpersonales, situaciones de violencia, etc.).
 - e. Otras dificultades.

En las secciones anteriores hemos abordado cada uno de estos ítems (salvo el plan de tratamiento), por lo cual pueden remitirse a ellas para más información. La conceptualización puede complementarse con cualquier instrumento diagnóstico o escala relevante para el problema presentado. Hay abundantes instrumentos relacionados con los procesos de flexibilidad psicológica, por ejemplo, cuestionarios que evalúan aceptación, fusión, contacto con el presente, etc.¹²⁰

Como mencioné al principio del capítulo, la conceptualización de caso es extremadamente útil pero frecuentemente omitida. Como práctica, les sugeriría que tomen un caso con el cual estén teniendo dificultades, e intenten completar los ítems de la conceptualización de caso hasta donde puedan. A continuación, noten cuáles son los ítems que no hayan podido completar: probablemente esos huecos les estén señalando información crucial para avanzar con el tratamiento.

¹²⁰ De hecho, una revisión publicada en 2015 identificó **más de 50** cuestionarios vinculados a ACT (Batink et al., 2015). Por desgracia, no todos esos cuestionarios están traducidos al castellano, pero periódicamente la lista de herramientas de evaluación, en castellano y en otros idiomas, se va engrosando a medida que avanza la investigación. Sugiero visitar el sitio web de la ACBS donde se mantiene un listado actualizado de herramientas disponibles.

CAPÍTULO 15: ACORDAR OBJETIVOS DE TERAPIA Y OBTENER UN CONSENTIMIENTO INFORMADO

Luego de tener una idea general del caso, de haberlo conceptualizado y bosquejado un plan inicial del tratamiento (cuáles serán los blancos clínicos, que procedimientos utilizaremos, etc.), el siguiente paso es compartir nuestra evaluación y plan con la paciente y obtener su consentimiento para avanzar con el tratamiento.

Acuerdos terapéuticos

Con demasiada frecuencia sucede que los tratamientos comienzan sin que haya un acuerdo explícito entre paciente y terapeuta sobre los objetivos a alcanzar y qué tareas serán necesarios para alcanzarlos. Esto es desafortunado por varios motivos. En primer lugar, el acuerdo con respecto a objetivos es un factor clave para generar una buena alianza terapéutica. Recordemos que según la definición más comúnmente usada la alianza terapéutica incluye tres elementos (Bordin, 1979):

1. Un acuerdo entre paciente y terapeuta sobre las metas u objetivos del tratamiento.
2. Un acuerdo entre paciente y terapeuta sobre las tareas que la terapia va a involucrar.
3. Un vínculo positivo entre paciente y terapeuta¹²¹.

Los dos primeros ítems (metas y tareas) pueden de hecho considerarse como un solo factor ya que ambos se refieren a acordar la dirección general de la terapia (Andrusyna et al., 2001).

Hay motivos tanto éticos como prácticos para obtener un acuerdo explícito sobre estos ítems. Éticamente es deseable porque si no se explicita qué es lo que se quiere lograr y cómo, la persona no puede dar su consentimiento al tratamiento, por ello en la mayoría de los países es obligatorio realizar un consentimiento informado para los tratamientos psicológicos. Imaginen ir a una agencia de viajes y pagar una excursión sin saber el destino, la duración de la excursión, ni el medio de transporte que se utilizará: esa es la situación en la cual se encuentran muchas personas que reciben tratamiento psicoterapéutico¹²².

Más allá de las consideraciones éticas y legales, en términos prácticos tampoco es buena idea omitir el acuerdo, ya que su ausencia socava severamente la motivación para el tratamiento: colaboramos más cuando tenemos elección sobre dónde queremos ir y cómo. Además, una terapia sin objetivos acordados es un barco a la deriva, y las sesiones pueden terminar convirtiéndose en conversaciones sobre los eventos de la semana, en lugar de esfuerzos coordinados en una dirección.

Esto no significa que los pacientes tengan entera libertad de elegir los objetivos terapéuticos, ya que depende de nuestro criterio profesional, pero sí pueden discutirse y reformulados para volverlos más aceptables. Esto se debe a que los pacientes pueden esperar objetivos que son inviables vistos desde la óptica de ACT. En líneas generales, hay tres tipos de objetivos terapéuticos con los que podemos encontrarnos.

Objetivos externos: son los objetivos de terapia que se refieren a obtener determinados resultados o que otras personas modifiquen su conducta. Por ejemplo:

- “Quiero conseguir pareja”.
- “Quiero tener hijos”.
- “Quiero hacer más dinero”.
- “Quiero que mis hijos me respeten”.

Estos objetivos, si bien son completamente válidos y pueden resultar motivadores, son inviables como objetivos de terapia porque no tenemos un control directo sobre los resultados de nuestras acciones. Podemos intentar tener hijos y no poder hacerlo por razones de fertilidad, o podemos intentar de mil maneras aumentar nuestros ingresos económicos y no lograrlo por un contexto económico adverso¹²³. Lo mismo sucede con las acciones de otras personas: puedo intentar por diversos medios que Bill Gates me done su fortuna, pero difícilmente vaya a suceder.

Insisto: podemos llevar a cabo acciones que hagan que esos resultados sean más probables, pero no tenemos un control directo sobre eventos externos ni sobre la conducta de otras personas, por lo cual acordar algo como “El objetivo de la terapia será que consigas pareja” es prometer algo que no está en nuestras manos cumplir. Reformularlos como objetivos centrados en acciones (“trabajaremos para que cultives intimidad y conexión con otras personas”), puede ser más viable y honesto.

Objetivos cognitivo-emocionales: estos son los objetivos de terapia que se refieren a eliminar, controlar, o conseguir determinados sentimientos y pensamientos, como por ejemplo:

- “Quiero sentirme bien”.
- “No quiero más tener esos recuerdos”.
- “Quiero que me dejen de importar las cosas”.

Al igual que con los objetivos externos, este tipo de objetivos son válidos, pero en última instancia inviables porque no tenemos buen control de las experiencias internas, por lo cual proponerlos como fin de la terapia es plantear un objetivo que no está bajo control directo del terapeuta ni del paciente. Supongamos que un paciente plantea como objetivo “sentirse bien”: aun cuando hagamos todo “bien” en términos técnicos pueden ocurrir circunstancias desafortunadas que generen malestar en la vida del paciente (enfermedades, pérdida de seres queridos, problemas económicos, etc.) y hagan que el objetivo sea inalcanzable.

Esto no implica que sea imposible sentir mayor bienestar o reducir las experiencias internas displacenteras –en efecto, como resultado de ACT frecuentemente aumenta la sensación de bienestar, se reduce la ansiedad o el estrés, disminuyen los pensamientos intrusivos, etc., pero plantearlo como objetivo primario puede de hecho contribuir a la evitación y hacer que sea menos probable que esas experiencias ocurran. En estos casos puede ser viable reformular estos objetivos en términos de las acciones y cualidades que son buscadas en última instancia.

Objetivos conductuales: estos son los objetivos que se refieren a modificar la propia conducta, y aquí sí

estamos en el terreno de los objetivos terapéuticos viables. Digamos, no puedo controlar directamente el conseguir pareja, pero puedo llevar a cabo acciones que hagan que sea más probable que ello suceda, como bañarme¹²⁴, mejorar mis habilidades de conversación, o aprovechar todo tipo de oportunidades de conocer personas. Tampoco puedo elegir sentirme feliz como un acto de voluntad, pero sí puedo actuar de manera más consistente con mis valores, lo cual *puede* llevarme a sentirme bien –o quizá no, pero en todo caso habré cultivado acciones valiosas.

Para resumir entonces: los objetivos externos y los cognitivo-emocionales no son inviables por ser incorrectos o indeseables, sino porque simplemente no podemos honestamente ofrecerlos como resultado de la terapia. Si nuestra paciente postula alguno de los objetivos que hemos descripto como inviables bastará con reformularlos en términos de objetivos conductuales orientados por valores personales.

Los objetivos inviables pueden considerarse siempre como medios para un fin. Objetivos como conseguir pareja, tener hijos, conseguir dinero, sentir menos ansiedad, que ciertos recuerdos aparezcan con menos frecuencia, etcétera, pueden considerarse como medios o caminos posibles para vivir una vida que se sienta valiosa. Pero a veces los medios no son completamente necesarios ni adecuados para el fin último. Un recurso técnico entonces es “saltearse” el medio y pasar directamente al fin: *si ya tuvieras eso* (el objetivo específico planteado como medio), *¿qué valores y cualidades valiosas estarías cultivando, que estaría presente en tu vida?* Como notarán, estos objetivos están completamente ligados al trabajo de costos que vimos en las secciones anteriores.

Veamos un par de ejemplos del tipo de respuestas que podemos recibir a esa pregunta. Supongamos que una persona que plantea como objetivo “conseguir pareja” nos responde diciendo que si la consiguiera podría compartir cosas y sentir conexión con otra persona. Podríamos proponer entonces que el objetivo de terapia sea trabajar para que pueda llevar a cabo acciones que signifiquen compartir y conectarse con otras personas, lo cual abarcaría acciones dirigidas a conocer personas y quizá conseguir una pareja, pero también puede expandirse a otro tipo de acciones que impliquen compartir y conexión en otros ámbitos y con otras personas. Similarmente, supongamos una persona que tiene como objetivo “sentirse feliz” y que responde a nuestra pregunta diciendo que se ocuparía más de sus proyectos, que usaría menos las redes sociales y que cuidaría más su salud. Podríamos proponer en ese caso que el objetivo de la terapia sea trabajar para ocuparse de sus proyectos, de reducir el uso de las redes sociales y de cuidar su salud.

En cualquiera de los dos casos, reformularlos de esta manera nos permite evitar objetivos inviables, sin dejarlos de lado sino reubicándolos como resultados deseables, más no como fines últimos. No podemos controlar directamente nuestras experiencias internas, no podemos controlar directamente los eventos del mundo, no podemos controlar directamente lo que hacen otras personas. Lo único sobre lo cual tenemos un grado razonable de control (y abundantes recursos técnicos) es sobre nuestras acciones y sobre las cualidades de nuestras acciones. Eso es lo único que honestamente podemos ofrecer como terapeutas.

En general los objetivos terapéuticos acordados en ACT involucran fomentar patrones de acción al servicio de los valores personales. Esto admite un reparo, sin embargo. Al principio de la terapia rara vez los valores están claramente identificados y formulados (el trabajo con valores requiere su tiempo), por lo cual al momento de plantear acuerdos iniciales podemos comenzar trabajando con aproximaciones a lo más parecido que tengamos a valores en ese momento como, por ejemplo, la respuesta a la pregunta del milagro, para ir refinándolos luego durante el trabajo clínico.

Consentimiento informado

El consentimiento informado (CI) incluye tanto los acuerdos terapéuticos como también cualquier otra información que sea relevante para el paciente respecto al tratamiento. El CI tampoco es específico de ACT, por supuesto, pero está tan ausente de la mayoría de las formaciones académicas que querría dedicarle algunas líneas.

En términos generales el CI consiste en expresarle claramente a la persona cuál es nuestra evaluación de la situación, nuestra propuesta de tratamiento, las consecuencias esperables de seguirla o no, las alternativas posibles de tratamiento, etc. La persona puede dar su consentimiento a la propuesta o rechazarla, en cuyo caso se discutirán los posibles caminos a seguir. El formato específico en que se realiza el CI es determinado por la legislación de cada país –en Argentina, por ejemplo, se puede hacer de manera verbal¹²⁵ para los tratamientos psicológicos mientras que en otros lugares se requiere que sea por escrito o que sigan un formato específico.

Aquí me interesa más bien revisar el CI como recurso que aumenta el compromiso con el tratamiento y como expresión de respeto y verdadera escucha hacia las personas con las que trabajamos. En líneas generales, la primera instancia del proceso de CI se realiza una vez que contamos con un rudimento de conceptualización de caso (generalmente en las primeras sesiones), pero el CI no es un procedimiento estático, que se realice de una vez y para siempre, sino un proceso dinámico que se va actualizando a medida que cambian las condiciones de la terapia.

Veremos a continuación algunos puntos específicos del CI que vale la pena tener en cuenta.

Diagnóstico

El CI requiere comunicar nuestro diagnóstico de la situación, pero esto no necesariamente requiere usar un sistema diagnóstico estandarizado como el DSM o el CIE en alguna de sus iteraciones, ya que nuestro diagnóstico puede estar guiado por otros formatos de evaluación psicológica.

ACT en particular no utiliza el DSM como guía (de hecho los principales proponentes del modelo han realizado fuertes críticas al DSM, véase por ejemplo Hayes & Hofmann, 2020). Sin embargo, suelo brindarles a mis pacientes su diagnóstico en términos DSM si aplica. Esto se debe a que el DSM se ha convertido en un estándar *de facto* para la comunicación en el ámbito de la salud psicológica, y sé que probablemente no vaya a ser yo el único terapeuta que mis pacientes vayan a ver en su vida, por lo cual, si tengo una presunción diagnóstica expresable en términos DSM, informárselo al paciente puede resultarle útil para sus futuras consultas con otros profesionales.

Dicho esto, si proporcionamos un diagnóstico estandarizado debemos hacerlo con cuidado y con ligereza, más en la línea de “X es la etiqueta que los profesionales usamos cuando a una persona le pasa Y” que “tienes X”. Las personas no *son* un diagnóstico, y es deseable evitar las estigmatizaciones que pudieran surgir de tratarlas como tales.

Tiempo de tratamiento y formato de las sesiones

Por lo general no es una obligación legal incluir el tiempo estimado de tratamiento en el CI, pero si tenemos una expectativa razonablemente fundada del tiempo que puede implicar, comunicarlo puede aumentar el compromiso con el mismo. En particular en contextos en los cuales está popularizado que la psicoterapia puede extenderse a varios años o décadas, informar que un tratamiento puede llevar meses puede ser un poderoso motivador.

Por supuesto, esto debe hacerse teniendo en cuenta que no podemos determinar con certeza el tiempo que el tratamiento puede llevar, sino sólo proporcionar estimaciones basadas en nuestra experiencia y en la mejor evidencia disponible. Es razonable asumir que difícilmente el tratamiento de una fobia simple requiera más de un par de meses o que un caso de depresión se extienda mucho más allá de los seis u ocho meses en la práctica.

De todos modos, una sugerencia personal al respecto sería la siguiente: si van a basarse en el estado del arte para estimar el tiempo de tratamiento, dupliquen el tiempo de la estimación. Una intervención que en un ensayo controlado aleatorizado se realizó en veinte sesiones puede fácilmente extenderse a treinta sesiones en un contexto clínico real en el cual pueden aparecer factores inesperados y comorbilidades –y es preferible estimar de más y que la terapia resulte más breve de lo esperado, que estimar de menos y tener que acordar sesiones adicionales.

Mencionar riesgos y procedimientos estresantes

Si anticipamos que la terapia involucrará procedimientos especialmente estresantes (exposición, por ejemplo) o hablar de temas dolorosos (por ejemplo, en casos de trauma psicológico), es buena práctica mencionarlo en las primeras sesiones, ya que no sólo es éticamente necesario avisar que la terapia involucrará malestar significativo, sino que también, si la paciente está de acuerdo con esto, ese acuerdo ya representa una pequeña pero significativa conducta de aceptación del malestar al servicio de una vida mejor.

Alternativas de tratamiento y tratamientos complementarios

ACT es un tratamiento que cuenta con buena evidencia para una amplia gama de problemas psicológicos, pero dista de ser el único abordaje útil. Cuando correspondiere, es parte de una buena práctica mencionar abordajes alternativos disponibles durante el CI.

Otros aspectos del encuadre

El CI puede incluir otros aspectos del encuadre tales como el formato de pago de honorarios, si hay ajustes periódicos de los honorarios, cómo manejamos las tardanzas, si se cobran las ausencias, cuestiones relativas al contacto telefónico, al contacto por redes sociales digitales, los límites personales del terapeuta, etcétera.

Estos aspectos y otros similares responden al criterio profesional de la terapeuta. En este aspecto no creo que el problema principal sea que haya buenos o malos criterios, sino criterios que no han sido comunicados y por lo tanto no pueden ser ni aceptados o rechazados por la paciente. Si deciden que, por ejemplo, cuando el paciente falte sin aviso a la sesión van a cobrar sus honorarios de todos modos, se trata de una decisión legítima y que responde a criterios personales, pero la paciente debe estar debidamente avisada de la situación con antelación y acordar a ello, no enterarse *luego* de que sucede.

Hay otros aspectos a tener en cuenta para el CI, en esta sección sólo he querido describir algunos que me parecen particularmente relevantes y que son genéricos para cualquier tipo de abordaje terapéutico. Como norma general: si algún aspecto del encuadre terapéutico afecta a la paciente, es necesario comunicarlo y conversarlo previamente o apenas se vuelva relevante.

Consentimiento informado en ACT

Como vimos, parte del CI involucra comunicar cuál es el tratamiento que utilizaremos y en qué consiste. Ahora bien, ACT es un modelo que intenta ser experiencial más que explicativo, por lo cual puede ser un poco difícil comunicar la naturaleza del tratamiento sin convertirlo en una descripción abstracta, por lo cual podemos utilizar recursos experienciales para transmitir la esencia del abordaje de manera experiencial. Algunos mensajes a transmitir respecto al abordaje durante el CI son los siguientes:

- ACT se ocupa de facilitar la acción al servicio de lo que es importante.
- Lo central para el abordaje no es lo que sentimos o pensamos, sino cómo nos relacionamos con eso y el impacto que tiene sobre lo que hacemos.
- ACT implica aprender a tener de una manera distinta a pensamientos y sentimientos para así poder avanzar hacia lo que es importante en la vida.
- Aun cuando no sea posible eliminar el malestar, es posible encontrar otras maneras de sostenerlo, hacerle espacio y avanzar hacia la vida que querría vivir.
- El tratamiento implica un aprendizaje de nuevas habilidades, no sólo hablar respecto a los eventos de la semana.
- El tratamiento es activo, y puede implicar tareas o actividades a realizar entre sesiones.
- El tratamiento puede involucrar hablar de temas difíciles y dolorosos, pero siempre va a ser al servicio de vivir una vida con sentido y propósito.

No es necesario transmitir todos estos mensajes, ni tampoco es necesario comunicarlos explícita y literalmente. Un recurso para presentar ACT en las primeras sesiones que he usado en numerosas ocasiones es una metáfora física de Russ Harris, llamada “ACT in a Nutshell”¹²⁶. Vamos a transcribir y adaptar ligeramente aquí el guion completo que está en el libro *ACT Made Simple* (Harris, 2009, pp. 13–17) y que se presenta como una interacción entre terapeuta y paciente. Si bien la metáfora se puede trabajar en pocos minutos la transcripción va a abarcar varias páginas, pero querría compartirla íntegra con ustedes porque me ha resultado siempre una estupenda manera de presentar de qué se trata ACT de una manera experiencial.

Terapeuta: Es difícil explicar de qué se trata ACT simplemente describiéndolo, y probablemente no tendría mucho sentido incluso si lo intentara. Entonces, ¿estaría bien si te mostrara de qué se trata usando una metáfora?

Paciente: Claro.

Terapeuta: Genial (el terapeuta toma un portapapeles o un libro grande y se lo muestra al paciente). Quiero que imagines que este portapapeles representa todos los pensamientos, sentimientos y recuerdos difíciles con los que has estado luchando durante este tiempo. Y me gustaría que lo tomaras y lo agarraras tan fuerte como puedas como para que no te lo pueda sacar de las manos (el paciente lo agarra con fuerza) Ahora me gustaría que lo sostuvieras frente a tu cara, muy cerca hasta que casi toque tu nariz, tapando tu campo visual. (el paciente sostiene el portapapeles directamente frente a su cara, bloqueando de su vista tanto del terapeuta como de la habitación circundante).

Terapeuta: ¿Cómo se siente tratar de tener una conversación conmigo mientras están en primer plano tus pensamientos y sentimientos?

Paciente: Muy difícil.

Terapeuta: ¿Estas sintiendo conexión conmigo? ¿Estás notando las expresiones en mi cara? Si estuviera haciendo una rutina de canto y baile ahora, ¿podrías verla?

Paciente: (riendo) No.

Terapeuta: ¿Y cuánto se puede ver de la habitación mientras estás enredado con estas cosas?

Paciente: No veo nada excepto el portapapeles.

Terapeuta: Entonces, mientras estás completamente absorto en todas estas cosas, te estás perdiendo de mucho. Estás desconectado del mundo que te rodea y estás desconectado de mí. Observa también que mientras te aferras con fuerza a esto, no es posible hacer otras cosas que serían importantes en tu vida. Por ejemplo: sujeta el portapapeles con tanta fuerza como te sea posible (el paciente lo agarra con fuerza) Ahora, si te pidiera que acunaras a un bebé, o que abrazaras a la persona que amas, o que conduzcas un auto, que cocines la cena, o que escribas en una computadora mientras haces esto, ¿podrías hacerlo?

Paciente: No.

Terapeuta: Entonces, mientras estás atrapado en estas cosas, no solo se pierde el contacto con el mundo que te rodea y con tus relaciones, sino que también es imposible hacer las cosas que hacen que tu vida funcione.

Paciente: (asintiendo) Entiendo.

Terapeuta: ¿Está bien si acerco mi silla para sentarme a tu lado? Hay algo más que querría demostrarte aquí.

Cliente: Claro.

Terapeuta: (coloca su silla junto a la del cliente) ¿Podría recuperar el portapapeles por un momento? (El terapeuta retira el portapapeles) Querría asegurarme, no tienes problemas de cuello ni de hombros, ¿verdad?

Cliente: No.

Terapeuta: De acuerdo. Solo estoy comprobándolo porque esto implica un poco de esfuerzo físico. Lo que me gustaría que hicieras es colocar ambas manos en una cara del portapapeles, y yo pondré mis manos del otro lado, y querría que empujaras el portapapeles lejos de ti. Empuja con firmeza, pero no tanta como para tumbarme. (A medida que el cliente intenta apartar el portapapeles, el terapeuta empuja hacia atrás. Cuanto más empuja el cliente, más se inclina el terapeuta hacia él). Y simplemente sigue empujando. Después de todo, estos pensamientos y sentimientos son cosas que odias. Así que empuja tan fuerte como puedas, tratando de hacer que se alejen (el terapeuta sigue empujando). Estás intentando alejar todos estos pensamientos y sentimientos dolorosos, que es lo mismo que has estado haciendo durante años, pero ¿se han ido? Por supuesto, así se mantienen a cierta distancia, pero ¿a qué costo? ¿cómo se sienten tus brazos? ¿cómo se sentirían después de todo un día de esto?

Cliente: Estaría bastante cansado.

Terapeuta: (sigue empujando el portapapeles) Y si ahora te pidiera que escribieras un correo electrónico, que condujeras un automóvil, que acunaras a un bebé o que abrazaras a alguien que ama mientras hace esto, ¿podrías hacerlo?

Cliente: No.

Terapeuta: ¿Y cómo es tratar de tener una conversación conmigo mientras hace esto?

Cliente: Me distrae mucho.

Terapeuta: ¿Te estás sintiendo un poco cerrado o aislado?

Cliente: Sí (el terapeuta deja de empujar, y vuelve a tomar el portapapeles).

Terapeuta: Bien, ahora intentemos algo más. ¿Está bien si coloco el portapapeles en su regazo y lo dejamos allí? (el cliente asiente. El Terapeuta coloca el portapapeles en el regazo del cliente.) ¿Requiere menos esfuerzo? ¿Cómo están tus brazos ahora?

Cliente: Mucho mejor.

Terapeuta: Observa que ahora podrías invertir tu energía en hacer algo constructivo. Si ahora te pidiera que cocinaras una comida, que tocaras el piano, que acunaras a un bebé o que abrazaras a alguien a quien amas, podrías hacerlo, ¿no?

Cliente: (riendo) Sí.

Terapeuta: ¿Y cómo se siente conversar conmigo ahora en lugar de hacer esto (hace el gesto de empujar el portapapeles) o esto (hace el gesto de sostener el portapapeles frente a su cara)?

Cliente: Más fácil.

Terapeuta: ¿Te sientes más comprometido conmigo? ¿Se pueden ver las expresiones de mi cara ahora?

Cliente: Sí.

Terapeuta: Nota también que ahora se puede ver claramente la habitación que te rodea. Y si yo comenzara a hacer una rutina de canto y baile, podrías verlo.

Cliente: (sonríe) Sí (Señala el portapapeles), pero eso todavía está aquí. No lo quiero.

Terapeuta: Por supuesto. Todavía está ahí. Y, por supuesto, sigue siendo indeseado, ¿quién querría tener todos estos pensamientos y sentimientos dolorosos? Pero nota que ahora estas cosas te están impactando mucho menos. Estoy seguro de que en un mundo ideal te gustaría hacer esto (el Terapeuta hace el gesto de tirar el portapapeles al piso). Pero esta es la cuestión: has estado tratando de hacer eso durante años. Hagamos un breve resumen. Has probado drogas, alcohol, libros de autoayuda, terapia, apartándote del mundo, acostado en la cama, evitando situaciones desafiantes, golpeándote a ti mismo, culpando a tus padres, distrayéndote, repitiendo el pasado, tratando de descubrir por qué te pasa, ocupándote, haciendo cursos de desarrollo personal y estoy dispuesto a apostar que muchas otras cosas también. Nadie puede decir que no lo has intentado. Claramente, has invertido mucho tiempo, esfuerzo y dinero en tratar de deshacerte de estos pensamientos y sentimientos. Y, sin embargo, a pesar de todo ese esfuerzo, siguen apareciendo. Todavía están aquí hoy (el terapeuta señala el portapapeles que está en el regazo del cliente). Algunas de estas cosas que has hecho hacen que estas cosas desaparezcan por un tiempo, pero pronto vuelven de nuevo, ¿no es así? ¿Y no es cierto que ahora son más grandes y más pesadas que cuando empezaste a luchar con esto hace varios años? Hay más sentimientos, pensamientos y recuerdos dolorosos ahora que hace cinco años, ¿verdad?

Cliente: Sí.

Terapeuta: Entonces, aunque esto es lo que todos tus instintos te dicen que hagas (hace el gesto de arrojar el portapapeles al piso), esa estrategia claramente no está teniendo los efectos deseados. Realmente solo está empeorando las cosas. Entonces no queremos hacer más de lo que no funciona, ¿verdad?

Cliente: Supongo que no.

Terapeuta: Así que esto es de lo que se trata ACT. Vamos a aprender algunas habilidades que te permitirán manejar los pensamientos y sentimientos dolorosos de manera mucho más efectiva, de tal manera que tengan mucho menos impacto e influencia en tu vida.

Entonces, en lugar de hacer esto (toma el portapapeles y lo sostiene frente a su cara) o esto (hace el gesto de empujar el portapapeles), puedes hacer esto (apoya el portapapeles en el regazo y lo suelta). Y nota que esto no solo te permite estar conectado con el mundo que te rodea y participar en lo que estás haciendo, sino que también te libera para tomar medidas efectivas. Cuando ya no estás luchando con estas cosas, o absorto en ellas, o aferrándote a ellas, hay libertad, de manera que tu energía puede ir hacia hacer cosas que mejoren tu calidad de vida, como abrazar a tus seres queridos, andar en bicicleta o tocar la guitarra. ¿Qué te parece eso?

Cliente: (sonriendo) Está bien¹²⁷.

Esta es una forma de presentar de qué se trata ACT de una manera más experiencial que explicativa, y que suele tener un impacto duradero en los pacientes. La metáfora aborda varios aspectos centrales del abordaje: cómo la lucha con experiencias internas puede generar sufrimiento extra (el malestar en el brazo por empujar), cómo puede impedir realizar actividades valiosas (abrazar a otra persona mientras está empujando o tirando), y cómo puede hacer que perdamos contacto con lo que está pasando en el mundo frente a nosotros (cómo el portapapeles frente a la cara impide ver al terapeuta y a la habitación)¹²⁸.

También describe cuál sería el foco del tratamiento: se trata de aprender algunas habilidades dirigidas no a cambiar o eliminar esas experiencias internas, sino para aprender a sostenerlas de manera tal que se reduzca su impacto sobre la vida. Esta misma metáfora se puede usar por partes en otros momentos del tratamiento (por ejemplo, utilizar sólo la parte del portapapeles frente a la cara del paciente cubriendo su campo visual para describir la pérdida de contacto con el presente).

¹²¹ Curiosamente, con frecuencia en ámbitos académicos al hablar de alianza terapéutica los dos primeros ítems suelen ser omitidos en favor del tercero.

¹²² Podemos tener suerte, y terminar haciendo un crucero en barco de dos semanas por las costas del Mediterráneo, o ganar una excursión en burro de seis meses a un vertedero industrial.

¹²³ Esto es algo que quienes vivimos en América Latina conocemos por experiencia directa. ¿Vieron que vivir en el tercer mundo tiene sus ventajas?

¹²⁴ Eso es mucho, muy importante.

¹²⁵ Quizá sea necesario aclarar esto: el CI no es meramente la autorización escrita que el paciente firma y que algunas instituciones requieren como trámite de admisión, sino que se refiere al proceso de informar nuestra evaluación de la situación, nuestra propuesta, y obtener el consentimiento del paciente. Dado que lo que es necesario informar en cada caso es distinto, también cada proceso de CI es distinto.

¹²⁶ La expresión es algo difícil de traducir, sería aproximadamente "ACT en pocas palabras".

¹²⁷ Por supuesto, se trata de una actividad más apta para formatos presenciales, pero es relativamente fácil de adaptar a formatos no presenciales: en lugar de empujar con el brazo podemos pedirle al paciente que sostenga algún objeto con su mano lo más lejos posible de sí (algo que más tarde o más temprano resulta agotador), y en lugar de sostener nosotros el portapapeles frente a su rostro podemos pedirle a nuestro paciente que lo haga.

¹²⁸ En lugar de "podrías verme haciendo una rutina de baile", mi pregunta suele ser "si pasara frente a nosotros Brad Pitt caminando en paños menores, ¿podrías verlo?". Ciertamente es una imagen más gráfica y más deseable que verme bailando.

PARTE 3:

LAS INTERVENCIONES DE ACT

En esta sección veremos algunos principios, técnicas y recursos para el trabajo clínico con los procesos de flexibilidad psicológica. Creo que la mejor forma de entender a estas intervenciones es pensarlas como un entrenamiento en habilidades psicológicas. Esto es, consisten en transmitir a nuestros pacientes un conjunto de conductas, ayudarlos a desarrollar un repertorio psicológico particular que les permita responder de manera más efectiva a pensamientos y sentimientos difíciles, de manera que éstos no se conviertan en un obstáculo para vivir una vida significativa.

A lo largo de nuestra vida los seres humanos experimentamos un amplio rango de sentimientos y pensamientos difíciles. Tener una mente aumenta nuestra capacidad de sentir varias formas de malestar y la tendencia a intentar resolverlo, como hemos visto en capítulos anteriores. A medida que crecemos y aprendemos vamos adquiriendo espontánea y desorganizadamente algún repertorio de habilidades para lidiar con esas experiencias y los contextos que las ocasionan. Cada persona va desarrollando sus propias estrategias para lidiar con pensamientos y sentimientos difíciles. Cuando era niño tendía a aburrirme con facilidad (o más bien, tenía poca tolerancia al aburrimiento), por lo cual todos los actos escolares y ceremonias de todo tipo me resultaban una tortura. Pero de a poco fui descubriendo que esos eventos eventualmente se acababan, y aprendí que lo que estaba pasando en ese momento terminaría y que en una hora estaría en mi casa haciendo otra cosa más entretenida que un acto escolar, como ver crecer la hierba¹²⁹. Adoptar esa perspectiva (***esto también va a pasar***), me ayudó muchísimo a sobrellevar esos momentos. En términos ACT, hoy diría que estaba usando una habilidad de self-cómo-contexto que facilitaba la aceptación del malestar, reduciendo el sufrimiento innecesario.

El problema es que ese repertorio que surge espontáneamente a lo largo de nuestra vida no siempre es flexible o efectivo. Nuestras habilidades psicológicas son una especie de monstruo de Frankenstein armado con retazos de lo que nos ha proporcionado el contexto social, cultural, e interpersonal. A veces el resultado es relativamente funcional, y a veces puede llevar a callejones sin salida aparente.

Digámoslo así: no se nos suele enseñar organizadamente qué hacer con los sentimientos y pensamientos difíciles que son inherentes a ser humanos. Rara vez se nos enseña a sentir una emoción sin defensa, a sostener un pensamiento sin comprarlo, a identificar lo que es valioso. Quienes están a cargo de nuestra crianza hacen lo mejor que pueden, pero a menudo a ellos tampoco aprendieron buenos recursos para lidiar con los pensamientos y sentimientos difíciles (no hablemos siquiera de recursos que estén al día con el estado del arte en psicología). Así que desarrollamos, de manera un poco caótica e improvisada, formas de responder a ellos, aprendiendo de nuestra experiencia y sacando nuestras propias conclusiones, guiándonos por las personas que nos educan, por lo que hacen nuestros amigos, cómo se comportan otras personas, extrayendo pistas del saber popular, de lo que leemos, lo que vemos en la radio, en la televisión, en internet, etcétera. En cierta medida todos somos autodidactas de nuestros pensamientos y sentimientos. Y como todo aprendizaje autodidacta, a veces puede resultar relativamente bien, pero con frecuencia es inconsistente y lleva a numerosos vicios y obstáculos.

La propuesta de ACT entonces, podría describirse así: si en lugar de depender sólo de esas respuestas adquiridas de manera azarosa desarrollamos deliberadamente un conjunto específico de habilidades psicológicas, podremos responder más efectivamente a los desafíos que la vida nos da –lo cual no quiere decir que la vida se nos vuelva más fácil, sino que estaremos en mejores condiciones de lidiar con ella.

Lo que nos dicen las investigaciones es el cultivo de estas habilidades, por separado o en conjunto, tiene efectos positivos sobre los problemas psicológicos y la calidad de vida, tanto en entornos clínicos como en entornos no clínicos (Fledderus et al., 2010; Fonseca et al., 2020; Hulbert-Williams & Storey, 2016; Kent et al., 2019; Leonidou et al., 2019; Lucas & Moore, 2020).

¹²⁹ Todavía sigo pensando que algunos actos, ceremonias, y obras escolares deberían estar prohibidas por la convención de Ginebra, junto con la utilización de armas químicas y biológicas.

CAPÍTULO 16: ESTRUCTURA DEL TRATAMIENTO

ACT es un modelo extraordinariamente flexible con respecto a su estructura y formato. Hay infinidad de protocolos de tratamiento en formatos muy diferentes: grupales, individuales, presenciales, online, de una sesión, intervenciones focalizadas, etc.¹³⁰. De cada protocolo varía su encuadre, qué procesos de flexibilidad psicológica se incluyen (algunos protocolos se enfocan solo en algunos procesos del hexaflex, otros los incluyen a todos), en qué orden se abordan, cuáles reciben un énfasis especial, qué aspectos de cada proceso se enfatizan, qué recursos técnicos se utilizan (metáforas, ejercicios, actividades, etc.), y qué procesos o información complementaria se incluye. Pero una vez que manejamos el modelo ACT cualquier protocolo es relativamente sencillo de seguir ya que los procesos de flexibilidad psicológica son siempre los mismos¹³¹. Un protocolo de veinte sesiones para trastornos alimentarios y uno de seis sesiones para mejora de calidad de vida van a incluir los mismos procesos de defusión, aceptación, valores, etc., sólo que organizados de distinta manera.

Ahora bien, tanta flexibilidad y opciones pueden desorientar un poco a terapeutas noveles en ACT porque no hay una guía clara sobre cómo organizar el tratamiento. Por este motivo les querría compartir la estructura de tratamiento que suelo utilizar con más frecuencia, haciendo la salvedad de que es sólo un formato posible que pueden tomar como orientación general, no algo a seguir con rigidez. Se trata de tres etapas que recorro durante un tratamiento ACT y que se pueden resumir en adquisición, aplicación, y generalización.

La justificación para pensar el tratamiento en términos de etapas surge de que en líneas generales cada uno de los procesos de flexibilidad psicológica requiere en primer lugar adquirirse o aprenderse como habilidad, luego aplicarse en situaciones de prueba y en las situaciones clínicamente relevantes, para finalmente generalizarse al resto de la vida. Por ejemplo, al trabajar defusión con un paciente con ansiedad social como motivo de consulta, en la primera etapa (adquisición) podríamos socializar con él algunas ideas centrales sobre el funcionamiento de la mente (los mensajes terapéuticos, como veremos más adelante) e invitarlo a probar algunos recursos técnicos en sesión de manera controlada, digamos, ensayando en la sesión ejercicios para notar y dejar pasar pensamientos. Una vez hecho eso pasaríamos a una segunda etapa (aplicación) en la cual lo invitaríamos al paciente a aplicar esos recursos para lidiar con situaciones clínicamente significativas. Por ejemplo, podemos ayudarlo a aplicar estrategias de defusión en eventos sociales, o utilizarlas al trabajar exposición en vivo. Finalmente, en una tercera y final etapa (generalización), intentaríamos ayudar al paciente a extender esas habilidades de defusión a otras áreas de su vida que sean relevantes para construir una vida al servicio de los valores.

Cabe señalar que esta secuencia no es lineal, sino que requiere múltiples idas y venidas correctivas entre las etapas de cada proceso; es normal que al comenzar a utilizar un proceso fuera del consultorio sea preciso volver a repasarlo y corregir algunos aspectos. Así como la ascensión a una montaña no se da en línea recta sino que requiere seguir caminos sinuosos, desviarse e incluso retroceder mientras se sigue ascendiendo, las tres etapas no son una progresión rígida sino una dirección general con múltiples marchas y contramarchas.

Las tres etapas se refieren entonces al recorrido que tiende a seguir *cada proceso* de flexibilidad psicológica, pero dado que cada uno involucra al resto, lo que suele suceder es que el tratamiento en conjunto adopta una progresión que es a grandes rasgos predecible: al principio se aprenden los aspectos básicos de los procesos, luego se van aplicando a los problemas relevantes mientras se van puliendo, y finalmente se llevan a otras áreas vitales. Podemos entonces hablar de una etapa de adquisición, una de aplicación, y una de generalización para el tratamiento, estableciendo así una secuencia general que nos permita organizar el trabajo clínico. Para cada etapa podemos señalar sus particularidades y puntos centrales a considerar.

Etapas 1: Adquisición de habilidades

Las primeras cuatro a ocho sesiones posteriores a la evaluación son dedicadas a desarrollar o refinar el repertorio de flexibilidad psicológica del paciente según la conceptualización de caso realizada.

En esta etapa se introducen los conceptos y perspectiva general de ACT, y se hace énfasis en el aprendizaje y en la práctica de las habilidades. En cada sesión de esta etapa se enfatiza alguno de los procesos de flexibilidad: quizá en una sesión nos enfocaremos más en defusión, en la siguiente trabajaremos desesperanza creativa, en la otra aceptación y algo de contacto con el presente, etc. El orden de los procesos a trabajar, como así también los aspectos de cada proceso que se subrayan varían según lo que la conceptualización de caso indique. En esta etapa las sesiones son planificadas, esto es, para cada sesión se eligen con antelación los procesos a trabajar y los recursos técnicos a utilizar (aunque pueden modificarse en función de lo que suceda en la sesión). Esta etapa tiene un tono más bien *didáctico* (aunque los procesos se trabajen siempre de manera experiencial), con el terapeuta ocupando un rol más activo en la transmisión de habilidades.

Puede y suele pasar en esta etapa que las pacientes comiencen espontáneamente a aplicar las habilidades a su vida, pero no se hace tanto énfasis en la aplicación ni se propone aún trabajar sobre las situaciones personales más desafiantes. Por ejemplo, si estamos trabajando con un paciente con un trastorno de estrés postraumático, no trabajaremos sobre los recuerdos traumáticos en la segunda sesión, sino que esperaremos a estar seguros de que cuenta con las habilidades de flexibilidad necesarias para afrontarlos efectivamente.

Etapas 2: Aplicación de habilidades

La siguiente etapa consiste en aplicar deliberada y gradualmente esas habilidades y perspectiva a la vida de la paciente, especialmente en las situaciones vinculadas con el motivo de consulta. El foco se mueve de la *adquisición* a la *aplicación* de habilidades en las situaciones problemáticas. Tanto el momento de inicio como la duración de esta etapa son flexibles, dependen de la complejidad del problema presentado y de los eventos que fueran surgiendo. En algunos casos esta etapa puede durar una o dos sesiones, en otros puede llevar veinte o más.

Las habilidades aprendidas en la etapa anterior se aplican entonces para lidiar con el motivo de consulta, abordando las experiencias internas desafiantes para la paciente, resolviendo los problemas y obstáculos que aparecieran al llevar a cabo acciones al servicio de sus valores, volviendo a repasar y practicar las habilidades cuando sea necesario, quizá enfocándose en diferentes aspectos de la habilidad, aclarando malentendidos, proporcionando información correctiva, etc. Como se mencionó anteriormente, con frecuencia al llegar a este momento es necesario repasar y refinar aspectos básicos del uso de las habilidades que se han visto en la primera etapa. Esto es completamente esperable y parte normal del tratamiento.

En esta etapa se trabaja cualquier procedimiento de modificación de conducta o recurso terapéutico que sea necesario según el motivo de consulta: exposición, habilidades sociales, de resolución de problemas, activación conductual, control por estímulos, o cualquier otro recurso relevante para lidiar con el núcleo del problema presentado. Por ejemplo, con un paciente con trastorno de pánico en esta etapa podríamos trabajar exposición interoceptiva aplicando las habilidades de flexibilidad aprendidas en la etapa anterior, lo cual suele facilitar enormemente la tarea. Por ejemplo, tiende a resultarle más fácil implementar recursos para reducir el consumo de alcohol a un paciente que ya haya adquirido y practicado habilidades de aceptación, que puede estar en contacto con el presente, y que tiene en claro los valores involucrados. Prestaremos especial atención a que los procedimientos técnicos que se utilicen en esta etapa se empleen de manera consistente con el modelo de flexibilidad psicológica.

El tono de las sesiones en esta etapa es un tanto diferente al de la etapa anterior. Aunque las sesiones siguen siendo planificadas, el terapeuta adopta un papel menos directivo que en la etapa anterior: propone ejercicios y prácticas y ayuda al paciente a llevarlo a cabo, pero en general habla un poco menos y proporciona menos indicaciones.

Etapas 3: Generalización de habilidades

La última etapa viene una vez que se haya abordado exitosamente la etapa anterior y se hayan alcanzado los objetivos pactados en los acuerdos de terapia. Esta etapa consiste en expandir la aplicación de habilidades y la perspectiva general de ACT al resto de la vida de la paciente, creando patrones de acción cada vez más amplios al servicio de valores.

Vale aclarar que no siempre esta etapa sucede –muchas veces, una vez que lo específico del problema presentado ha sido abordado de manera efectiva la terapia se da por terminada. Pero no es infrecuente que los pacientes quieran continuar el tratamiento más allá de la situación que los trajo a terapia, enfocándose en construir una vida que les resulte más satisfactoria.

Esta etapa suele enfocarse en refinar la exploración de valores, planificando actividades orientadas por valores en diversos ámbitos, y aplicando las habilidades aprendidas a las dificultades que fueran surgiendo, e incorporando habilidades nuevas que resulten necesarias. El tono cambia, en general en esta etapa las sesiones no suelen planificarse y la terapeuta tiende a hablar bastante menos, aunque seguirá haciendo énfasis en generar patrones de acción hacia valores.

El pensar en etapas en lugar de pasos por sesiones puede ayudar a que los tratamientos se adapten a las posibilidades de cada caso. Dentro de cada etapa los procesos pueden reorganizarse, expandirse o abreviarse según sea necesario. Podemos ilustrar las tres etapas con un protocolo de diez sesiones para trastorno de pánico que es una adaptación del trabajo de Levitt y Karekla (2005). El tratamiento comienza luego de un par de sesiones de evaluación y conceptualización, y luego cada sesión se estructura en torno a los contenidos que detallamos a continuación.

Etapas 1: Adquisición

1. Presentación del panorama general del tratamiento, componentes y funciones del pánico y la ansiedad.
2. Aceptación y contacto con el presente: desesperanza creativa (primera parte del trabajo de aceptación). Ejercicios de mindfulness para “anclarse” (*grounding*) y tomar contacto con el presente.
3. Aceptación y contacto con el presente: Ejercicios de recibir malestar sin lucha y sin tensión. Indicaciones de notar cuándo está luchando con el malestar. Revisión de desesperanza creativa.
4. Defusión: aprender a separarse de los pensamientos y a no tomarlos literalmente. Ejercicios de observación de pensamientos.
5. Valores: Transmisión de qué son valores, distinciones con respecto a metas, presentarlos como elecciones conductuales. Los valores se presentan como contexto para la exposición (exposición al servicio de valores en lugar de exposición al servicio de control de malestar)

Etapas 2: Aplicación

6. Exposición interoceptiva. Repaso de aceptación y valores antes de los ejercicios. Implementación de exposición interoceptiva, con indicaciones de seguir realizando las prácticas entre sesiones.
7. Acción comprometida y self-como-contexto: Luego de repasar valores se alienta a la paciente a llevar a cabo acciones que estén al servicio de esos valores pero que pudieran generar ataques de pánico. Se trabajan ejercicios de defusión y self-como-contexto para facilitar la toma de contacto con el malestar que pudiera surgir como resultado de la acción hacia valores. Se indica continuar con ejercicios de exposición entre sesiones.
8. Exposición en vivo. Especial foco en exposición vinculada a agorafobia. Se repasan los conceptos trabajados en las sesiones anteriores.
9. Revisión de dificultades y temas complementarios. Discusión sobre el fin de tratamiento.

Etapas 3: Generalización

10. Sesión final. Se planifican futuras acciones a llevar a cabo, se hace un plan de contingencia anticipando posibles dificultades y se identifican otras actividades a llevar a cabo para seguir actuando al servicio de sus

valores.

Entiendo que el formato en tres etapas puede resultar excesivamente esquemático y que no refleja el recorrido clínico de todos los tratamientos ACT. Por ejemplo, es frecuente que trabajemos adquisición y aplicación exclusivamente con un proceso antes de pasar al siguiente. Suele darse el caso de que, por ejemplo, la etapa de adquisición en valores venga recién después de la aplicación y generalización de aceptación y defusión. De todos modos, creo que es útil sostener las etapas como lineamientos generales para terapeutas noveles. Digamos, sería bastante inusual encontrarse con un tratamiento ACT en el cual no se hubieran mencionado, digamos, valores después de un año de sesiones en torno a los otros procesos.

El formato en etapas puede resultar limitante para terapeutas experimentados, pero creo que puede resultar útil para quienes están aún familiarizándose con el modelo, ayudándolos a organizar las intervenciones y el tratamiento en general. Las etapas no deben pensarse como una jaula, sino como un andamio para ayudar a ordenar el tratamiento. Siéntanse libres de abandonar la secuencia si no se ajusta a sus necesidades clínicas, o de modificarla cuando sea necesario. Las etapas pueden incluir más o menos sesiones e incluir los procesos que sean más necesarios, en el orden que sea más adecuado, por ejemplo, en el protocolo de pánico el contenido de la quinta sesión podría trabajarse en la segunda si fuera necesario. Es en última instancia el criterio clínico de cada terapeuta lo que determina qué procesos aplicar, en qué orden, y a qué ritmo.

¹³⁰ En el sitio web de la ACBS hay más de sesenta protocolos de tratamiento libremente disponibles, pueden verlos en https://contextualscience.org/treatment_protocol_and_manuals

¹³¹ Haciendo la salvedad que hemos hecho antes: la clínica manda. No solo es necesario familiarizarse con el tratamiento, sino también con las particularidades clínicas de cada diagnóstico o problema psicológico. La ventaja de ACT es que simplifica enormemente la parte del tratamiento, permitiendo enfocarnos en las particularidades clínicas.

CAPÍTULO 17: LA CLÍNICA EN ACT

Nuestro trabajo como terapeutas será facilitar que nuestros pacientes desarrollen y apliquen el repertorio de las habilidades de flexibilidad psicológica. Esto es, que aprendan a recibir emociones sin defensa innecesaria, a defusionarse de pensamientos y reglas, a contactar con lo que sucede en el momento presente, a adoptar una perspectiva amplia y flexible, a identificar lo que es importante, y a actuar guiándose por ello.

En nuestra perspectiva, no estamos tratando de “arreglar” a nuestros pacientes¹³² ni de corregirlos, sino de ofrecerles nuevas alternativas de acción. Tanto nuestro trabajo en sesión como las actividades entre sesiones estarán dirigidos a que nuestros pacientes:

- 1) Desarrollen las habilidades de flexibilidad psicológica de las que carecieran.
- 2) Fortalezcan y refinen las habilidades que ya tuvieran y las lleven a áreas y situaciones en las cuales no se emiten.
- 3) Apliquen gradualmente las habilidades de ese repertorio a las situaciones difíciles de su vida.
- 4) Generalicen esas habilidades al resto de su vida.

Para esto intentaremos que todo lo que suceda en la clínica constituya un contexto que propicie la flexibilidad psicológica. Si estuviéramos enseñando música intentaríamos crear un contexto en el cual se “respire” música, pero como estamos fomentando flexibilidad psicológica, intentaremos que en la sesión se “respire” ACT.

Más específicamente, el terapeuta durante el tratamiento debe:

- **Modelar** conductas de flexibilidad psicológica.
- **Instigar**, esto es, generar oportunidades o dar pie a que el paciente pueda emitir conductas de flexibilidad psicológica a través de diferentes intervenciones e interacciones clínicas.
- **Reforzar** las conductas de flexibilidad psicológica que emita el paciente y conectarlas con otros aprendizajes.

Mensajes terapéuticos

Cada dimensión de flexibilidad psicológica se puede resumir en un conjunto de ideas centrales que condensan aspectos clave de esa dimensión y que queremos hacer llegar a nuestros pacientes como parte del desarrollo de las habilidades de flexibilidad psicológica. A esas ideas las podemos llamar **mensajes terapéuticos** y son centrales en la transmisión de habilidades. Por ejemplo, un mensaje terapéutico clave en defusión podría ser “no es necesario creer todo lo que dicen nuestras mentes”, mientras que un mensaje terapéutico clave al trabajar aceptación sería “el malestar puede experimentarse sin luchar”.

Los mensajes terapéuticos no son definiciones técnicas, sino una suerte de síntesis y traducción al lenguaje cotidiano de los conceptos del modelo con los que queremos que nuestros pacientes se familiaricen. Cada proceso se puede resumir en varios mensajes terapéuticos clave, pero no hay un conjunto preestablecido ni una formulación canónica de los mensajes terapéuticos, sino que se pueden formular de distinta manera según los aspectos de cada proceso que queramos enfatizar. Pueden pensarlos como los resúmenes que hacemos al estudiar un libro: cada punto del resumen condensa aspectos importantes del libro en un formato más accesible, pero no hay dos resúmenes que sean exactamente iguales.

Cuando revisemos la aplicación de cada proceso sugeriré algunos mensajes terapéuticos clave, pero les sugiero que los tomen como si usaran un resumen prestado para estudiar para un examen: es una guía para orientarse que se basa en la perspectiva de otra persona, no algo a seguir estrictamente.

Los mensajes terapéuticos unifican y proporcionan coherencia a las intervenciones. Por ejemplo, “luchar contra el malestar lo hace más intenso” puede sostener ejercicios experienciales y prácticas de aceptación. Sin embargo, no es aconsejable meramente enunciarlos, sino que es preferible que sean transmitidos a través de alguna metáfora o sugeridos como conclusión de un ejercicio experiencial.

En general –y esto aplica a toda intervención que usemos para transmitir un contenido, como metáforas o ejercicios– es preferible ayudar a que la paciente “descubra” el mensaje central, por así decir, en lugar de proporcionarlo nosotros directamente. Es algo similar a jugar a las adivinanzas: es preferible proporcionar las pistas necesarias y dejar que la persona encuentre la respuesta por sí misma, en lugar de dar la respuesta. No queremos que las sesiones se parezcan a clases magistrales en las cuales un experto transmite una verdad revelada, sino más bien a un entorno en el cual las personas, a través de las actividades que proponemos, puedan descubrir por sí mismas cómo funcionan los procesos de flexibilidad psicológica.

Al planificar cada sesión, podemos elegir qué mensaje terapéutico queremos transmitir y luego seleccionar alguna metáfora o actividad que lo encarne o permita descubrirlo.

Tipos de intervenciones

Para trabajar los procesos de ACT hay varios tipos de vehículos o recursos técnicos que pueden facilitar la adquisición y aplicación de cada uno de los procesos de flexibilidad psicológica. Primero las describiremos en líneas generales, y luego al recorrer cada proceso de flexibilidad daremos algunos lineamientos y sugerencias para trabajarlos.

Interacciones clínicas

Las interacciones clínicas que suceden momento a momento, más allá de las intervenciones o técnicas específicas, son un elemento fundamental para crear contexto de flexibilidad psicológica. Me refiero a todo lo que no son intervenciones estructuradas, especialmente la **forma** de hablar y actuar con respecto a temas relacionados con los procesos del modelo. Intentamos que en todo momento del tratamiento nuestro lenguaje y nuestras acciones

sean consistentes con el modelo de flexibilidad psicológica. De poco sirve realizar un ejercicio de defusión si a continuación intentamos convencer al paciente de que sus pensamientos negativos son falsos.

Este aspecto del tratamiento lo hemos visto de manera general cuando discutimos los “cómo” de la relación terapéutica, pero también hay algunas convenciones lingüísticas y ciertas formas de actuar específicas a cada proceso del modelo, por lo cual las incluiremos en la discusión.

Metáforas

Entre la gama de recursos técnicos que utilizamos en ACT son especialmente destacables las metáforas y los ejercicios experienciales.

Las metáforas¹³³ son particularmente útiles para transmitir mensajes terapéuticos de una manera experiencial y evocativa que –a diferencia de un abordaje más psicoeducativo– disminuye las probabilidades de que las sesiones se vuelvan excesivamente analíticas y “palabreras”, a falta de un término mejor.

Por ejemplo, esta analogía para distender el cuerpo y soltar la tensión innecesaria que suele usarse con niños: “imagina que pones el cuerpo flojito, como si fueras una muñeca de trapo”, es mucho más evocativa del mensaje terapéutico que si le diéramos a nuestro paciente un texto psicoeducativo impreso sobre tensión muscular. Una vez trabajadas, las metáforas pueden funcionar como ancla para evocar el mensaje terapéutico que contienen: “vamos a respirar juntos ahora, y recuerda estar como la muñeca de trapo”.

Hay en ACT algunas metáforas ya tradicionales para cada proceso del hexaflex, y que suelen repetirse en libros y cursos. Es útil familiarizarse con ellas para mejor entender qué es lo que se intenta transmitir en cada proceso, pero no es necesario ceñirse a ellas. Podemos crear metáforas nuevas o utilizar metáforas que conozcamos, que sean más cercanas a la situación y contexto sociocultural de la paciente, teniendo en claro cuál es el mensaje terapéutico a transmitir en cada caso.

Ejercicios experienciales y actividades

La clínica de ACT incluye ejercicios experienciales y otras actividades estructuradas que involucran algún tipo de acción por parte del paciente, con el fin de ilustrar, explorar o practicar algún aspecto clave de alguna habilidad de flexibilidad psicológica. Por ejemplo, para trabajar defusión podemos proponer una práctica de imaginación en la cual con los ojos cerrados visualicemos a los pensamientos como hojas que flotan corriente abajo en un arroyo. O podemos usar el ejercicio de la silla vacía para explorar distintos pensamientos o diferentes puntos de vista, o representar distintos sentimientos difíciles con objetos disponibles en el consultorio para explorar la relación que tiene con ellos, etcétera.

Los ejercicios experienciales nos permiten no sólo hablar de los conceptos de ACT sino ponerlos en práctica, ver las dificultades que surgen, corregir cuando sea necesario, e ir mejorando la destreza en aplicarlos. Su uso clínico es invaluable, pero es necesario tener en cuenta siempre qué es lo que se quiere lograr, el mensaje terapéutico o aspecto clave del proceso involucrado. Realizar ejercicios experienciales sin dirección ni intencionalidad puede convertir la terapia en algo confuso.

Planillas y registros

La tradición conductual a la que pertenece el modelo hace que tengamos cierta tendencia al uso de todo tipo de planillas y registros. Por ejemplo, un registro de pensamientos automáticos puede ser útil para aumentar la percepción de los pensamientos que aparecen en situaciones clave, mientras que un registro diario de conductas puede utilizarse como soporte de acción comprometida.

Estos recursos ofrecen una forma de extender lo trabajado en sesión al resto de la vida de la paciente, actuando a su vez como recordatorio y práctica de aspectos clave de los procesos en la vida fuera del consultorio. Si consideramos que típicamente la terapia consiste en una sesión semanal de alrededor de una hora, cualquier recurso que nos permita extender lo trabajado en esa hora a las ciento sesenta y siete horas restantes en la semana va a resultar extremadamente útil.

He decidido, sin embargo, no incluir planillas prediseñadas en el libro, aunque sí señalaré cuando sea relevante algunos formatos posibles para que las puedan armar ustedes¹³⁴.

Conversación clínica

Finalmente, la conversación clínica utilizada con habilidad puede utilizarse para guiar al paciente a notar en sus experiencias los aspectos que son relevantes para desarrollar flexibilidad psicológica.

Por ejemplo, a un paciente que relata una experiencia de preocupación la terapeuta puede guiarlo con preguntas que lo orienten a notar si la preocupación lo ayudó a avanzar en la resolución del tema que lo ocupaba, si su estado de ánimo mejoró o empeoró al preocuparse, y si sintió que estaba viviendo más o menos de acuerdo con la vida que querría vivir en ese momento.

Manejar la conversación clínica de manera hábil requiere ocuparse de ello específicamente, lo cual por motivos de espacio resultará imposible hacer aquí de manera extensa, por lo cual solo recorreremos algunas pautas generales (pero vean para más detalles Villatte et al., 2016).

Aspectos de la transmisión de habilidades en ACT

Vale la pena repetir algo que ya mencionamos: un tratamiento ACT es acerca de desarrollar habilidades, no de comunicar conceptos. Un concepto es algo que se puede comunicar efectivamente de manera puramente verbal, en cambio aprender una habilidad involucra no sólo contenidos conceptuales sino también un aspecto de práctica, un aspecto experiencial.

Digamos, podemos aprender todo lo conceptual sobre la bicicleta leyendo una enciclopedia. Podemos así aprender la historia de la bicicleta, los distintos tipos de bicicleta que existen, los aspectos mecánicos de su

funcionamiento, los aspectos biológicos involucrados al pedalear, etcétera, e incluso podemos transmitirle a otra persona esos conceptos aprendidos. En cambio, aprender a andar en bicicleta involucra no sólo algunos aspectos conceptuales (indicaciones sobre cómo tomar el manubrio, cuáles son los frenos, etc.), sino también aspectos experienciales: subirse de hecho a la bicicleta, aprender los sutiles movimientos necesarios para mantener el equilibrio, e ir refinando la destreza con la práctica sucesiva. Esto es mucho más difícil de transmitir para una persona que nunca se ha subido a una bicicleta. Transmitir una habilidad requiere cierto grado de familiaridad con ella, con los aspectos más sutiles e inefables que entraña¹³⁵.

ACT pone especial énfasis en que las terapeutas experimenten personalmente con las habilidades a desarrollar. Por este motivo, el modelo se suele entrenar en formatos experienciales, por ejemplo a través de talleres intensivos, prácticas supervisadas, grupos Portland de práctica de habilidades entre pares (Thompson et al., 2015). Si me permiten la sugerencia, no se limiten a leer libros de ACT o a escuchar exposiciones teóricas sobre el modelo, busquen oportunidades para practicar habilidades de manera práctica. Al final del libro veremos algunos caminos posibles para el aprendizaje experiencial de ACT.

Fragmentación y gradualidad

Cada proceso de flexibilidad abarca varios aspectos ligeramente diferentes entre sí. Por ejemplo, trabajar defusión involucra poder identificar a los pensamientos como pensamientos, observarlos sin engancharnos, poder notar la separación entre los pensamientos y la persona que tiene los pensamientos, notar que tenemos una mente, entre otros. El aprendizaje de cada habilidad requiere dominar cada uno de esos aspectos y esto puede ser más fácil si nos ocupamos de ellos por separado y con dificultad gradual.

Esto es algo que aplica al aprendizaje de cualquier tipo de habilidad. Retomando el ejemplo anterior, cuando aprendemos a andar en bicicleta primero aprendemos a tomar el manubrio, pero sin ocuparnos de pedalear ni de mantener el equilibrio –por ejemplo, con la ayuda de alguien que nos empuje y rueditas para mantener el equilibrio. Luego aprendemos a pedalear, e integramos el manejo con el pedaleo, pero seguimos con las rueditas para mantener el equilibrio. Finalmente, quitamos una ruedita, practicamos así, quitamos la otra, e intentamos integrar todos esos aspectos en la compleja habilidad de andar en bicicleta sin rueditas, sin ayuda, y sin rompernos la cabeza.

Con las habilidades de flexibilidad psicológica podemos hacer lo mismo: “fragmentar” cada habilidad en diferentes aspectos, ocuparnos de ellos por separado, e integrarlos solo cuando ya estén medianamente dominados. Esto puede facilitar mucho el aprendizaje de habilidades que están poco presentes en el repertorio. También conviene que inicialmente trabajemos con contenidos psicológicos (pensamientos y sentimientos) más bien neutrales o inofensivos, y que sólo a medida que las habilidades estén suficientemente desarrolladas pasemos gradualmente a contenidos personales más desafiantes¹³⁶. Por ejemplo, si queremos trabajar aceptación de malestar con una persona que ha atravesado un trauma psicológico, puede ser una buena idea empezar trabajando aceptación con sensaciones o malestares leves artificialmente generados en sesión (por ejemplo, retener la respiración y practicar aceptación del impulso de tomar aire, o utilizar una pluma para hacer cosquillas y practicar aceptación sobre esas sensaciones), y sólo cuando la paciente pueda hacerle espacio a esos malestares y tenga un buen manejo del resto de los procesos de flexibilidad pasemos a trabajar los contenidos personales más intensos vinculados con su historia de trauma.

Habilidades de flexibilidad psicológica en la clínica

En los capítulos siguientes vamos a ocuparnos de algunos principios y recursos técnicos que se pueden utilizar para trabajar las habilidades de flexibilidad psicológica en la clínica. Para cada una nos ocuparemos de los siguientes factores:

1. Su definición y aspectos centrales, problemas y confusiones frecuentes.
2. Mensajes terapéuticos centrales.
3. Conductas en sesión que son consistentes con el modelo.
4. Metáforas, analogías e historias.
5. Ejercicios experienciales y actividades.

Una aclaración con respecto a los recursos técnicos: repasaremos algunos que me resultan simpáticos, pero hay decenas de ejercicios, metáforas y actividades que pueden aprender para aumentar su repertorio técnico. De hecho, hay libros enteros dedicados solo a los recursos técnicos de ACT (por ejemplo, Stoddard & Afari, 2014). Personalmente creo que, si entendemos y tenemos en claro lo que estamos queriendo hacer en cada proceso, podemos arreglarnos con un pequeño puñado de intervenciones –y me parece preferible manejar bien unas pocas intervenciones antes que tener un manojo enorme de metáforas e intervenciones y no entender qué queremos lograr con ellas.

Otra cosa a recordar es que, si bien abordaremos cada proceso de flexibilidad de manera separada, todos están íntimamente vinculados entre sí. Son diferentes aspectos de la flexibilidad psicológica, no continentes separados. No hay forma de trabajar aceptación de manera completamente ajena a valores, o contacto con el presente sin traer a colación aspectos de defusión, por ejemplo. Lo que podemos hacer en cada intervención es enfatizar cada proceso y algunos aspectos de ese proceso, sabiendo que el resto de los procesos están siempre presentes y a sólo un paso de distancia. Cuantos más procesos trabajemos durante el tratamiento, mejores resultados podremos esperar.

Hechas las aclaraciones pertinentes, pasemos a considerar las formas de trabajar cada una de las habilidades de flexibilidad en la clínica.

¹³² Entre otros motivos, porque no están rotos, sino haciendo lo mejor que pueden con lo que han aprendido.

¹³³ El término “metáfora” es utilizado aquí abarcando todo tipo de recursos narrativos, sean metáforas propiamente dichas, alegorías, analogías, historias, etc.

¹³⁴ El motivo para esto es puramente práctico: fotocopiar planillas de un libro es engorroso y el resultado final suele ser estéticamente desafortunado (especialmente cuando la hoja que le damos a nuestra paciente tiene el título del libro en la parte superior y al pie el número de

página y el nombre de la planilla). En lugar de eso, pueden dirigirse a la sección de recursos clínicos libremente disponibles en www.grupoact.com.ar o en el sitio web de la ACBS y descargar de allí planillas y formularios en un formato mucho más amigable para impresión.

¹³⁵ ¿Tendrían como instructor de natación a una persona que no supiera nadar?

¹³⁶ Consideren lo siguiente: ¿qué les parecería más conducente a un buen aprendizaje, tomar la primera lección de natación en una pileta poco profunda o tomarla en el medio del Atlántico Norte durante una tormenta?

CAPÍTULO 18: ACEPTACIÓN

Aceptación, dicho de manera sencilla, consiste en *adoptar una postura intencionalmente abierta, receptiva, flexible, y no evaluativa con respecto a la experiencia del momento presente* (Hayes, Strosahl, et al., 2012). Esa es la definición del libro de ACT, yo por mi parte agregaría: *cuando hacerlo facilita actuar hacia una vida significativa*. Aceptación consiste en sentir lo que la vida nos da para sentir, sin lucha, sin queja, sin revolvemos con ello, para poder actuar en sintonía con nuestros valores.

Cuando sentimos malestar psicológico, nuestra mente –con su entrenamiento en abordar todo como un problema a resolver– y nuestra historia –incluyendo el contexto social, cultural e interpersonal de felicidad obligatoria– conspiran para que hagamos algo al respecto.

Recuerden las veces que compartieron con un ser querido que estaban sintiendo enojo, preocupación, ansiedad, miedo, angustia, tristeza, o cualquier otro sentimiento o pensamiento difícil. Consideren cuántas veces en esos casos les sugirieron llevar a cabo algún tipo de acción de evitación o control del malestar, en la línea de distracción (“intenta no pensar en eso”, “vayamos a hacer otra cosa así te distraes”), invalidación o minimización del malestar (“no llores”, “no es para tanto, podría ser peor”, “ya va a pasar”, “a mí me pasó algo peor”), análisis (“¿por qué estás sintiendo eso?”), culpabilización o racionalización (“eso se debe a que hiciste x”, “eso es porque fulanito hizo x”), resolución de problemas (“deberías hacer x”, “deberías haber hecho x”, “¿has intentado hacer x?”).

Estas respuestas generalmente tienen buenas intenciones¹³⁷ y surgen de intentos de que nuestro malestar se alivie o se reduzca. El malestar propio ya es en sí difícil de sostener, pero el malestar de un ser querido puede resultarnos desesperante, por lo cual es comprensible indicar formas de mitigarlo. Pero el mensaje implícito en esas respuestas que recibimos y emitimos una y otra vez es que el malestar psicológico es un problema que debe resolverse, en lugar de una experiencia humana a tener.

Si me permiten una anécdota personal, cuando tenía 35 años fui diagnosticado con cáncer de riñón. La noticia fue un shock para mí y para todo mi entorno social –no es una condición de lo más esperable a esa edad. Estaba triste, angustiado, preocupado, enojado: todas las emociones que es esperable sentir en una situación así. Como era de esperar, recibí de mi entorno social la mayoría de las respuestas que detallo arriba: “va a salir todo bien”, “no es nada”, “a mi tío le pasó y salió todo bien”, “no te preocupes”, “hay que pensar en positivo”, “vas a salir de esto fortalecido”, etc. Pero esas respuestas en general me resultaban algo irritantes. Si bien entendía que estaban tratando de aliviar mi sufrimiento y darme ánimos, algunas de las respuestas me pedían que hiciera algo que no podía hacer (como no preocuparme frente a un condenado diagnóstico de cáncer), a otras no podía tomarlas en serio (por ejemplo, no había manera racional de saber que todo iba a salir bien), y a otras las sentía un tanto invalidantes del malestar que sentía. Esto no es una queja, por supuesto, ya que todas esas respuestas vinieron acompañadas de muestras enormes e incondicionales de cariño y apoyo que voy a apreciar de por vida. Sólo estoy señalando que las respuestas específicamente relacionadas con mi malestar fueron en general en la línea de evitación y control, y en general no me fueron de mucha ayuda.

Pero hubo una respuesta que sí me ayudó y aún recuerdo. Mi madrina, una persona con bastante experiencia en lidiar con el malestar y con problemas médicos, me llamó y me dijo: “vos sentite como tengas que sentirte. Si te sentís mal, sentite mal. No sé cómo es estar en tus zapatos, pero es normal que estés asustado, es una mierda lo que te está pasando”¹³⁸. No hubo consuelo, no hubo racionalización, no hubo perspectivas optimistas ni sugerencias de que me tome las cosas de otra manera, solo hubo una normalización de la situación y una sugerencia de que sintiera lo que estaba sintiendo, sea lo que fuera y esa es la respuesta que querría volver a oír si pasara nuevamente por esa situación. La aceptación está más cerca de esta última respuesta.

Los intentos de control del malestar tienen dos problemas principales. En primer lugar, tienden a ser inefectivos, de corta duración, y generan costos vitales. Por ejemplo, una estrategia de distracción frente a un malestar, como podría ser mirar televisión, no suele funcionar si el malestar es intenso. E incluso si funciona sólo lo hace en tanto sostengamos esa conducta, ya que en cuanto cese el malestar estará ahí. Y mientras esa conducta se sostenga el resto de la vida estará en pausa.

En segundo lugar, los intentos de control del malestar suelen tener el efecto paradójico de aumentarlo. Esto es particularmente apreciable en lo que sucede con el miedo al miedo en los problemas vinculados al pánico: una persona que no está dispuesta a sentir taquicardia y palpitaciones y está desesperada intentando controlarlas va a vivir cualquier variación normal del ritmo cardíaco como peligrosa, lo cual aumentará la probabilidad de experimentar taquicardia y otras reacciones físicas (ESA reacción, que mencionamos en el capítulo 4).

Aceptación entonces puede liberar a la persona para que pueda tener una vida con sentido: aceptar el malestar es el camino más corto para realizar una actividad valiosa y emocionalmente difícil. Por otro lado, la aceptación puede reducir notablemente el malestar añadido, el malestar generado por la lucha, pero aquí se nos presenta una paradoja: si con nuestros pacientes hacemos hincapié en que la aceptación va a reducir su malestar corremos el riesgo de que sea tomada como una estrategia de evitación, lo cual socavaría todo lo que queremos hacer, por lo cual es preferible omitir o no hacer demasiado énfasis en este aspecto.

Veamos a continuación algunos aspectos clínicos que vale la pena tener en cuenta al trabajar aceptación.

Las dos caras de la aceptación

Trabajar aceptación involucra dos movimientos clínicos. Cuando hablamos de evitación experiencial señalamos que comprende dos aspectos: rechazo a sentir el malestar y conductas activas de lucha contra el mismo. El trabajo con aceptación requiere ocuparse de ambos aspectos.

En primer lugar, es necesario “desmontar” el plan general que establece que el malestar debe ser controlado. Queremos que nuestros pacientes puedan identificar a sus conductas de evitación como parte de una estrategia aprendida a lo largo de su vida, y que puedan notar los efectos concretos que seguir esa estrategia ejerce. Un

recurso técnico central para trabajar esto es **desesperanza creativa**, que veremos más adelante, y que puede ayudar a soltar el componente de lucha activa de la evitación experiencial.

En segundo lugar, necesitamos ocuparnos del aspecto de rechazo pasivo, de la no disposición a sentir malestar. Para esto presentaremos a la aceptación como una forma viable de sentir malestar, una forma de responder al malestar que implica sentirlo sin defensa, y que en ese proceso reduce el sufrimiento y abre la posibilidad de vivir con mayor libertad.

Para decirlo de alguna manera, primero necesitamos que la persona deje de huir del malestar, y en segundo lugar que se acerque al malestar y que explore los efectos de sentirlo sin defensa ni lucha.

El primer paso puede no ser demasiado necesario si el problema psicológico es reciente y no ha habido mucho tiempo para desarrollar una estrategia de evitación. Pero esto es relativamente infrecuente, ya que las personas suelen intentar varias formas de resolver el malestar antes de iniciar una terapia, por lo cual es recomendable pasar un tiempo identificando las conductas que pertenecen a la estrategia de evitación y sus efectos.

Aceptación como cambio de segundo orden

El foco de aceptación es la relación general con las experiencias internas dolorosas pero, y esto es importante, **como clase**. Esto es, el foco clínico no está en la relación con una experiencia dolorosa en particular, sino en la relación con las experiencias internas dolorosas en general: intentamos generar una actitud de apertura amable hacia **todas** las experiencias internas difíciles.

Esto tiene un sentido más práctico que conceptual. Trabajar con la aceptación como clase nos permite no enredarnos demasiado con los detalles particulares de cada situación en la que surgen experiencias internas dolorosas: lo que está en juego en cada caso no es tanto cómo responder a esta o aquella emoción, sino cómo cambiar en general la receptividad hacia todas ellas.

Por ejemplo, en lugar de intentar que una paciente acepte la ansiedad que en particular le genera un examen, podemos explorar cómo suele ser su relación con la ansiedad y otras experiencias dolorosas **en general**. Indagaremos entonces si suele experimentarlas como algo normal, o si tiende a rechazarlas o intentar controlarlas, y de qué maneras. También indagaremos cuáles son los resultados de relacionarse así con el malestar: si es efectivo, si tiene efectos indeseados, si le obstaculiza actuar de manera valiosa, etc. Una vez que el plan de control se haya vuelto patente para la paciente, podemos ofrecerle aceptación como forma de relacionarse con todas las experiencias internas. Esto nos permitirá no enredarnos en sesión con las particularidades del examen, enfocándonos en cultivar la habilidad de aceptar, practicándola con malestares evocados o generados artificialmente en sesión.

Por supuesto, una vez que la aceptación está desarrollada como clase invitaremos a aplicarla como forma de respuesta frente a experiencias particulares, como las que genera un examen difícil. Pero el punto aquí es que suele ser más fácil desarrollar aceptación como habilidad general para luego aplicarla en casos particulares que seguir el camino inverso.

Aceptación versus resignación/tolerancia

Con frecuencia la aceptación se confunde con resignación o tolerancia del malestar, pero debemos tener en cuenta que son situaciones distintas. En la resignación experimentamos una experiencia interna **que no queremos tener**, pero careciendo de opciones para evitarla. Es experimentar un malestar porque no nos queda otra alternativa, no porque estemos dispuestos a experimentarlo. Lo mismo sucede cuando hablamos de **tolerar** un malestar: se trata de soportar algo que no queremos, esperando hasta que pase.

Aceptación, en cambio, es experimentar activa y abiertamente un malestar, sabiendo que hay alternativas, pero haciéndole lugar voluntariamente porque es valioso hacerlo¹³⁹. La aceptación es apertura activa, no pasiva. Por eso solemos hablar de aceptación utilizando expresiones que resalten la naturaleza activa de la aceptación: hacerle espacio al malestar, abrazar el malestar, abrir la puerta al malestar, practicar disposición al malestar, etcétera¹⁴⁰.

Si lo dijera en términos un poco más conductuales: cuando estamos desplegando evitación o escape estamos respondiendo al malestar psicológico como algo aversivo, emitiendo respuestas activas dirigidas a poner distancia o eliminar ese estímulo. Cuando hablamos de resignación o tolerancia, nos referimos a una situación en la cual seguimos respondiendo al malestar psicológico como si fuera un estímulo aversivo, pero con respuestas pasivas: esperar a que pase. Aceptación, en cambio, involucra tratar al malestar psicológico como si fuera un estímulo con función neutra o levemente apetitiva: algo que nos resulte relativamente indiferente o incluso algo a lo cual es deseable acercarnos y sentir.

Si evitación fuera algo como “quiero que esto se vaya, por lo cual hago X e Y”, resignación sería más bien algo como “quiero que esto se vaya, pero ya no sé más que hacer, así que sólo espero a que se termine”. Aceptación en cambio, sería más bien como “esto es doloroso, pero estoy dispuesto a sentirlo tal como se presenta”.

Por supuesto, la resignación y la tolerancia pueden ser útiles en algunos contextos. Dado que en ellas la persona deja de luchar activamente, trabajar tolerancia al malestar puede ser especialmente necesario cuando las conductas de evitación son inherentemente dañinas (autolesiones, atracones, intentos de suicidio, etc.). No es aceptación, pero puede funcionar como una suerte de paso previo a la aceptación.

Tengamos en cuenta, sin embargo, que funcionalmente son acciones distintas, y que tolerar el malestar no es lo mismo que aceptarlo. La aceptación involucra experimentar el malestar intencionalmente, con apertura. Por este motivo, no es algo que se haga de una vez y para siempre, sino que se trata de una elección que debe tomarse cada vez que se experimenta el malestar.

Aceptación, ¿de qué?

Una pregunta que suele surgir frecuentemente en clases y talleres cuando hablamos de aceptación es la siguiente: **¿qué pasa si una persona está pasando por una situación desagradable, peligrosa o violenta? ¿Tratamos de que acepte esa situación?**

Cuando en capítulos anteriores hablé de evitación señalé que su nombre completo es evitación **experiencial**, ya que involucra realizar esfuerzos para controlar o modificar la forma o la frecuencia de **experiencias internas** (sentimientos, pensamientos, impulsos, recuerdos, emociones, sensaciones, etc.) y los contextos que las ocasionan, es decir, el acento está puesto en las experiencias internas. Aceptación es el proceso inverso a la evitación, por lo cual el nombre completo de este proceso sería más propiamente aceptación **experiencial**¹⁴¹, ya que involucra aceptar las experiencias internas.

Esto es, la aceptación no se enfoca sobre situaciones externas, sino sobre las experiencias internas asociadas a ellas –y cuya evitación puede ser problemática. Cuando una persona se encuentra una situación desagradable o peligrosa, la aceptación se dirigirá a las experiencias internas que funcionen como obstáculo para actuar efectivamente hacia lo que sea una vida valiosa en ese contexto.

No se acepta, por ejemplo, tener cáncer, sino que se aceptan las experiencias internas difíciles asociadas, especialmente aquellas cuya evitación genera un malestar adicional o funciona como obstáculo para lidiar de manera efectiva y valiosa con la situación. En el caso de una persona con cáncer, esto podría incluir aceptar la ansiedad cuya evitación fuese un obstáculo para continuar con el tratamiento y el cuidado de la salud (por ejemplo, si evita hacerse exámenes por miedo a los resultados), para mantener la conexión con seres queridos, o para reducir la rumiación que genera un malestar adicional, etc. En el caso de una persona que estuviese atravesando una situación de violencia o abuso, la aceptación se dirigiría a las experiencias internas que estén siendo un obstáculo para tomar acciones concretas con respecto a la situación (por ejemplo, vergüenza, miedo, o culpa).

Tampoco practicamos aceptación de evaluaciones, comparaciones o autodefiniciones. Algo como “tengo que aceptar que soy un fracaso” sería incompatible con ACT, porque estaríamos tratando de aceptar un juicio con el que el paciente está fusionado. Sobre lo que sí podemos desplegar aceptación es sobre **el pensamiento** de ser un fracaso, en tanto pensamiento. Digamos, es distinto “aceptar que soy un fracaso”, a “aceptar que mi mente dice que soy un fracaso cada vez que intento hacer algo significativo”. Incluso las afirmaciones que se postulan como meras descripciones pueden ser un poco tramposas a este respecto: una descripción formalmente correcta, como “aceptar que no tengo pareja” puede en realidad estar expresando fusión con un pensamiento como “tengo que aceptar que nadie me va a querer”.

Lo que añade confusión al panorama es que, en el lenguaje cotidiano, aceptar suele usarse como sinónimo de **admitir** algún enunciado. Pero algo como “tengo que aceptar que ya no tengo veinte años” no es cabalmente aceptación tal como se define en ACT. En todo caso, de lo que podría tratarse es de aceptar el malestar asociado a ese enunciado y sus implicaciones. Aceptar no es admitir ni dar la razón –aunque en algunos casos puede servir como primer paso para aceptar.

Aceptación, defusión, y valores

Si bien todos los procesos de flexibilidad están relacionados íntimamente, en particular el trabajo con defusión y valores es central para facilitar la aceptación, al punto que en ocasiones puede ser imposible trabajar aceptación sin un trabajo previo en esos procesos.

La relación entre evitación y fusión es muy cercana. El malestar es malestar, es parte normal de ciertas experiencias, pero cuando nos fusionamos o “compramos” mensajes sociales o reglas que dicen que debe ser controlado, o evaluaciones que lo establecen como peligroso o indeseable, el malestar puede adquirir funciones aversivas por vía verbal. Por eso a menudo es muy útil desmontar evaluaciones y reglas (ie. trabajar defusión) antes de poder trabajar aceptación. Por ejemplo, si me fusiono con una regla como “sentir tristeza no es de hombres”, aceptar cualquier instancia de tristeza será bastante difícil. En cambio, si primero identifico que acarreo esa regla conmigo, si la identifico como socialmente adquirida, si noto sus costos y efectos, y aprendo a no tomarla literalmente, será más fácil y menos aversivo el hacerle lugar a la tristeza¹⁴².

Por el mismo motivo, que el paciente pueda relacionar la aceptación del malestar con sus valores personales puede ser muy útil porque puede conferirle simbólicamente funciones apetitivas a ese malestar. Si puedo lograr, por ejemplo, que un paciente relacione el sentir ansiedad social con desarrollar intimidad y conexión con otras personas, entonces ese malestar puede tener funciones apetitivas, esto es: sentir ese malestar significa acceder a algo importante.

Mensajes terapéuticos

Dado que hay dos estrategias clínicas para trabajar aceptación, tenemos dos conjuntos de mensajes terapéuticos relevantes, uno vinculado con desmontar el control experiencial y uno vinculado con desarrollar aceptación, que revisaremos de manera separada.

Desmontar el control experiencial

Los pacientes suelen llegar a terapia cargando una larga historia de reforzamiento para la evitación experiencial, que tiene las consecuencias negativas que hemos señalado en capítulos anteriores: las experiencias evitadas se vuelven más prominentes, se genera un sufrimiento adicional al luchar, la vida se pone en pausa, etcétera.

Si esta estrategia de evitación experiencial no es abordada al inicio del tratamiento, corremos el riesgo que los recursos de flexibilidad psicológica se pongan al servicio de ella, por ejemplo, que los recursos de defusión se usen para intentar deshacerse de pensamientos, que las habilidades de mindfulness se utilicen para intentar distraerse del malestar, etc. La cuestión aquí, por supuesto, es que la evitación es una función, no una característica intrínseca de las conductas, por lo cual incluso una acción que formalmente parece de aceptación puede usarse con funciones evitativas, llevando a los mismos resultados perjudiciales.

De manera general, el mensaje que tratamos de transmitir es que la estrategia de control no funciona **porque no puede funcionar** con experiencias internas. Tener esta estrategia no es culpa ni error por parte de los pacientes, sino que es el resultado normal de tener una mente y de vivir en cierto contexto sociocultural, pero debe ser abordada de todos modos.

El procedimiento general para esto es ayudar a los pacientes a que identifiquen a las conductas que forman parte de una estrategia general de intentos de control de malestar, y ayudarlos a tomar contacto con los efectos de esa estrategia.

Pero como hemos mencionado antes, este mensaje terapéutico no es algo a decirles directamente, sino algo que tenemos que ayudarlos a experimentar y descubrir por sí mismos. Dicho de otra manera, no queremos convencerlos¹⁴³ sino invitarlos a que tomen contacto con su propia experiencia y saquen sus propias conclusiones.

Esto, sin embargo, no es algo que se haga una sola vez y para siempre, sino que deberemos volver a esto cada vez que nuestra paciente vuelva a luchar con el malestar, cosa que puede pasar con cierta frecuencia¹⁴⁴. Es una buena idea etiquetar la estrategia para englobar las diferentes conductas que forman parte de ella. Por eso solemos hablar de “luchar” o “tironear” con el malestar: nos permite señalar la función de diversas conductas, más allá de su forma.

Algunos mensajes terapéuticos clave de este aspecto de aceptación son:

- *El plan de controlar el malestar no es la solución, sino que es el problema.*
- *La estrategia de controlar el malestar no funciona para las experiencias internas, sin importar cuánto nos esforcemos.*
- *Luchar con las experiencias internas las vuelve más prominentes y aumenta el malestar.*
- *El problema no es el malestar ni su intensidad, sino la lucha con él.*
- *La lucha con el malestar tiene costos vitales.*
- *Hay más de una manera de recibir las experiencias internas.*
- *Luchar contra el malestar no es la única alternativa posible.*

Estos mensajes se pueden explorar a través de diversas actividades y ejercicios experienciales, que veremos en la siguiente sección.

Desarrollar aceptación

Una vez que la estrategia de control experiencial está debilitada, o al menos no aparece como la única opción posible para lidiar con el malestar, es posible presentar una forma alternativa de sentir malestar: con aceptación¹⁴⁵.

Nuevamente, esto no es algo que meramente vayamos a **decirle** a nuestros pacientes, sino algo que les ayudaremos a explorar experiencialmente. Queremos transmitir en qué consiste la aceptación de una experiencia de malestar, ayudarlos a distinguir sensorialmente la diferencia entre evitar y aceptar una experiencia, qué consecuencias hay en cada caso, explorar cuál es más viable para avanzar hacia una vida valiosa, y proporcionar algunas herramientas para practicar y desplegar aceptación en tiempo real.

Algunos mensajes terapéuticos clave de este aspecto de aceptación son:

- *El malestar es consecuencia normal de la condición humana.*
- *El malestar es una señal de que hay algo importante en juego.*
- *La aceptación del malestar es una alternativa viable a la evitación.*
- *Aceptar el malestar puede reducir el malestar innecesario y abrir un camino hacia vivir de manera más libre y significativa.*
- *Aceptar lo que no se puede cambiar (experiencias internas), facilita modificar lo que sí se puede cambiar (conductas y lidiar con situaciones).*
- *La aceptación es una acción que debe tomarse cada vez que hay malestar, no algo que meramente se decide o se desea.*
- *Aceptar una emoción no significa desearla, sino que se refiere a recibirla con gentileza.*

Interacciones en sesión

Las interacciones en sesión relevantes a aceptación comprenden todas las conductas del terapeuta en relación al malestar propio o del paciente, todo aquello que hace el terapeuta cada vez que el malestar aparece en la terapia.

Al igual que con el resto de las interacciones terapéuticas, queremos evitar que nuestras acciones sean inconsistentes con los mensajes terapéuticos que intentamos transmitir sobre aceptación. Idealmente, estas interacciones consistirán en que el terapeuta modele aceptación, que aliente y proporcione oportunidades para que el paciente actúe con aceptación, y que refuerce esas conductas cuando sucedan.

Modelar aceptación involucra actuar como si las experiencias internas fuesen algo que se puede experimentar sin defensa, algo que se puede tener sin que sea necesario calmar o controlar irreflexivamente. Por este motivo puede resultar confuso responder a las expresiones de malestar de la paciente con acciones inmediatas y automáticas de calmado o consuelo (por ejemplo, proponiendo inmediatamente un ejercicio de respiración a la menor señal de angustia), ya que estaríamos tratando al malestar como si fuese algo que debe manejarse o controlarse de alguna manera.

Por supuesto, esto no quiere decir que no nos importe su malestar, sino que más bien estamos intentando tratarlo como parte del paisaje. Si nos detenemos en los malestares significativos es sólo a fin de hacerles espacio y mejor apreciarlos, no para controlarlos. Por ejemplo, cuando en sesión aparece un malestar profundo y significativo podemos invitar a la paciente a compartir un minuto de silencio. Un minuto de contemplación y reverencia hacia lo que acaba de surgir. Un minuto sin comentarios, análisis, ni racionalizaciones del malestar, sino un minuto durante el cual respirar y recibir el dolor que a veces la vida proporciona.

Por lo mismo, tampoco queremos celebrar demasiado si nuestra paciente dice sentirse mejor o sentir menos malestar. Por supuesto, podemos alegrarnos y compartir nuestra alegría, pero festejar en exceso si nos dice que está sintiendo menos angustia (por ejemplo, exclamando “¡finalmente logramos deshacernos de esa maldita angustia!” mientras descorchamos una botella de champagne) puede transmitir inadvertidamente el mensaje de que ese era el objetivo final de las intervenciones.

Lo dicho aplica también al malestar que pudiera sentir el terapeuta. Adoptar una posición en la cual el propio malestar sea bienvenido cuando aparece, y compartir su aparición en sesión cuando sea adecuado puede servir para normalizar el sentir malestar y para modelar disposición y vulnerabilidad. Cuando el dolor, en cualquier forma, aparece en sesión puede ser útil tratarlo como algo a observar y recibir, no algo a expulsar o controlar; como si un colibrí entrara por la ventana del consultorio durante la sesión: lo miramos, lo apreciamos, lo contemplamos, pero no lo corremos a tiros con una escopeta¹⁴⁶.

Metáforas

Hay varias metáforas e historias que pueden ser útiles para trabajar aceptación. Dado que hay dos aspectos a trabajar en aceptación, hay dos grandes ejes temáticos para trabajar metafóricamente este proceso.

Por un lado, están las metáforas que giran en torno al eje temático de abandonar alguna forma de control que resulta inútil y contraproducente. Me gusta por cotidiana y divertida mencionar la escena de darse una inyección intramuscular¹⁴⁷: el pinchazo de la inyección es necesario y su dolor inevitable, pero en esa situación no estar dispuesto a recibir la inyección, tensando los músculos, puede hacer que la inyección sea más difícil y que la zona nos quede doliendo el resto del día. Por el contrario, si estamos dispuestos a experimentar ese dolor y distendemos los músculos de la zona, el dolor del pinchazo puede ser más llevadero y sus consecuencias menos duraderas.

También hay historias un poco más estructuradas, como por ejemplo las historias de forcejear en las arenas movedizas (Harris, 2009, p. 92), demonios en un bote (Harris, 2009, p. 148), o la persona en el pozo (Hayes et al., 1999, p. 101). Particularmente, me gusta usar la metáfora del invitado indeseado (Hayes et al., 2012, p. 279), presentándola de manera más o menos similar a la siguiente transcripción:

Imagina que un día decides dar una fiesta para todos tus amigos. Tomas tu teléfono y empiezas a invitar gente. Quieres que sea una gran fiesta, así que dices “Todos están invitados”. Y cuando llega el gran día, preparas el lugar para la fiesta. Y estás realmente contento porque van a venir todos. Y pronto los invitados comienzan a llegar. Después de un rato, todos los invitados han llegado y la estás pasando muy bien. Pero entonces suena el timbre, y piensas ‘¿quién podrá ser?, seguramente me debo haber olvidado de alguien’. Y ahí está, alguien que definitivamente no querrías en tu fiesta. Es tu vecino Brian. Brian debe ser una de las personas más molestas que conoces. Es rudo, gruñón, se queja mucho y no es muy proclive a la higiene personal. Es la última persona que querrías en tu fiesta. Pero antes de que puedas evitarlo, entra a tu casa sin siquiera decir hola, se acerca a tus huéspedes, y es rudo, se sirve por sí mismo bebidas y comida, y en general actúa raro hacia tus amigos.

Comprensiblemente, te sientes molesto, avergonzado y enojado, así que de inmediato te acercas a Brian y le dices “ya está, quiero que te vayas”, y lo echas de la fiesta. Una vez que se va, te sientes aliviado, vuelves a la fiesta y empiezas a pasarla bien. Pero después de un rato, escuchas el timbre nuevamente y cuando vas a ver quién es te das cuenta de que Brian ha regresado. Y antes de que puedas detenerlo abre la puerta y entra corriendo a la fiesta nuevamente. De modo que lo buscas, lo encuentras y lo echas nuevamente. Esta vez, sin embargo, decides que te vas a asegurar de que no vuelva a entrar así que decides quedarte en la puerta vigilando. Y esto funciona bien, Brian no puede entrar y eso te da tranquilidad. El problema es que mientras tanto, te estás perdiendo la fiesta. Puedes escuchar a todos afuera, divirtiéndose, y también querrías estar en la fiesta. Pero, como no puedes soportar a Brian, no te puedes arriesgar a entrar nuevamente. Y no sabes qué hacer, realmente quieres disfrutar la fiesta, pero el pensamiento de que Brian pueda volver te molesta. Después de un tiempo decides que, de hecho, esta fiesta es muy importante para ti y que quieres estar con tus amigos, al menos asegurarte de que la estén pasando bien. Así que decides ir a la fiesta, y te dices a ti mismo: si Brian quiere entrar, que entre. Y por supuesto, después de un par de minutos Brian entra y empieza a ser molesto nuevamente. Pero esta vez algo es distinto. No lo ignoras, porque es bastante difícil de ignorar, pero decides seguir con la fiesta, hablando con tus amigos. Y empiezas a notar algunas cosas interesantes. En primer lugar, te das cuenta que, aunque Brian aún está ahí la estás pasando bien. Claro, sería mejor si se fuera, pero al menos no estás atascado en la puerta, perdiéndote la fiesta. Segundo, te das cuenta de que cuando no estás intentando echarlo se calma un poco. Sigue siendo molesto, sigue siendo maloliente, pero no es tan malhumorado. Y luego empiezas a notar otras cosas que no habías visto antes, como que tiene un sentido del humor extraño, aunque sea difícil de captar. E incluso se hace un par de amigos en la fiesta. Y te preguntas “¿qué voy a hacer la próxima vez que haya una fiesta?”¹⁴⁸.

Esta metáfora ilustra el costo vital de intentar mantener algo a distancia, y la posibilidad de permitirle estar en nuestra vida, aun cuando no nos guste. Podemos pedirle a nuestra paciente si se identifica con la historia, a cuáles de sus experiencias estaría representando Brian, y detallar las fiestas que se ha perdido.

Por otro lado, están las metáforas que se enfocan en el aspecto de disposición de este proceso, y que en general giran en torno al eje temático de recibir o hacerle espacio con gentileza y amabilidad a un evento u objeto que se presenta por sí mismo, de manera ajena a la voluntad de la persona. El frecuentemente citado poema **La casa de huéspedes**, del poeta persa Rumi, es una buena ilustración de este eje temático. Otros recursos que suelo usar a este respecto son:

- “Imagina que esto que estás sintiendo es un cachorrito que está lastimado, asustado y buscando cobijo en tu pecho”.
- “Abraza tu experiencia como si fuera un niño que está llorando”.
- “Permite que tu respiración envuelva a tu malestar como si estuvieras creando un colchón en el cual pueda reposar”.
- “Observa tu experiencia como si fuera la primera vez que ves una obra de arte extraordinaria”.

Ejercicios experienciales y actividades

Meramente decirle a un paciente que acepte rara vez es efectivo¹⁴⁹. Las estrategias de evitación suelen contar con años de historia de aprendizaje, por lo cual necesitamos formas más contundentes de transmitir esa idea, así

que privilegiaremos las actividades y ejercicios experienciales que permiten notar en carne propia el mensaje en cuestión.

Desesperanza creativa

La evitación clínicamente relevante se presenta bajo la forma de un patrón generalizado de relación con el malestar, no de manera aislada (la evitación experiencial aislada raramente es un problema clínico). En ACT se suele denominar a esto la **agenda de control experiencial**, en el sentido de un plan que en resumidas cuentas estipula que el malestar debe ser controlado para poder vivir. Se trata del hábito o estrategia general de control del malestar. Por eso, para trabajar aceptar en primer lugar necesitamos señalar la existencia de ese hábito y sus efectos, para que pueda ser identificado y abandonado.

Una actividad central para desmontar la estrategia de control experiencial es la llamada **desesperanza creativa**. Es una actividad que consiste básicamente en una interacción clínica en la cual la terapeuta guía a la paciente a observar la historia de lucha con el malestar y sus efectos. En resumidas cuentas, se trata de tres preguntas a explorar:

1. ¿Con qué sentimientos y pensamientos has estado luchando? De lo que se trata aquí es de identificar las experiencias internas que la paciente ha estado intentando controlar o evitar: sentimientos, pensamientos, sensaciones físicas, impulsos, recuerdos, etc. A veces la metáfora de "lucha" no es muy efectiva con pacientes, en esos casos se puede preguntar en la línea de "¿qué pensamientos te cuesta más recibir?", o "¿qué sentimientos son más difíciles para ti?". Si se mencionaran situaciones externas, nos orientaremos hacia los pensamientos y sentimientos que esas situaciones hayan generado.

2. ¿Qué has intentado para deshacerte de eso? Con esta pregunta intentamos generar una lista minuciosa de todas las acciones, observables o privadas, que la paciente haya desplegado como intentos de control del malestar, ya sea recientemente o a lo largo de su historia. Es simpático incluir en la lista a la propia terapia como un intento más de control de malestar, ya que efectivamente suele ser el caso que los pacientes vienen a terapia esperando que funcione como estrategia para eliminar el malestar. Vale la pena señalar aquí que estamos intentando agrupar a las estrategias de control experiencial en una clase (la clase de "evitación", "lucha" o "control"), para más adelante durante el tratamiento poder lidiar con ellas de manera global, sin detenernos en cada una.

3. Vuelve a notar cada acción que has llevado a cabo para eliminar el malestar ¿ha funcionado para deshacerte definitivamente del malestar? ¿Qué costos ha tenido? Esta última pregunta indaga por los efectos que cada una de las acciones de la lista anterior ha tenido. Podemos explorar si ha habido efectos paradójicos de aumento del malestar desde que intenta controlarlo. Al preguntar por los costos, incluiremos tanto los costos intrínsecos como los costos cualitativos (véase el capítulo 12).

Esta última pregunta es un poco tramposa, desde luego, porque ya conocemos la respuesta. En efecto, si alguna acción eliminara el malestar motivo de consulta de manera definitiva, consistente y sin consecuencias negativas, la paciente no estaría en terapia. Incluso si la paciente dijera que alguna acción le ha funcionado, basta con explorar si ha funcionado de manera definitiva o si meramente pospone el malestar hasta que vuelve, y qué costo ha tenido. Por ejemplo, las autolesiones efectivamente alivian la angustia durante un tiempo, sin embargo, eventualmente el malestar vuelve, junto con el costo psicológico y físico de las autolesiones.

En algunas ocasiones sucede que se mencionen algunas acciones flexibles y efectivas que se han utilizado para lidiar con el malestar y que han tenido efectos positivos, y cuando sea así las aceptaremos como recursos o fortalezas a utilizar. Por ejemplo, suele suceder que algunos pacientes hayan intentado utilizar técnicas de meditación, o respuestas que se parecen mucho a aceptación o defusión, y si ese es el caso, podemos utilizar esas habilidades, enfocarlas y ajustarlas si hace falta, e incorporarlas al tratamiento.

Esta actividad se llama desesperanza creativa porque una vez que la paciente haya podido notar que sus intentos de eliminar el malestar no han funcionado, podremos sugerir abandonar todo el plan de control del malestar. Por ejemplo, podemos hacer una sugerencia en esta línea:

"A lo largo de este tiempo has intentado toda clase de acciones y recursos para eliminar el malestar. Sin duda, nadie puede decir que no lo has intentado o que no te esforzaste lo suficiente. Todo esto se basa en una idea, que tu mente y la sociedad te repiten a menudo: el problema es el malestar, y si se elimina el malestar entonces la vida será mejor. Entonces intentas más cosas, nuevas estrategias, con la esperanza de eliminar el malestar. Pero el malestar no se va, la sensación de atascarte es cada vez mayor, y acabamos de ver que nada de lo que intentaste ha funcionado de manera efectiva y definitiva -incluso cuando algo te dio un poco de alivio fue de manera temporal, y con un costo muy alto para lo que te importa. Querría sugerirte una pregunta para considerar, sin apurarnos a contestarla: ¿y si estas cosas no funcionan, no porque no las estés haciendo bien, o porque no te esfuerces lo suficiente, sino porque no pueden funcionar? ¿Qué pasa si el problema es la estrategia que te dice que es necesario que el malestar se vaya para que puedas vivir?"

Este último interrogante es la parte de "desesperanza": se trata de perder la esperanza engañosa en que la estrategia puede funcionar, en que quizá lo siguiente que intentemos, el siguiente medicamento, la siguiente terapia, puede funcionar para eliminar definitivamente el malestar y que entonces la vida estará bien. Y es **creativa** porque estamos intentando dejar ir una estrategia para intentar algo nuevo: permitírnos experimentar malestar nos puede abrir el camino a una vida valiosa. Se trata de abandonar una actitud general, una estrategia general de relacionarse con el malestar, para que otra actitud, otra estrategia pueda surgir.

Habitualmente luego de trabajar desesperanza creativa los pacientes suelen formular la muy pertinente pregunta: "¿y entonces qué hago?". Esto es, si nada funcionó ni va a funcionar, entonces ¿qué queda por hacer? Por supuesto, la respuesta es que intentaremos reemplazar al rechazo y lucha por la aceptación como forma de relacionarse con el malestar. Sin embargo, necesitamos tratar a esa pregunta con cuidado porque queremos sugerir una **estrategia** distinta, una forma diferente de experimentar el malestar, mas no queremos que esto se entienda como una forma astuta o disfrazada de controlar el malestar. La aceptación no controla el malestar, sólo hace que las acciones se vuelvan más libres, menos afectadas por una lucha inútil y contraproducente.

Entonces, antes de dar una respuesta a ese “¿y entonces qué hago?” podemos hacer una pausa e invitar al paciente a notar cómo su mente está buscando más soluciones al malestar, incluso después de haber notado que ninguna de las soluciones previas no han funcionado. Personalmente, prefiero responder de manera un tanto indirecta, con una metáfora como la de las arenas movedizas, algo que sugiera que es necesario cambiar de estrategia en lugar de seguir aplicando la estrategia previa. Como si le sugiriéramos a alguien que está intentando poner un tornillo golpeándolo con un destornillador que intente usarlo de otra manera, en lugar de pegarle más fuerte: no queremos más de lo mismo, sino algo realmente distinto.

Desesperanza creativa no se trata de convencer a la paciente, ni de decirle que lo que está haciendo no funciona, sino de ayudarla a notar qué es lo que ha pasado en su vida al luchar con el malestar, sus costos y efectividad, con el objetivo de prepararla para experimentar el malestar sin intentos activos de defensa ni control. Esta actividad puede llevarse a cabo como intervención estructurada en sesión, creando una lista lo más exhaustiva que sea posible de las conductas de control experiencial y sus efectos. Si se hace de esta manera la actividad puede llevar incluso más de una sesión y se la puede complementar con tareas entre sesiones¹⁵⁰. Pero también esta secuencia de tres preguntas puede utilizarse de manera puntual como interacción clínica, explorando si una conducta dada está al servicio de controlar un malestar, y explorando sus efectos y costos.

Actividades para experimentar los efectos de la lucha

Otro tipo de actividades para resaltar la futilidad de la estrategia de evitación son los ejercicios de supresión, aquellos ejercicios que aprovechan los efectos irónicos de la supresión de experiencias internas (Wegner, 1994; Wegner et al., 1997, 2004). El formato básico de estas actividades es “intenta no notar X/no pensar en X”.

Hay un ejercicio que aprendí hace muchos años en unas clases introductorias a ACT, y desde entonces lo uso siempre en mis clases y sesiones a modo de venganza indiscriminada, porque el contenido se me quedó tatuado en la parte interna del cráneo. El ejercicio tiene tres pasos, que les invito a experimentar.

En primer lugar, intenten imaginar una pelota de tenis de color rojo. Intenten hacerse una imagen tan clara como sea posible en su mente y tómense unos momentos para notarla.

En segundo lugar, cierren los ojos durante un minuto entero y concéntrense en intentar por todos los medios **que no aparezca la pelota de tenis de ninguna manera en su mente**. Pero no de manera liviana, sino realmente esforzándose por mantenerla a raya –hagan de cuenta que, si aparece la imagen o si piensan de manera directa o indirecta en ella va a caer un meteorito sobre su ciudad, se les van a caer todos los dientes y el pelo, nunca más van a encontrar lugar para estacionar, y todo va a ser su culpa por haber pensado en la pelotita. Observen la experiencia de intentar expulsar de su mente a esa pelota de tenis roja durante un minuto.

Al terminar ese minuto, noten cómo les fue en este segundo paso: ¿lograron que no apareciera en su mente ninguna referencia a la pelota de tenis? Si no lo lograron, ¿cuántas veces apareció? ¿Cómo se sintió intentar deshacerse de esa imagen, notaron un poco de tensión o malestar extra? Usualmente sucede que la pelota aparece muchas veces durante el ejercicio, a veces acompañada de tensión o malestar adicional que es resultado del esfuerzo de expulsarla¹⁵¹. Esto nos puede servir para ilustrar el problema con la lucha contra el malestar: si la lucha no sirve para expulsar a algo tan inofensivo e impersonal como una pelota de tenis ¿qué probabilidades tiene de funcionar la lucha con contenidos realmente problemáticos y personales?

En tercer lugar, tómense otra vez un minuto, pero esta vez dejen a su mente vagar libremente y pensar en cualquier cosa –si aparece la pelota de tenis en su mente está perfecto, ningún meteorito va a caer sobre su ciudad a causa de ello y si el pelo se les cae será por la biología, no por la pelotita.

Al terminar ese minuto, revisen cómo fue la experiencia: ¿apareció la pelota de tenis? ¿Cuántas veces? ¿Cómo fue la sensación general de ese minuto? ¿Se sintió un poco más distendida, un poco más libre? Usualmente la pelota aparece un par de veces al principio del ejercicio, pero luego la atención se dirige a otros contenidos. También la sensación general tiende a ser de más tranquilidad y más libertad al pensar, ya que no está el malestar extra que surge al intentar expulsar una experiencia.

La pregunta central aquí es: ¿cuál de las dos actitudes hacia la pelota se siente como una forma de vivir más libre o más deseable? ¿La primera o la segunda? De esta manera, este ejercicio nos puede servir para ilustrar la diferencia entre evitar y aceptar una experiencia.

También es interesante hacer este ejercicio con cualquier sensación física que esté presente en la sesión. Por ejemplo, noten durante unos treinta segundos con curiosidad las sensaciones que estén presentes en su mano derecha, como si estuvieran haciendo un inventario de lo que allí sucede: sensaciones de hormigueo, de temperatura, el roce del aire, etc. A continuación, durante treinta segundos noten cualquier sensación que esté presente en su mano izquierda, pero esta vez intentando al mismo tiempo por todos los medios posibles no notar las sensaciones de su pie derecho. Noten lo difícil que es prestar atención a su mano izquierda cuando hacen eso, y lo prominentes que se vuelven las sensaciones previamente no percibidas del pie derecho.

Estos ejercicios de supresión se pueden realizar con cualquier estímulo que se les ocurra, y pueden divertirse un poco con los contenidos (pueden jugar a no notar el color azul, a no pensar en una torta de chocolate, a no notar el tamaño de la lengua, etc.). Recuerden sin embargo siempre comenzar con contenidos que sean neutros o inofensivos para su paciente.

Actividades para elegir y practicar disposición

Esto puede sonar un poco extraño, pero aceptación es básicamente no hacer nada cuando aparece un malestar –no luchar, no resolverlo, no enfocarnos en él, sino dejarlo ser parte del paisaje experiencial¹⁵². Sucede que en la práctica “no hacer nada” equivale a resignación, por lo cual practicar aceptación efectivamente requiere una suerte de movimiento de sobrecorrección: no solo permanecer con el malestar, sino **aproximarse** a él con amabilidad y curiosidad¹⁵³. Por ese motivo, una vez que se logra socavar el plan de evitación experiencial y abandonar la lucha activa contra el malestar, el objetivo es ayudar a la paciente a **acercarse** al malestar, experimentándolo sin lucha ni rechazo, con gentileza, compasión y curiosidad.

Este es el aspecto de aceptación que se suele llamar "disposición", y se trata de aprender a sentir sin defensa, la destreza o habilidad de sentir un malestar y recibirlo amablemente, sin emitir conductas activas de control y tampoco sin rechazo.

La disposición (como el rechazo) es algo más bien corporal. La metáfora de la inyección que proporcionamos unas páginas atrás es una buena forma de captarla: la no disposición se da en el cuerpo, como una actitud pasiva de tensión en torno a una sensación indeseada. Cuando sentimos un malestar indeseado, sea físico o psicológico, tendemos a rechazarlo, a intentar expulsarlo de nuestro cuerpo. Esos impulsos corporales de expulsión son los que primariamente intentaremos modificar, sustituyéndolos por una actitud corporal de bienvenida, de buena disposición, como si estuviéramos intentando transmitirle a nuestro cuerpo que no hay nada de lo que defenderse¹⁵⁴.

La estructura básica de la mayoría de las prácticas estructuradas de disposición puede bosquejarse de esta manera:

- 1) Evocar un malestar o tomar un malestar que surgió en sesión. El contenido a elegir puede graduarse según las habilidades del paciente y evocar puede hacerse con estímulos físicos (al estilo de exposición en vivo), o como un ejercicio de imaginación ("quisiera que fueras a la última vez que sentiste X").
- 2) Invitar a la paciente a identificar las sensaciones físicas que constituyen ese malestar. Es importante anclar estas prácticas a lo corporal –cualquier malestar se percibe en el cuerpo, y sobre esas sensaciones es más factible practicar aceptación.
- 3) Notar el rechazo o no disposición al malestar que se puede percibir bajo la forma de tensión física o impulsos de acción.
- 4) Alentar a la paciente a dejar ir la lucha y aproximarse a esas sensaciones con gentileza y/o curiosidad, utilizando cualquier recurso simbólico que ayude a tratarlo como un estímulo apetitivo, benigno o inofensivo: darle la bienvenida, sostenerlo con gentileza, apreciarlo (se pueden utilizar cualquiera de las metáforas que listamos en la sección anterior). Enmarcar al malestar como señal de que hay algo importante en juego puede resultar útil.
- 5) Mientras se experimenta el malestar, invitar a notar cualquier indicio de lucha (a juzgar por señales observables en el lenguaje no verbal) y activamente alentar a soltarlo. En particular podemos estar atentos a indicadores de tensión corporal como forma de rechazo, e indicar soltar esa tensión en la medida en que sea posible como si no hubiera nada de lo que defenderse –porque de hecho no lo hay.
- 6) Continuar explorando distintos aspectos del malestar evocado. Enfocarse en los detalles sensoriales específicos de la experiencia: su tamaño, bordes, forma, localización, densidad, etc.
- 7) Repetir los puntos 4 y 5 según sea necesario.
- 8) Una vez terminado, conversar sobre la experiencia: qué aspectos resultaron más sencillos, qué aspectos resultaron más desafiantes, qué le sirvió y que no. Destacar que sin importar cómo haya salido, el mero atravesar el ejercicio ya es un paso hacia experimentar el malestar sin defensa.

Esta estructura puede llevarse a cabo con diversos tipos de contenido. Puede usarse cualquier incomodidad leve y el ejercicio hacerse con un cierto aire de juego como, por ejemplo: ponerse de pie sobre la silla en sesión y quedarse así unos minutos mientras la terapeuta sigue sentada¹⁵⁵, la incomodidad de tener un bollo de papel en la espalda y apoyarla en la silla, el pequeño dolor de sostener un hielo en la mano, las sensaciones de incomodidad de contener la respiración durante un tiempo prolongado, etc. Progresivamente podemos avanzar hacia practicar disposición con contenidos más difíciles.

Otros ejercicios sencillos y simpáticos que pueden considerar para trabajar aceptación son el *Monstruo de Lata* (Hayes et al., 1999, p. 171), *Aceptación de Emociones* (Harris, 2009, p. 137)¹⁵⁶, entre otros.

¹⁵⁷ Aunque es conocido lo que se dice de las buenas intenciones.

¹⁵⁸ Disculparán el lenguaje y la conjugación argentina, estoy citando textualmente lo que recuerdo.

¹⁵⁹ Por eso decía que es imposible separar los procesos. Aceptación implica aceptar *para algo* –esto es, aceptar para actuar hacia valores.

¹⁶⁰ Con frecuencia van a encontrar en textos de ACT que se reemplaza el término "aceptación" (*acceptance*) por el término "disposición" (*willingness*), para evitar la connotación pasiva que a veces tiene el primero.

¹⁶¹ La denominación de "aceptación experiencial" no es canónica en ACT, pero conjeturo que tampoco sería demasiado polémica.

¹⁶² Hay un vínculo íntimo entre la idea de deconstrucción y defusión, que excede los límites de este libro pero que vale la pena explorar.

¹⁶³ Lo voy a decir mil veces, intentar convencer a un paciente es una tarea no solo inconsistente con ACT, sino también inútil y con frecuencia contraproducente.

¹⁶⁴ Se trata, después de todo, de una estrategia que ha sido reforzada de múltiples maneras a lo largo de los años, no es algo que vaya a desaparecer del repertorio gracias a un par de horas de terapia.

¹⁶⁵ A este aspecto de aceptación se lo suele llamar "disposición" (*willingness*), para subrayar que se trata de una suerte de actitud hacia el malestar, la actitud de estar dispuesta a experimentarlo.

¹⁶⁶ En general conviene no tener escopetas en el consultorio.

¹⁶⁷ Es decir, allí donde no da el sol, diría mi madre.

¹⁶⁸ Este texto de hecho es una adaptación, no del texto original del libro, sino de un video animado de esta metáfora hecho por Joe Oliver. El video está libremente disponible en Internet, y puede resultar una manera muy simpática de acompañar o presentar esta metáfora.

¹⁶⁹ De hecho, cuando la aceptación es un imperativo por parte de otra persona ("tienes que aceptar"), suele ser una forma de decir implícitamente "no quiero escuchar más esto".

¹⁷⁰ En el sitio web de Grupo ACT pueden encontrar una planilla para trabajar los costos de la evitación entre sesiones, que es una adaptación de una actividad de Gordon y Borushok (2017).

¹⁷¹ De tanto en tanto algún paciente dice que logró no pensar en la pelota, generalmente distrayéndose pensando en otra cosa. Esto sucede cuando no se esfuerzan demasiado en eliminarla. En esos casos se les puede preguntar cómo sabían que estaban cumpliendo con la consigna –la única forma de hacerlo es, de hecho, chequear lo que están haciendo y verificar que efectivamente están pensando en otra cosa y no... en la pelota de tenis, lo cual ya es pensar en la pelota de tenis y por tanto fracasar en el ejercicio. Pero no lleven esto al terreno de la discusión con sus pacientes, se trata de experimentar, no de convencer.

¹⁷² Piensen en lo que intentamos hacer con el tratamiento de una fobia a las arañas: el objetivo es que el paciente pueda *no tener que hacer nada en particular* al ver una araña, ni huir, ni protegerse, ni acercarse, ni alterar de manera significativa lo que estaba haciendo.

¹⁷³ En la misma línea a la nota al pie anterior (notas que referencian notas, este libro empieza a ponerse denso), esto es similar a lo que cuando hacemos exposición para una fobia a las arañas: para lograr que las arañas resulten más bien indiferentes, primero fomentamos conductas de acercamiento a ellas.

¹⁷⁴ Disculparán el lenguaje impreciso. Sucede que con los aspectos más experienciales las palabras tienden a quedarse cortas, por lo que a veces es necesario recurrir a un lenguaje más figurativo que técnico.

¹⁷⁵ Parece una tontera, pero ¿notaron la incomodidad que solemos sentir cuando estamos con alguien y esa persona se queda de pie mientras seguimos sentados?

CAPÍTULO 19: DEFUSIÓN

El término **defusión** se refiere tanto a una perspectiva general sobre los pensamientos, como a un conjunto de procedimientos dirigidos a reducir su influencia problemática¹⁵⁷. Es probablemente el procedimiento más antiguo de ACT –recordemos que antes de “ACT” el nombre del modelo era “distanciamiento comprensivo”, ya que se trataba de una intervención cuyo objetivo principal era tomar distancia de pensamientos y sentimientos.

Recordarán de capítulos anteriores que llamamos **fusión** a lo que sucede cuando la conducta está principalmente controlada por contenidos verbales, lo cual puede ser útil en ciertos contextos, pero aumentar la rigidez en otros. Defusión, en cambio, es el proceso de flexibilidad que consiste en reducir la influencia que los pensamientos y reglas tienen sobre otras conductas, por medio de generar un contexto en el cual puedan ser experimentados por lo que son, no por lo que dicen. Es algo similar a lo que podemos hacer con un libro: relacionarnos con lo que en él se dice, o con lo que un libro **es**, un mero objeto.

Dado que se refiere a contenidos verbales, defusión es el más “cognitivo” de los procesos del hexaflex, por lo cual en algunos textos pueden encontrarla como defusión **cognitiva** –lo cual siempre me ha parecido un tanto redundante. En particular nos ocuparemos de debilitar la fusión con ciertos tipos de pensamientos que suelen resultar problemáticos por el dominio que suelen ejercer sobre las acciones y la atención. Algunos contenidos que tienden a ser particularmente problemáticos son:

- Juicios, comparaciones, y evaluaciones (sobre sí mismo, los demás, el mundo, el futuro): por ejemplo, una persona que fusionada con la creencia “nadie me puede querer” inicia toda relación afectiva con desconfianza y sospecha.
- Explicaciones, racionalizaciones, o análisis: por ejemplo, una persona fusionada con una explicación tal como “si no tengo pareja es porque hay algo mal conmigo” que teme entablar relaciones hasta no resolver lo que supone que está mal.
- Reglas de acción y metas: por ejemplo, una persona que fusionada con un imperativo de “tengo que ser exitoso en la vida”, encuentra dificultades conectándose significativamente con nada que no sean logros y resultados.

ACT comparte con otros modelos de psicoterapia la idea general de que los pensamientos pueden ser problemáticos. Sin embargo, en lugar de intentar cambiar el **contenido** de los pensamientos (es decir, intentar que sean más racionales, más correctos, más efectivos, etc.), nuestro objetivo principal será reducir su impacto sobre las acciones.

La meta final de defusión es que la persona, al tener un pensamiento difícil (sea cual fuere su contenido), pueda **elegir** actuar guiada por ese pensamiento o notarlo y hacer algo distinto, según qué la mueva hacia sus valores. Esto no significa que los pensamientos difíciles cambien su contenido, ni que resulten emocionalmente indiferentes –aún pueden seguir generando malestar cada vez que aparezcan– sino que las acciones que le sigan puedan tener un grado de libertad respecto a lo que esos pensamientos dicen.

Defusión y contenidos

Defusión no se ocupa de los contenidos de los pensamientos, sino de sus efectos. La posición de ACT sobre los pensamientos no es lógica, sino **psicológica**, esto es, no nos interesa principalmente modificar sus contenidos, sino debilitar sus efectos sobre las acciones.

Defusión no es un proceso que se limite a pensamientos con contenidos negativos. He señalado anteriormente que incluso pensamientos aparentemente positivos pueden tener efectos psicológicos problemáticos. Por ejemplo, hace algunos años trabajé con una persona en la cual la fusión con el pensamiento “soy una persona alegre” resultaba un obstáculo para experimentar emociones dolorosas. Defusión tampoco está reservada para pensamientos cuyo contenido sea falso o incorrecto, ya que la fusión con un pensamiento verdadero y racional también puede funcionar como un obstáculo. Para una persona que ha tenido un problema médico en los pies, el pensamiento “no tengo la misma movilidad luego de la operación” puede ser completamente verdadero pero problemático si la fusión con ese pensamiento le impide conectarse con las acciones valiosas que aún están disponibles.

Defusión es una habilidad a utilizar con todo pensamiento que resulte problemático, es decir, todo pensamiento que al tomarse literalmente¹⁵⁸ lleve a acciones inconsistentes con los valores personales. Nuestro objetivo primario es ayudar a nuestros pacientes a vivir de una manera valiosa y significativa, no a que piensen racional ni positivamente, por lo cual el cambio en los contenidos de los pensamientos no es algo que intentemos hacer sistemáticamente en ACT.

Defusión y cambio cognitivo

Pese a lo que acabo de señalar, hay algunos contextos en los cuales sí puede ser útil intentar un cambio en el contenido de pensamientos, por ejemplo, proporcionando nueva información que pueda resultar útil o corrigiendo algún error conceptual clave.

Un contexto en el cual esto puede ser deseable es cuando hay razones éticas para proporcionar información correctiva, por ejemplo, si un paciente tiene creencias erróneas sobre su diagnóstico o tratamiento. También puede resultar útil si ayuda a mejor lidiar con alguna situación. Por ejemplo, si estamos trabajando con una persona a cuya hija le diagnosticaron trastorno límite de la personalidad, proporcionarle información o material psicoeducativo que indique qué puede esperar y algunas pautas para lidiar con ello puede ayudarlo a mejor afrontar la situación (si paralelamente trabajamos defusión con cualquier evaluación o pensamiento problemático relacionado).

En otros casos, trabajar alguna técnica de cambio cognitivo puede ser un camino más práctico para ayudar al paciente a moverse. Cotejar lo que dice la evidencia o la experiencia sobre un pensamiento, por ejemplo, puede

ayudar a tomar cierta distancia del mismo¹⁵⁹. Por mi parte, de tanto en tanto utilizo en sesión ejemplos de sesgos cognitivos como forma de detectar cuando se está bajo influjo de alguna construcción mental.

Lo que no intentaremos hacer en ACT será controlar, borrar un pensamiento o reemplazarlo por otro. Nuestros pensamientos no pueden borrarse, por lo cual todo esfuerzo dirigido a eso está condenado a aumentar la atención dirigida hacia ellos y el enredo verbal. Digamos, si un paciente está fusionado de manera problemática con el pensamiento "soy tonto" puedo señalar que se trata de una evaluación, y que las evaluaciones no son características sino meras opiniones, pero no intentaría eliminar ese pensamiento ni reemplazarlo por otro más adaptativo, sino que mi objetivo clínico sería que el paciente pueda notarlo cuando aparece, defusionarse de él, y que sus acciones a continuación estén guiadas por sus valores, no por lo que ese pensamiento afirma.

Esto viene a colación de que ha habido largas discusiones académicas sobre si los procedimientos de cambio cognitivo deben o no ser completamente excluidos de ACT por ser inconsistentes con el modelo. La respuesta breve es que no. El cambio cognitivo (lo cual es distinto del **control** cognitivo) tiene su lugar en ACT. En una discusión en la lista de discusión de la ACBS Steven Hayes resumió de esta manera su posición al respecto: "El meme de 'no se cambian pensamientos en ACT', es una versión de ACT sobresimplificada. No se ajusta a los textos fundacionales, que son mucho más matizados. Los métodos de ACT tradicionalmente inquieran "al servicio de qué está eso", y "qué tanto te está funcionando eso". (...) La fuente de ese meme es que los métodos tradicionales de ACT son muy, muy cautos respecto a la tendencia de las personas de adoptar un abordaje lógico y sustractivo a los pensamientos, en lugar de un abordaje psicológico y aditivo¹⁶⁰. (...) La frase tradicional es "lo que no funciona es controlar de manera conciente, deliberada e intencional los eventos internos", y no "lo que no funciona es cambiar de manera conciente, deliberada e intencional los eventos internos". Controlar tus pensamientos es algo muy distinto de agregar pensamientos nuevos, o aprender de los pensamientos que ya están"¹⁶¹.

Creo que podría resumirlo de esta manera: la defusión debe ser trabajada de manera sensible al contexto.

Defusión como cambio de segundo orden

De manera similar a aceptación, al trabajar defusión intentamos generar un cambio de segundo orden. Esto es, no nos interesa principalmente modificar el impacto de algún pensamiento en particular, sino modificar la relación general que la persona guarda con **todos** sus pensamientos y contenidos verbales de todo tipo. Se trata de socavar los espejismos del lenguaje, más que de ocuparse de algunos pensamientos problemáticos.

Por este motivo, en la etapa de adquisición defusión se puede trabajar inicialmente de manera general y abstracta, transmitiendo de manera experiencial las características clave de los procesos verbales, antes de pasar a la etapa de aplicar esas habilidades a pensamientos específicos.

Por ejemplo, al trabajar con un paciente lidiando con pensamientos de tipo "soy inadecuado", en lugar de empezar con defusión sobre esos contenidos, podemos empezar trabajando aspectos generales del funcionamiento de la mente y sus características, propiciando una suerte de escepticismo hacia los productos mentales en general, para luego enseñar algunas técnicas y herramientas para defusionarse, momento en el cual podemos pasar a aplicar esos recursos a los pensamientos de inadecuación que son particularmente difíciles para ese paciente. Este recorrido no es obligatorio, pero, al igual que con aceptación, en este proceso suele resultar más fácil ir de lo general a lo particular.

Defusión, aceptación y valores

Defusión está inextricablemente ligado a todo el resto de los procesos de flexibilidad psicológica, pero hay algunos aspectos particularmente importantes a destacar en el vínculo entre defusión, aceptación, y valores.

Los sentimientos y emociones adquieren en parte sus funciones aversivas por vía verbal. Dicho más sencillamente, tendemos a evitar emociones en gran parte porque hay pensamientos y reglas que las establecen como indeseables o peligrosas. Por este motivo para poder trabajar aceptación o exposición con frecuencia es necesario un trabajo previo en defusión. Poner a un paciente en contacto con una emoción que cree a pie juntillas que **es peligrosa** es casi torturarlo, pero ponerlo en contacto con una emoción que **su mente dice que es peligrosa**, puede ser liberador. Por esto con frecuencia es necesario socavar evaluaciones y razones en torno a las experiencias con las cuales queremos fomentar aceptación. Pero el mismo camino también funciona a la inversa: aceptar emociones dolorosas puede facilitar el soltar un pensamiento problemático.

También las habilidades de defusión suelen ser necesarias para poder trabajar valores de una manera efectiva. Si un paciente está dominado por evaluaciones y mandatos sociales, con frecuencia lo que obtendremos al indagar valores serán reglas y evaluaciones despegadas de las cualidades vitales deseadas de la experiencia, o valores "vacíos", con sabor a poco.

Al mismo tiempo, los valores proporcionan el mejor criterio para seguir o no un pensamiento. En lugar de evaluar si un pensamiento es verdadero, racional, o adecuado, el criterio será si engancharse con ese pensamiento nos aleja o nos acerca a vivir una vida significativa. Por esto, ayudar a la paciente a contactar con sus valores, aún muy someramente, puede ser muy útil en las etapas de aplicación y generalización de defusión.

Mensajes terapéuticos

Como señalé anteriormente, el trabajo clínico con defusión se ve facilitado si primero se realiza una introducción general a las características generales del funcionamiento de la mente y los pensamientos¹⁶², apoyada en recursos experienciales o metafóricos, y sólo después nos ocupamos de los pensamientos que son difíciles para nuestros pacientes. Como con el resto de los procesos, el camino más seguro es comenzar con contenidos inofensivos para luego proceder a los más específicos y desafiantes.

Hay algunos de los aspectos de la mente que son relevantes como mensajes terapéuticos para trabajar defusión. Algunos de ellos son los siguientes:

- *Tu mente no es tu amiga ni una consejera en la que se pueda confiar siempre.*

- *La función central de nuestra mente es sobrevivir, no vivir. Por eso tiende a enfocarse en lo negativo, para resolverlo.*
- *Nuestra mente no se puede apagar (y dado que sirve para sobrevivir, sería indeseable hacerlo).*
- *Nuestra mente funciona de manera automática y constante.*
- *Nuestra mente organiza todo lo que experimentamos del mundo para ayudarnos a lidiar con eso. Para esto etiqueta, categoriza, juzga, evalúa, comenta, interpreta, opina, explica, racionaliza, etc.*
- *Nuestra mente tiende a tratar todo como un problema a resolver, aun cuando sean cosas que no se pueden resolver.*
- *Nuestra mente es insuficiente para aprehender algunos aspectos importantes de la vida y lo que experimentamos.*
- *No es posible borrar o controlar los contenidos mentales de manera efectiva y sin costos.*
- *En última instancia, nuestros pensamientos y sentimientos no pueden causar nuestras acciones ni impedirlos. Es posible tener un pensamiento y actuar de otra manera.*
- *Nuestros pensamientos no son contenidos objetivos, sino que son productos históricos y fácilmente programables.*
- *Los seres humanos tendemos a confundir las cosas con lo que dice nuestra mente sobre las cosas, e interactuar con el mundo en base a lo que nuestra mente dice.*

Interacciones en sesión

Más que con cualquier otro proceso, defusión tiene menos que ver con las técnicas utilizadas que con una actitud general hacia todos los contenidos verbales, tanto del paciente como de la terapeuta.

Es importante propiciar y alentar que el paciente se relacione con sus pensamientos de manera defusionada, por lo cual es importante que la defusión permee todas las interacciones clínicas. Dado que la mayoría del trabajo clínico consiste en intercambios verbales, sería confuso e inconsistente utilizar técnicas de defusión durante diez minutos y llevar a cabo el resto de la sesión de manera fusionada. Por esto es importante que el terapeuta esté atento a:

- Responder de manera defusionada a los pensamientos propios y a las expresiones del paciente cuando sea apropiado.
- Tomarse los propios pensamientos y reglas con liviandad, como herramientas o hipótesis tentativas, no como verdades absolutas.
- Evitar formular evaluaciones y comparaciones, prefiriendo en su lugar descripciones. Si es necesario, hacerlo con liviandad.
- No obstinarse en tener razón sobre un tema que surgiera en el tratamiento, sino más bien enfocarse en el efecto que ese tema tuviere.
- No comprar acriticamente pensamientos sobre lo que está bien y mal en términos morales.
- Reconocer sus propios sesgos socioculturales y sostenerlos sin postularlos como intrínsecamente deseables.

Es importante tener en cuenta que todo lo que le pasa al paciente le pasa al terapeuta: también tenemos una mente, que juzga, que evalúa, que quiere tener razón, que interpreta, que opina. También tenemos una historia social, cultural, y personal, que condiciona nuestra forma de relacionarnos con el mundo. Por ese motivo hablar de "nuestra" mente, en lugar de "tu" mente puede ser recomendable, enfatizando el fenómeno como algo compartido, no como algo que sólo le pasa al paciente. Compartir en voz alta y con liviandad lo que surja de nuestra propia mente sin enredarnos con ello puede servir de modelado para defusión: "al escucharte decir eso, mi mente me dice que...".

El trabajo con defusión tiende naturalmente a tener un tono más bien irreverente o humorístico, ya que estamos jugando a no tomar en serio cosas que se presentan a sí mismas como muy serias. Pero debemos estar especialmente atentos a que el trabajo con defusión no resulte una invalidación o una minimización del sufrimiento del paciente. Si la primera vez que un paciente me dice "tengo miedo de que se mueran mis padres" respondo, sin haber trabajado nada de defusión y aceptación previamente, con algo como "si ese pensamiento fuese un electrodoméstico, ¿cuál sería?" no estoy realizando una intervención brillante e irreverente, sino meramente siendo una bestia.

Vale la pena repetir que la posición terapéutica general no es "tu mente está equivocada", sino más bien "tu mente está cumpliendo su función lo mejor que puede".

Convenciones de lenguaje

Hay ciertas convenciones de lenguaje que son útiles para trabajar de manera defusionada durante las sesiones, y que ayudan a notar algunas formas en las cuales el lenguaje inadvertidamente estructura nuestra experiencia de maneras que obstaculizan nuestra capacidad de acción. Estas convenciones pueden comentarse primero, y luego ser empleadas por terapeuta y paciente como recurso habitual.

Una convención frecuentemente utilizada en ACT es presentar cualquier pensamiento clave precedido por un "mi mente me está diciendo que..." o "estoy teniendo un pensamiento que dice...". Esto ayuda a etiquetar a los pensamientos como tales y a tratarlos como opiniones externas, no como verdades literales. Por ejemplo, en lugar de "me gustaría intentar un ejercicio contigo, pero creo que no va a funcionar" podemos reformularlo como "me gustaría intentar un ejercicio contigo, y mi mente me está diciendo que no va a funcionar y que voy a quedar en ridículo".

Otra convención muy utilizada (que acabo de usar en el último ejemplo) es reemplazar las conjunciones adversativas, como **pero** o **sin embargo** por **y**. El motivo para esto es que el **pero** crea la ilusión de que la segunda parte de lo dicho es impedimento para la primera, cuando en realidad se pueden ver como dos realidades

igualmente válidas. Noten el distinto tono que tiene la frase “me gustaría intentar un salto en paracaídas, *pero* tengo miedo” comparada con “me gustaría intentar un salto en paracaídas *y* tengo miedo”.

De manera similar, un pensamiento anticipatorio puede seguirse con un “o no”: “podrían echarme del trabajo, o no”, de manera de resaltar su naturaleza hipotética.

Descripciones y evaluaciones

Otro recurso que puede resultar útil es invitar a la paciente a reformular cualquier pensamiento evaluativo que apareciese (“X es una porquería”, “Y es insoportable”), en términos de descripciones, para ayudar a distinguir nuestras experiencias de los juicios sobre dichas experiencias.

La diferencia entre evaluaciones y descripciones podría resumirse aproximadamente así: ambas son formulaciones verbales, pero una evaluación refleja una relación entre la persona y lo evaluado, mientras que una descripción se ocupa más bien de las características intrínsecas de la experiencia¹⁶³. Puesto en términos más coloquiales, una evaluación es una *opinión* sobre algo, y las opiniones no son objetivas, sino que varían de persona en persona.

La metáfora de “la mala taza” (Hayes et al., 2012, p. 265) es una buena forma de introducir el tema:

“Supongamos que te digo: ‘Esta es una taza buena’ o ‘Esta es una taza hermosa’. Suena parecido a decir: ‘Esta es una taza de cerámica’ o ‘Esta es una taza de 250 mililitros’. ¿Pero son realmente lo mismo? Supongamos que todas las criaturas vivientes del planeta muriesen mañana. Esta taza todavía estaría sobre la mesa. Si era “una taza de cerámica” antes de que todos murieran, seguirá siendo una taza de cerámica. Pero, ¿seguiría siendo una taza buena o hermosa? Sin nadie alrededor para tener tales opiniones, las opiniones se han ido porque lo bueno o lo bello nunca fue parte intrínseca de la taza. “Hermosa” es la palabra que se emite en la interacción entre la persona y la taza.

Pero observa cómo la estructura del lenguaje oculta esto. Pareciera igual, como si “buena” fuera el mismo tipo de descripción que “cerámica”. Ambas parecen agregar información sobre la taza. El problema es que, si dejas que “buena” sea ese tipo de descriptor, significa que “bueno” es la materia de la taza, como la cerámica. (...). En cambio, si “buena” es solo una evaluación o un juicio, algo que estamos haciendo con la taza, en lugar de algo intrínseco a la taza, la diferencia práctica es muy grande. Pueden coexistir fácilmente dos evaluaciones opuestas sobre la taza. Podrías pensar que la taza es hermosa y yo podría pensar que es horrible. El hecho de que tengamos opiniones diferentes no crea una situación imposible en el mundo, como sí lo haría si uno afirmara que la taza es de cerámica y el otro que es de metal.

Más bien, esto refleja el simple hecho de que los eventos pueden ser evaluados como buenos o malos dependiendo de la perspectiva que adopte cada persona. Y, por supuesto, es posible que una persona adopte más de una perspectiva. El lunes pensé que la taza se veía horrible. El martes cambié de opinión y pensé que era hermosa. Ninguna evaluación es un hecho concreto”.

Las descripciones suelen ser más útiles para resolver problemas y lidiar con situaciones complejas. Una descripción como “a ese automóvil no le funciona el motor” ofrece un mejor panorama de la situación que una evaluación general como “ese automóvil es una chatarra”. Por eso, cuando lidiamos con situaciones que involucran a varias personas (como en terapia de pareja o familiar), suele resultar útil reformular las situaciones problemáticas en términos descriptivos, distinguiéndolas de las evaluaciones que cada persona hace de la situación.

Una vez introducida la diferencia, se puede invitar a la paciente a que cada vez que se perciba formulando una evaluación intente traducirla a una *descripción* de la experiencia en cuestión, sea en sesión o entre sesiones. A veces esto puede involucrar una combinación con otras convenciones de lenguaje, como por ejemplo “estoy viendo la taza y mi mente está diciendo que es una taza fea”.

Defusión y discusión

Lo he mencionado antes, pero vale la pena repetirlo especialmente al hablar de este proceso: la mayoría de las veces discutir o intentar convencer a un paciente es una causa perdida, porque no hay manera de que el tratamiento gane en ese nivel. Si pierden la discusión, su paciente seguirá igual que antes, probablemente con más entusiasmo. Pero incluso si “ganan” la discusión la situación no es mejor, ya que acaban de generar un contexto en el cual se refuerza el tener razón, es decir, acaban de fomentar más fusión.

Las más de las veces, una discusión en terapia señala que nos hemos enganchado en una lucha por ver qué interpretación o explicación de una situación es correcta. En esos casos puede ser útil detenerse e invitar a su paciente a respirar juntos en silencio durante unos momentos, notar lo que está pasando y recordar al servicio de qué está la discusión: qué es lo que quieren lograr y al servicio de qué valores de su paciente.

Defusión bajo presión

Decirle a una persona que tiene que defusionarse es tan útil como decirle que tiene que calmarse: no es algo que se pueda obligar a hacer. No se puede obligar a una persona a defusionarse usando un revólver.

Defusión no es acerca de adoptar el punto de vista “correcto”, sino acerca de explorar un punto de vista sobre los pensamientos que puede resultar más útil para actuar libremente hacia valores. Se trata de una invitación, no de una obligación.

Lo que intentamos es ofrecer una perspectiva que puede resultar liberadora para la persona: si ese pensamiento fuera solo un pensamiento, si fueran solo palabras, sonidos en el aire, no algo a tomar literalmente, ¿qué podrías hacer o qué cualidades podrías encarnar en esta situación?¹⁶⁴

Si notan que están presionando a su paciente para que se defusione de algún pensamiento, utilicen el recurso sugerido en el apartado sobre defusión y discusión.

Sesgos y creencias

Las terapeutas no salen de un repollo, sino de un contexto sociocultural con expectativas y normas específicas sobre lo que es deseable e indeseable. Por ese motivo, debemos prestar especial atención de no forzar mandatos socioculturales a nuestros pacientes. En numerosas oportunidades he trabajado con pacientes que se sintieron juzgados por terapeutas que no compartían sus elecciones personales: no querer tener hijos, querer una pareja tradicional, querer tatuarse, etc.

Esta censura por parte de terapeutas puede adoptar formas muy sutiles. Por ejemplo, una terapeuta puede enfocar el tratamiento sobre un tema aun cuando la paciente no lo presente como tal, o formular interpretaciones sobre los motivos "reales" de la decisión de la paciente, o abiertamente criticar o discutir la elección del paciente¹⁶⁵.

Por supuesto, es una buena idea **explorar** con nuestra paciente sus creencias y mandatos socioculturales, especialmente cuando son limitantes, pero hay una diferencia entre explorarlos y tratarlos como problemáticos. Es aconsejable estar al tanto de nuestros propios sesgos y creencias y de las conductas que llevamos a cabo en sesión orientados por ellos, para poder dar un paso atrás y sostenerlos con ligereza cuando sea necesario, o para realizar una derivación cuando la incompatibilidad nos resultare insalvable.

Respondiendo de manera defusionada

Hay varias formas de responder de manera no literal a los pensamientos que verbaliza nuestro paciente durante la sesión. Generalmente esto involucra no responder al contenido, sino dar un paso atrás y responder desde otras perspectivas. Algunas opciones son:

- Enfocarse en el carácter histórico de un pensamiento:
 - o *¿Cuánto hace que te acompaña ese pensamiento u otros similares? ¿Qué consecuencias ha traído el comprarlo a lo largo de tu vida?*
 - o *¿Cuántos años tenías cuando apareció ese pensamiento por primera vez? ¿Cómo fue experimentarlo en ese momento?*
- Enfocarse en sus efectos:
 - o *¿Qué sucede habitualmente cuando aparece ese pensamiento? ¿Qué te impulsa a hacer y qué sucede?*
 - o *Si tomaras a ese pensamiento como verdadero, ¿qué implicaría para tu vida?*
 - o *Si no compraras ese pensamiento, ¿qué sería distinto en tu vida?*
- Ampliar el foco atencional a otras experiencias internas y situaciones¹⁶⁶:
 - o *Ese pensamiento parece doloroso. ¿Qué experimentas en tu cuerpo al decirlo en voz alta? ¿Qué sentimientos e impulsos lo acompañan?*
 - o *¿Hay otros pensamientos que están escondiéndose detrás de ese?*
 - o *Parece un pensamiento difícil de tener, ¿en qué contextos o situaciones suele aparecer?*
 - o *¿Qué crees que tu mente está intentando que hagas al darte ese pensamiento?*
 - o *¿Qué crees que tu mente está temiendo que suceda al darte ese pensamiento?*
 - o *¿Qué es lo que duele tanto como para que tu mente te traiga ese pensamiento?*
- Objetificar el pensamiento:
 - o *Si ese pensamiento fuese un perro, ¿qué tipo de perro sería?*
 - o *Si pudieras sostener ese pensamiento en tu mano, ¿pesaría más o menos que un paquete de harina?*
- Hacerle espacio y tratarlo como una experiencia más:
 - o *¿Podríamos invitar a ese pensamiento a la sesión sin engancharnos con él, y seguir ocupándonos de la vida que querías construir?*

Estas son solo algunas formas de responder a pensamientos. No las proporciono para que las sigan de manera rígida, sino sólo para dar algunos ejemplos de cómo se puede responder de manera no literal a contenidos difíciles.

¿Y ahora qué?

Cuando empecé a leer sobre ACT, allá lejos y hace tiempo, tenía esta duda recurrente: **una vez que logro que una paciente se defusione de un pensamiento difícil, ¿qué hago?** (lo mismo me pasaba con respecto a aceptación).

Lo menciono porque he encontrado que es una duda más frecuente de lo que podría esperar. La respuesta que daría hoy es: **actuar de acuerdo a lo que sus valores señalen como importante en esa situación**. Si la paciente logra defusionarse de un pensamiento o aceptar un sentimiento doloroso, eso puede permitirle explorar diferentes perspectivas en una conversación difícil, o prestarle atención a una interacción en la que no estaba del todo presente, a pedir disculpas, a tomar una decisión desafiante, a volverse a dormir, o a cualquier otra acción al servicio de sus valores.

Defusión busca generar un poco de aire, dar un poco de espacio para explorar que es importante en la situación en cuestión o para actuar de acuerdo a eso que es importante. Soltar el enganche con nuestros pensamientos puede ayudar a reconectarnos con los valores y las acciones guiadas por esos valores que están disponibles en una situación.

Esto subraya algo que ya señalamos: los procesos de flexibilidad psicológica están inextricablemente interrelacionados, trabajar uno requiere y facilita el trabajo con el resto de ellos.

Metáforas

Podemos identificar dos tipos generales de metáforas sobre defusión. Por un lado, tenemos aquellas que se refieren a la mente como entidad general, y por otro, aquellas que se refieren a los pensamientos que la integran.

Dentro del primer grupo, la mayoría de las metáforas son básicamente formas de la prosopopeya o personificación, es decir, atribuir características humanas al concepto abstracto de "mente". Como señalamos anteriormente, la metáfora más usada en ACT para defusión es hablar de la "mente" como si fuera otra persona ("¿qué está diciendo tu mente ahora?"). Esto ayuda a crear separación entre la persona y sus pensamientos, a

resaltar el carácter involuntario de éstos, y a reforzar la idea de que es posible actuar independientemente de lo que la mente estuviese diciendo.

Otras metáforas similares en este primer grupo son:

- **Nuestra mente es un solucionador de problemas:** para señalar la tendencia de nuestra mente a ver todo como un problema a resolver. Un punto simpático es señalar cómo una buena parte de lo que hacemos para divertirnos consiste en darle a nuestra mente problemas para resolver que no proporcionan otra satisfacción más que resolverlos: rompecabezas, sudokus, el cubo Rubik, etc.
- **Nuestra mente es un narrador experto:** esta metáfora puede usarse para señalar la habilidad con la que captura nuestra atención, como un novelista consumado que puede enredarnos en las historias que cuenta, distrayándonos de cualquier otra actividad.
- **Nuestra mente es una radio que está encendida todo el día:** esta es una de las que más uso, con el agregado de que es una radio que carece de control de volumen y emisora. La analogía puede extenderse señalando que a veces da información útil (como el clima y el estado del tránsito), y otras veces dice cosas que no nos gustan (secciones de opinión, por ejemplo), pero que siempre podemos elegir notarla y dejarla de fondo mientras hacemos lo que nos resulta importante.

El segundo grupo de metáforas son aquellas cuyo término real no es la mente en general, sino los pensamientos concretos que se experimentan. Cuando este es el caso, las metáforas tienden a usar el área temática de objetos que pasan sin dejar huella. Por ejemplo:

- Los pensamientos como los créditos en una película (véase por ejemplo Mandil et al., 2017, p. 81).
- Los pensamientos como los anuncios que aparecen en los sitios web.
- Los pensamientos como la experiencia de un conjunto de estímulos transitorios pero repetitivos: automóviles que pasan por la ruta, hojas que bajan por un arroyo, nubes que pasan en el cielo, colectivos que pasan por la calle, etcétera.

Ejercicios experienciales y actividades

Hay diversos tipos de ejercicios experienciales y actividades de defusión según el aspecto que se intente resaltar.

Observar y describir las características de la mente

Para introducir a la mente como tema, puede ser útil tomarse unos momentos para que el paciente pueda apreciar las características físicas de su propia mente.

-Lo que querría proponerte es que empecemos familiarizándote con las características de tu mente, notar en qué consiste, cómo funciona, y cómo es tu experiencia particular de tener una mente. No nos importa mucho qué estén diciendo los pensamientos, sino más bien su forma, como si al abrir un libro en lugar de leer lo que dice le prestáramos atención a la tipografía que usa, la diagramación, los márgenes y demás. De manera que querría que observaras cualquier pensamiento o pensamientos que tuvieras en este momento. ¿Cómo los estás percibiendo? ¿Se perciben como voces, imágenes, palabras escritas, o algún otro formato?

-Mientras hablabas del libro, me apareció esa imagen, como si fuera una foto.

-Oh, perfecto, entonces hay imágenes. Sí, esa es una de las formas típicas de experimentar a la mente. Esta pregunta puede sonar un poco extraña, pero, ¿dónde ves esas imágenes? ¿Es como si estuvieran delante de tu cabeza, detrás...?

-Como si las tuviera adelante, en la frente.

-¡Estupendo! Es curioso si lo pensamos, porque la mente no está realmente adelante, pero es efectivamente donde solemos percibirlos, nunca nadie me dijo "percibo a mis pensamientos en la parte baja de la espalda". Y además de esas imágenes, mientras estoy hablando, ¿está tu mente hablando y comentando sobre lo que está pasando, como una voz?

-Eh, sí, sí, hay también una voz.

-Esa es otra forma muy común de percibir a los pensamientos. Entonces, a veces se perciben imágenes, a veces se percibe como una voz. Y nuevamente una pregunta extraña, ¿dónde se percibe que está esa voz?

-La siento como si estuviera detrás de mi cabeza, a la izquierda.

-¡Bien! Entonces, esa voz también tiene localización. Me gustaría que te tomaras unos momentos para notar algunas otras cosas sobre esa voz. No es tanto para darme información, sino para que puedas observarlo por tu cuenta. Querría que notaras la velocidad con la que habla, si es más rápida o más lenta de lo que estoy hablando yo ahora, por ejemplo (...) Que notaras el volumen con que está hablando (...) El tono, si suena agitada, nerviosa, tranquila, o de cualquier otra manera.

-Suena básicamente como mi propia voz ahora. A veces habla más rápido, en otros momentos, pero ahora es como mi propia voz.

-Querría que notaras algo más. ¿Es necesario que hagas algún esfuerzo para que esa voz hable, o lo hace por sí misma?

-Oh, habla sola, y no se calla.

-Me alegra que puedas notar eso. Es algo que hacen nuestras mentes, funcionan de manera automática, nos guste o no. Te voy a preguntar algo que te va a sonar extraño: ¿suena con eco? ¿Cómo si estuviera adentro de un barril?

-Eh, no.

-¿Podrías hacer que sonara como si estuviera adentro de un barril?

–(ríe) Sí

–Es curioso ¿no? Podemos jugar un poco más, ¿podrías tomar algún pensamiento cotidiano, quizá sobre algo que necesites hacer mañana, y ponerlo con la voz de algún personaje de la televisión?

–Puedo probar (se queda en silencio y ríe). Es gracioso. Puse un pensamiento sobre una tarea que tengo para mañana con la voz de Alf.

–Ah, ¡esa es una buena voz para usar! Sólo por curiosidad, ¿notaste algún cambio en el tono del pensamiento al hacer eso? ¿Cómo si perdiera un poco de solemnidad, quizá?

–Sí, resulta un poco raro, un poco gracioso.

–Eso es algo que podemos hacer, no podemos callar a nuestra mente ni tenemos mucho para hacer con respecto a qué es lo que dice, pero sí podemos dar un paso atrás, observarla, jugar con ella, podemos hacer que suene de otras maneras para recordarnos que no siempre necesitamos responder a todo lo que dice.

Esta pequeña interacción es un ejemplo posible de cómo presentar a la mente como foco de trabajo. En este caso incluí algunos otros recursos de defusión (cambiar la forma en que suenan los pensamientos), pero se pueden incluir más o menos recursos según los mensajes terapéuticos que queramos transmitir y las habilidades con las que cuenta la paciente.

Lo que queremos es fomentar un poco de extrañeza y curiosidad con respecto al fenómeno de experimentar pensamientos. Una vez hecho esto podemos seguir con otras actividades, como, por ejemplo, observar pensamientos sin responder, o como gesto inaugural, invitar a la paciente a ponerle nombre a su mente. Esto puede resultar muy útil para el trabajo posterior con pensamientos ("¿qué está opinando Ernestina al respecto?"). El nombre puede surgir de alguna persona que conozca la paciente, de algún personaje ficticio, o histórico, o de manera puramente arbitraria.

Observación de pensamientos

Una actividad muy útil para trabajar defusión es realizar ejercicios de observar el flujo actual de pensamientos sin responder a ellos. De lo que se trata es de practicar la habilidad de tener pensamientos sin engancharse con ellos.

Esto puede hacerse con ejercicios de tipo meditativo (por ejemplo, cerrar los ojos y notar los pensamientos que surgen), escribiendo los pensamientos en una hoja de papel, o meramente contándolos (un contador con pulsador de los que se usa para contar concurrencia en salones puede ser útil), o con cualquier otro recurso técnico que se les ocurra.

Los ejercicios de imaginación suelen resultar muy útiles para esto. En ese caso, pueden utilizarse como guía visual el tipo de metáforas que identifican a los pensamientos como estímulos transitorios como los que mencionamos anteriormente: hojas que bajan por un arroyo, autos que pasan por un camino, nubes que pasan en el cielo, trenes que pasan por la estación, etcétera. Una buena parte de los ejercicios de *mindfulness* incluyen componentes de observación de pensamientos, por lo cual también pueden utilizarse para practicar este componente.

No incluyo guiones de este tipo de ejercicio por limitaciones de espacio, pero hay decenas de guiones y grabaciones disponibles en libros y en la web sobre estos ejercicios¹⁶⁷.

Agradecer a la mente

Un recurso que se ha popularizado de la clínica de ACT es el de "agradecer" a la mente por los pensamientos difíciles que proporciona, diciendo algo como "gracias por este pensamiento".

A veces este recurso se trabaja con un tono que está más cercano a tomarle el pelo a la mente, y no es algo con lo cual me sienta muy a gusto. Quizá sea por un dejo de aprecio hacia toda la historia evolutiva y personal que está involucrada en la génesis de nuestros pensamientos, difíciles o no, pero en cualquier caso prefiero hacerlo con un tono de gentileza, similar al que adoptaríamos al declinar una invitación que es de todos modos apreciada: "gracias por tu ofrecimiento, no estoy interesado en este momento". Por este motivo, tiendo a presentar este recurso más bien en esta línea:

"Nuestra mente nos proporciona pensamientos para ayudarnos a mejor lidiar con nuestra vida y anticipar lo que puede pasar. A veces esto puede llevar a que nos diga cosas dolorosas sobre lo que pasa o lo que puede pasar, o cosas que es mala idea seguir, pero en última instancia está intentando cuidarnos, por lo cual de ahora en más te invito a que cuando aparezca un pensamiento que no resulta útil, intentemos agradecerle por su comentario y continuar haciendo lo que sea más adecuado para la situación".

Jugar con la forma de los pensamientos

Una intervención típica de defusión, quizá la más conocida, es alterar la función de los pensamientos a través de alterar su forma (Masuda et al., 2004).

Esto puede adoptar diversas formas: tomar un pensamiento difícil y repetirlo muy rápidamente durante un minuto, o repetirlo de manera muy lenta durante un minuto, cantarlo, ponerlos en alguna voz divertida (un personaje de caricaturas, una actriz, o usando un acento excéntrico). También se puede escribir o imaginar a ese pensamiento como palabras escritas, y variar la tipografía, el formato, el tamaño, etc.

En suma, se trata de utilizar cualquier tipo de recurso que involucre modificar las características formales de un pensamiento, no su contenido. El objetivo no es ridiculizar a los pensamientos, sino meramente recordarnos que en última instancia se tratan de palabras, y de esa manera reducir su impacto.

Estas actividades se pueden proporcionar como herramientas para utilizar entre sesiones, pero deben ser primero practicadas y exploradas en sesión.

Problemas matemáticos

Este es un ejercicio de Kelly Wilson que sirve muy bien para ilustrar la automaticidad y la tendencia de nuestra mente a resolver problemas.

El ejercicio es más fácil de hacer que de explicar, por lo cual las invito a realizarlo. Para esto, tan sólo observen la lista a continuación y no hagan nada:

- $3 \times 2 =$
- $4 + 15 =$
- $28/7 =$

$$\bullet \frac{-b \pm \sqrt{b^2 - 4ac}}{2a}$$

- $23 \times 2 =$

Ahora, mientras leían la lista, ¿fueron sacando los resultados de cada operación? Si es así, bienvenidas a la mayoría de los seres humanos. Nuestra mente resuelve de manera automática cualquier cosa que se postule como un problema, aun cuando les pedí explícitamente **no hagan nada**. Si quieren pueden intentarlo nuevamente, con las mismas operaciones o con otras, y se van a encontrar siempre con que su mente busca inmediatamente la respuesta (si es una operación que pueden resolver con facilidad) o por lo menos con el **impulso** a buscar una respuesta.

¿Notaron también un leve malestar, como si fuera una picazón en un lugar difícil de rascar frente a la cuarta operación, y un leve alivio al pasar a la quinta? Ese es el malestar que experimentamos cuando nuestra mente se encuentra con un problema que no puede resolver –y el alivio de cuando en cambio se ocupa de lo que sí puede.

Independencia entre pensamiento y acción

Otro ejercicio frecuentemente utilizado en ACT es realizar una actividad al tiempo que se sostiene un pensamiento incompatible con esa actividad. Por ejemplo, repetir “no puedo caminar hasta la puerta de la habitación”, mientras se camina hasta la puerta de la habitación (o cualquier otra actividad). Una variante de este ejercicio es pensar en realizar una acción (por ejemplo, pensar en levantar la mano), pero sin realizarla. También se puede notar cómo, al finalmente levantar la mano, el movimiento no se inicia en el pensamiento, sino en otro lugar.

El mensaje terapéutico a transmitir es que los pensamientos no tienen impacto directo sobre las acciones, esto es, no pueden causar ni impedir una acción, sino sólo influirla. Los pensamientos son como las indicaciones del GPS: pueden servir como guía, alertarnos de obstáculos actuales o posibles, pero no pueden controlar qué camino elegimos seguir.

Sacar a pasear a tu mente

Este es un ejercicio que puede ser divertido (y tiene la ventaja de que nos permite salir un rato del consultorio so pretexto de intervención clínica). De lo que se trata es de dar una caminata con nuestra paciente durante la cual el terapeuta irá diciendo en voz alta los pensamientos de la paciente, haciendo el papel de “mente”, para luego intercambiar los roles.

Durante la actividad, mientras caminan fuera del consultorio el terapeuta irá comentando, opinando, sugiriendo, evaluando, sobre lo que la paciente vaya viendo y haciendo, como si estuviera poniendo en voz alta los pensamientos de la paciente. Y, mientras el terapeuta hace el papel de mente, la tarea del paciente es no interactuar ni responder a lo que la “mente” dice –meramente notando esos pensamientos o sólo respondiendo “gracias” o algo similar a los pensamientos proporcionados.

El ejercicio debe ser propuesto, explicado y planificado con antelación durante la sesión, acordando el tipo de pensamientos que más probablemente aparecerían (comentarios sobre la propia persona, sobre lo que ve, sobre lo que tiene que hacer, etc.), para que lo que enuncie el terapeuta durante la actividad sea lo más parecido posible a la experiencia de la paciente con su propia mente.

Esta actividad también se puede combinar con actividades de incongruencia entre pensamiento y acción, por ejemplo “la mente” puede proporcionar indicaciones (por ejemplo, tocar un poste de alumbrado, doblar a la izquierda), mientras la persona lleva a cabo una acción que es incongruente con las mismas.

¹⁵⁷ Cuando hablamos de pensamiento aquí nos referimos a cualquier tipo de conducta verbal: creencias, ideas, juicios, razones, explicaciones, actitudes, esquemas, supuestos, etc. Como habrán notado, no nos importa mucho la forma de las experiencias internas, sino más bien sus efectos psicológicos.

¹⁵⁸ De hecho, defusión fue llamada inicialmente “desliteralización”, y de hecho aún pueden encontrar ese término en textos antiguos. Defusión suena un poco mejor, pero “desliteralización” apunta más claramente a cuál es el objetivo del proceso.

¹⁵⁹ Como esta interacción que suele contar un colega:

–*Si me da un ataque de pánico me voy a morir*

–*¿Cuántas veces te has muerto hasta ahora?*

¹⁶⁰ Aditivo y sustractivo se refiere a que es posible adicionar nuevos pensamientos, pero no es posible sustraerlos, es decir, borrar o controlar aquellos que ya están en el repertorio de la paciente.

¹⁶¹ He elaborado esta cita con un poco más de detalle en otro lugar (Maero, 2016).

¹⁶² Hablar de “mente” es ya un recurso metafórico. No se postula en ACT a la mente como entidad hipotética interna, sino que usamos el término para referirnos de una manera accesible a los pensamientos de la paciente.

¹⁶³ Por supuesto, toda descripción entraña también un cierto grado de construcción. La diferencia entre evaluación y descripción no es esencial, sino práctica.

¹⁶⁴ Por el mismo motivo, por favor, no le digan a otra persona en ámbitos académicos que tiene que defusionarse cuando sostiene una posición con la cual no están de acuerdo. Ahora bien, si están del otro lado, y alguien les exige que se defusionen en lugar de considerar sus argumentos, pueden reconsiderar aquello de usar un revólver.

¹⁶⁵ Hace muchos, muchos años, fui paciente de una terapeuta que trató de convencerme de la existencia del infierno judeocristiano. Soy ateo. Se pueden imaginar lo bien que resultó la terapia.

¹⁶⁶ Este tipo de respuestas puede ser particularmente útil para responder a pensamientos difíciles sobre los cuales no hay acciones a tomar.

¹⁶⁷ En el sitio web www.grupoact.com.ar hay varios de estos ejercicios disponibles gratuitamente.

Capítulo 20: CONTACTO CON EL PRESENTE

Una de las investigaciones más divertidas que me haya encontrado involucró pedirle a los participantes que permanecieran sentados en un cuarto vacío, sin distracciones y sin tarea alguna, durante quince minutos (Wilson et al., 2014). Es decir, recibirían un pago por participar en un experimento que consistía en sentarse en una silla en una habitación vacía y no hacer nada durante quince minutos¹⁶⁸. Pero la habitación en la que transcurría el experimento incluía un elemento más. Al lado de la silla había un pequeño botón, que al ser presionado daba a quien lo hubiese presionado una pequeña descarga eléctrica, leve e inofensiva pero displacentera. Entonces, las personas podían esperar sentadas en silencio, o podían *auto-electrocutarse* tantas veces como quisieran durante esos quince minutos. El resultado fue que dos tercios de los hombres y un cuarto de las mujeres eligió recibir descargas eléctricas antes que simplemente estar sentados en silencio en contacto con su experiencia. Ese experimento nos sirve para ilustrar lo difícil que nos resulta simplemente estar en contacto con el presente y apreciarlo, sin resolver, sin hacer. Nuestra mente prefiere ocuparse todo el tiempo, de lo que pasó, de lo que podría pasar, de lo que debería estar pasando, y de cómo resolverlo.

De entre los seis procesos, contacto con el presente suele ser el mejor recibido por los pacientes. Con frecuencia las personas tienen objeciones para con los procesos de aceptación o defusión, pero prestar atención al momento presente suele ser reconocido por la mayoría de las personas como algo positivo y deseable. En palabras de Strosahl y colaboradores (2015, p. 23): “la mayoría de los pacientes admiten que estar en el momento presente a menudo se asocia con una sensación positiva de estar vivo. Parecen reconocer vagamente que estar aquí, ahora, es una buena cosa para su salud mental. Desafortunadamente es difícil para las pacientes (como para el resto del mundo), crear y sostener el contacto con la percepción del momento presente”.

Esta aparente contradicción surge de que estar en contacto con el momento presente no es una idea (o mejor dicho, no es *solamente* una idea), sino que es una habilidad que se puede fomentar, practicar y fortalecer. Como idea, suena simple y atractiva; pero como habilidad es más difícil de lo que parece.

Si buscamos una definición más precisa, contacto con el momento presente consiste en la conducta de traer la atención al ambiente actual interno y externo (es decir, tanto a las experiencias internas como a lo perceptible con los sentidos), de manera deliberada, enfocada y flexible.

Estas tres cualidades son clave. No se trata solo de prestar atención, sino que se trata de prestar atención *a propósito, con foco y flexibilidad*. Esto nos permite identificar más precisamente el tipo de atención que involucra este repertorio. Por ejemplo, un niño muy pequeño que en rápida sucesión toma un juguete, lo suelta y toma otro, lo suelta y se toma las manos, etc., técnicamente está atento a los estímulos del ambiente, pero difícilmente diríamos que se trata de contacto con el momento presente ya que su atención carece de foco, cambia de objeto momento a momento de manera más azarosa que deliberada. Lo mismo diríamos de una persona con fobia a los gatos que, obligada a estar cerca de uno, lo vigila con mucha aprensión: si bien está en contacto con ese estímulo su atención no tiene flexibilidad; no podría, por ejemplo, ignorar al gato y ocuparse de otra tarea.

Este puede parecer el proceso más suave e inofensivo de los seis, pero es absolutamente imprescindible para que los otros tengan lugar. Sencillamente se trata de esto: no es posible aprender de la experiencia ni intentar nada distinto si no estamos en contacto con ella. No basta con la mera presencia geográfica en una situación, sino que requiere estar *psicológicamente* en contacto con una experiencia, interactuando deliberada y flexiblemente con sus características. No es posible aceptar una emoción sin experimentarla, no es posible defusionarnos de un pensamiento que no percibimos, no es posible identificar los valores de una situación si nuestra atención está enfocada en lo que podría llegar a pasar. Por este motivo casi todos los ejercicios o prácticas de ACT suelen empezar con unos momentos de contacto con el presente a través de algún recurso sencillo.

Los procesos verbales que describimos en capítulos anteriores tienden a estrechar y rigidizar la atención, orientándonos principalmente hacia las propiedades simbólicas de las situaciones –los pensamientos sobre el pasado y el futuro, comparaciones, evaluaciones, reglas, etcétera– restringiendo el contacto con el resto del ambiente externo e interno, con el resto de nuestras percepciones, sensaciones y sentimientos. Dicho de otra manera, nuestra mente nos invita todo el tiempo a prestar atención a potenciales problemas y a cómo resolverlos. Cuando esto sucede, las amenazas simbólicas se vuelven más prominentes, y el malestar puede aumentar notablemente. Para decirlo con una analogía, si lo único que leo es la página de policiales del diario probablemente tenga una visión bastante sombría y acotada sobre lo que ocurre día a día.

Puede parecer una perogrullada señalar esto, pero las personas sólo responden a aquello a lo cual le prestan atención (Strosahl et al., 2015). Si en una situación dada la atención se estrecha sobre las posibles amenazas será más probable que las respuestas sean exclusivamente de evitación y escape. Si, en cambio, la atención se amplía hacia lo que es valioso de esa situación, habrá más posibilidades de que haya respuestas en sintonía con ello. Para esto será necesario que la atención pueda expandirse y relocalizarse flexiblemente, y sobre esto se trata este proceso.

Contacto con el presente y mindfulness

Este proceso suele identificarse con la práctica de *mindfulness*¹⁶⁹ (atención plena), pero hay buenos motivos para distinguirlos. Mindfulness no es un proceso psicológico como los que hemos especificado aquí, sino más bien un método con su propia densidad y desarrollo que puede tocar varios de los repertorios de flexibilidad psicológica que hemos descrito (véase Hayes & Shenk, 2004).

Una práctica típica de mindfulness o de meditación de similar tono incluye el repertorio de contacto con el presente (por ejemplo, prestar atención a la respiración), y también suele incluir elementos del repertorio de aceptación (recibir cualquier experiencia agradable o desagradable sin reaccionar a ella), de defusión (notar los pensamientos y dejarlos pasar), y de yo-como-contexto (distinguir los eventos internos de la persona que los

percibe). Esto hace que mindfulness sea un recurso potente que permite integrar y practicar en una misma actividad varios aspectos de flexibilidad psicológica, pero por esto mismo puede ser un tanto difícil de aplicar en la clínica, requiriendo una ardua práctica y un entrenamiento específico.

En cambio, operacionalizar el repertorio de contacto con el presente como habilidad específica nos permite trabajarlo clínicamente utilizando todo tipo de recursos, incluyendo, pero sin limitarnos, a prácticas de mindfulness u otros tipos de meditación. Es decir, nos permite ampliar el repertorio de recursos técnicos disponibles para trabajarlo. Podemos trabajar contacto con el presente utilizando mindfulness, pero también utilizando recursos conversacionales, prácticas informales, actividades, interacciones clínicas, etc.

Ahora bien, aunque mindfulness no sea imprescindible para trabajar momento presente en ACT, les sugeriría que si tienen la oportunidad pasen por alguna formación o experiencia directa en mindfulness, extensa o acotada, ya que les puede ser de utilidad para pulir el repertorio y para incorporar a la clínica ejercicios de estilo meditativo en ACT.

Contacto con el presente y bienestar

Como he mencionado hasta el hartazgo, tener una mente puede aumentar mucho el nivel de malestar ya que nos permite contactar de manera simbólica con eventos aversivos que no están inmediatamente presentes, sino que están en el futuro o en el pasado. Basta con traer a nuestra mente alguna metida de pata social cometida en la vida para notar que, a pesar del paso del tiempo, el sentimiento de vergüenza tiende a seguir intacto.

De hecho, el momento presente suele ser bastante seguro y relativamente agradable durante la mayor parte del tiempo. Miren a su alrededor en este momento y noten si hay una amenaza actual e inmediata. Si la hay, les sugiero que dejen el libro y salgan corriendo (marquen antes cuidadosamente la página). Pero lo más probable es que estén a salvo y relativamente cómodas. Tómense unos momentos para notar que están a salvo, mirando el lugar en el cual están con detenimiento y apreciación, escuchando los sonidos que se presentan y cualquier otra sensación o percepción disponible. Y noten lo que sucede con su cuerpo y su mente mientras lo hacen.

Probablemente al hacer eso noten una ligera calma, un cierto desacelerar. Eso es algo que suele suceder al contactar con el momento presente. Cuando en clínica trabajamos momento presente y nuestros pacientes salen de sus mentes, por así decir, suelen sentir una cierta sensación de calma y alivio. Esto ha llevado a que en el imaginario popular las intervenciones de momento presente (y a las prácticas de mindfulness) se etiqueten erróneamente como técnicas de relajación o calmado¹⁷⁰, ya que suelen tener ese efecto. Pero es fácil olvidar que ese no es el objetivo del proceso ni es algo que suceda siempre, sino que más bien se trata de un efecto secundario que *puede* suceder cuando el momento presente con el que se toma contacto es relativamente seguro y amable¹⁷¹.

Sin embargo, este proceso involucra también estar psicológicamente presente cuando las circunstancias son difíciles, cuando hay malestar o situaciones críticas a resolver. En esos casos utilizar un recurso de contacto con el presente puede ser útil para ampliar la atención, para tomar contacto con otros aspectos de la experiencia externa e interna, y para ayudar a dar una mejor respuesta, pero difícilmente lleve a sensaciones de calma y alivio. Un ejercicio de contacto con el presente en presencia de un malestar intenso puede de hecho profundizar la experiencia de ese sentimiento, al notar más de cerca sus características.

Por ese motivo es necesario tener cuidado de no presentar los recursos de momento presente como si fueran técnicas de relajación o calmado. Es preferible presentarlos como una forma de centrarnos, de salir de la mente, de anclarnos firmemente al aquí y ahora para lidiar más efectivamente con lo que la vida nos esté presentando, sea agradable o no. Si genera bienestar, bienvenido sea, pero conviene recordar que no es ése el objetivo primario.

Mensajes terapéuticos

Los mensajes terapéuticos de momento presente consisten básicamente en señalar que es una buena idea tomar contacto con lo que efectivamente está pasando, en lugar de estar exclusivamente en contacto con lo que nuestra mente dice sobre lo que está pasando. Por ejemplo:

- *Todo lo que sucede en la vida, agradable o desagradable, sucede en el presente.*
- *Los pensamientos pueden referirse a eventos futuros y pasados, pero pueden ser experimentados como algo que está sucediendo ahora.*
- *Notar lo que está pasando en el cuerpo, en la mente y en el ambiente nos permite lidiar más efectivamente con las situaciones clave.*
- *Conectarse con el presente es clave para realizar cualquier actividad significativa.*
- *Conectarse con el presente ayuda a dar un paso atrás de la mente y a tomar distancia de lo que esté diciendo.*

Interacciones en sesión

Para los seres humanos es inevitable perdernos en nuestras mentes, y esto sucede tanto a pacientes como a terapeutas. Por este motivo la sesión puede ser un excelente espacio para que ambas personas practiquen la habilidad de volver al momento presente¹⁷², sea a través de ejercicios dedicados o con intervenciones entretejidas en las interacciones clínicas.

Un recurso que suele ser muy útil es comenzar las sesiones con algunos minutos de atención a la respiración, de manera de hacer un “corte” entre las actividades cotidianas de la paciente y la sesión en sí, para comenzarla con una actitud de presencia y conciencia sobre lo que está por suceder. De la misma manera, se puede cerrar la sesión con unos minutos de respiración que permitan apreciar lo trabajado antes de volver a la vida cotidiana.

También cualquier tarea o actividad en sesión puede precederse de unos momentos de contacto con el presente, por ejemplo, antes de una exposición o de una conversación difícil. Lo mismo puede hacerse cuando surja algo especialmente significativo o al detectar fusión o evitación, invitando a la persona a hacer una pausa y prestar atención a algún aspecto significativo de lo que está sucediendo en ese momento: un gesto, una palabra, la posición del cuerpo al hablar de un tema difícil, etc.

Hay infinidad de formas de invitar a ampliar el foco atencional, por ejemplo:

- Invitar a la paciente a observar otros sentimientos o pensamientos que acompañen a una experiencia interna difícil.
- Invitar a la paciente a observar y describir las sensaciones físicas de un sentimiento doloroso: *¿En qué partes de tu cuerpo lo estás experimentando? ¿En qué partes de tu cuerpo no lo estás experimentando? ¿Dónde es más intenso? ¿Tiene uno o varios focos? Si trazáramos el contorno de esa sensación con un lápiz, ¿por dónde en tu cuerpo pasaría ese trazo?*
- Invitar a la paciente a ponerle nombre a sus sentimientos dolorosos. Si la paciente tiene dificultades identificando el nombre del sentimiento se puede con gentileza sugerir opciones ("¿se parece más a tristeza, angustia, o desazón?"), pero consideren que poder nombrarlo es más importante que ponerle el nombre "correcto" (Strosahl et al., 2015, pp. 67–81).

Otra forma de interacción clínica que puede fomentar el contacto con el momento presente es interrumpir cadenas largas de verbalizaciones, por ejemplo, interrumpiendo a una paciente que está rumiando en voz alta, sugiriéndole hacer una pausa para explorar y ampliar la observación de lo que está experimentando (al igual que con cualquier otra intervención que pueda ser disruptiva, es necesario explicarle y pedirle permiso a la paciente con antelación). Por ejemplo:

–Disculpa ¿me permitirías interrumpirte durante unos momentos? Gracias. Has estado hablando de este tema durante varios minutos, y sólo quería saber, ¿qué experimentas al hablar de esto? ¿Qué sensaciones y sentimientos aparecen en tu cuerpo? ¿Qué está diciendo tu mente? ¿Surge algún recuerdo en particular al tocar este tema?

Metáforas

Las metáforas, analogías y alegorías que se suelen usar en este proceso giran en torno a áreas temáticas que señalan la importancia de prestar atención, desacelerar, y conectarse deliberadamente con lo que está sucediendo. Por ejemplo, podemos usar la imagen de cómo se ve el paisaje cuando vamos en un auto a toda velocidad (visión en túnel) y contrastarlo con cómo se ve el paisaje cuando disminuimos la velocidad o nos detenemos. También podemos usar imágenes deportivas, por ejemplo, mencionando cómo una futbolista, al recibir una pelota, lo primero que hace es detenerse brevemente y mirar alrededor el campo de juego, antes de llevar a cabo una acción. O podemos señalar cómo en un avión el piloto automático es útil para momentos normales de navegación, pero que durante una tormenta es ser necesario desactivarlo y estar presentes en lo que está pasando.

Hay una imagen que me gusta trabajar para presentar la diferencia entre contemplar una experiencia versus hacer algo con la experiencia. La historia es de Kelly Wilson (2012a), pero me gusta más la adaptación clínica que hicieron Luoma y colaboradores (2017):

Parte de lo que sucede cuando estamos luchando con nuestra experiencia es que interactuamos con nuestra vida interna como si fuéramos un problema de matemáticas por resolver. Sin embargo, no siempre es útil tratar todo en la vida como si fuera un problema de matemáticas. Muchas cosas se parecen más a atardeceres. No funciona bien tratar a los atardeceres como si fueran problemas de matemáticas. Si lo hacemos, ¿qué obtenemos? Puede parecer una charla en nuestra cabeza diciendo algo como: ‘Hmm, ese rojo no es tan bonito como el rojo que vi el otro día en esa pintura. Sería bueno si fuera un poco más ligero. Y si esa nube subiera un poquito, sería mejor. Y si pudiera mover ese tono púrpura por allí, me gustaría aún más esta puesta de sol’. ¿Puedes ver cómo esa forma de relacionarse con una puesta de sol no funciona demasiado bien? Parece que lo que necesita una puesta de sol es que simplemente estemos presentes y la contemplemos. ¿Qué pasa si muchas de las cosas con las que luchas en tu mundo interno no necesitan el tipo de atención que requiere un problema matemático? ¿Qué pasa si simplemente necesitan que estés como lo harías con una puesta de sol? Si ese fuera el caso, entonces parte de lo que queremos hacer en la terapia será desacelerar... observar... sentir... y notar lo que realmente aparece en tu experiencia y aprender de eso, en lugar de moverte en tu vida en función de lo que tu mente diga¹⁷³.

Ejercicios experienciales y actividades

Hay literalmente centenares de ejercicios y prácticas de contacto con el momento presente que pueden encontrar en Internet, con duraciones que van desde algunos segundos hasta prácticas que llevan más de una hora. En su mayoría son variaciones y elaboraciones de una instrucción general: "prestar atención a X", en donde X puede ser cualquier aspecto de algún evento interno o externo (o una serie de ellos) que funcione como **ancla** de la atención durante la actividad: las sensaciones al caminar, al masticar, sonidos, colores, etc.

Son particularmente conocidos y utilizados los ejercicios de prestar atención a la respiración, ya que se trata de un estímulo que está siempre disponible para anclar la atención¹⁷⁴ y que es variado en lo que ofrece para observar (hay diferentes sensaciones al inhalar, al exhalar, y en las pausas entre ambas). Sin embargo, para muchas personas la respiración es un estímulo de difícil focalización (porque aumenta la activación fisiológica, por dificultades en la respiración, vínculos con experiencias traumáticas, etc.), por lo cual se utilizan diferentes tipos de anclas (sensaciones de apoyo, contacto de las manos, sonidos, etc.).

Algunos ejercicios son **formales**, y son una actividad en sí misma. Por ejemplo, podemos invitar a nuestra paciente a realizar una práctica de meditación de quince minutos. Otros ejercicios son **informales**, y consisten en realizar alguna actividad cotidiana, pero con las cualidades de atención deliberada, enfocada y flexible que involucra este proceso. Por ejemplo, podemos invitar a nuestro paciente a que realice la tarea de doblar la ropa prestando especial atención a las sensaciones táctiles y a los olores de la ropa limpia.

Generalmente recomiendo comenzar a trabajar contacto con el presente realizando alguna actividad formal sencilla en sesión y luego asignar una práctica, formal o informal, como actividad entre sesiones. Por ejemplo, se puede comenzar con una práctica de atención a la respiración en sesión, y luego indicar para la semana una práctica informal de atención a las sensaciones físicas que surgen al bañarse.

Una vez introducida e ilustrada la idea general de la habilidad, se pueden incorporar otras prácticas formales en sesión y entre sesiones, e incorporar prácticas informales a las actividades cotidianas, variando cada vez la actividad, de manera de ir aplicando y generalizando el contacto con el presente como una forma de estar en el mundo y de lidiar con situaciones desafiantes.

Lo que queremos evitar, en general, es meramente **hablar** de la importancia del momento presente, sin realizar ninguna práctica, o realizar una práctica en una sesión, y no volver a ello durante el resto de la terapia. Queremos que este tipo particular de presencia permee todo el tratamiento.

Actividades formales

Las prácticas formales son todas aquellas actividades exclusivamente enfocadas en este proceso. Para la primera práctica formal en sesión puede ser una buena idea utilizar algún estímulo o actividad con la cual la paciente esté familiarizada, y enfocarnos en lo que sucede si se la realiza con la cualidad de atención deliberada.

Una práctica comúnmente usada para esto es el ejercicio de comer una pasa de uva con atención plena (Kabat-Zinn, 1990). Particularmente, me gusta usar un ejercicio de Harris (2009) que consiste en prestarle atención a nuestra mano durante cinco minutos¹⁷⁵ y que comparto aquí con algunas ligeras adaptaciones:

–(Terapeuta) En un momento, voy a pedirte que notes tu mano. Con esto quiero decir, realmente notar tu mano durante cinco minutos. Antes de que empecemos, quisiera saber: ¿qué está tu mente prediciendo sobre los próximos cinco minutos?

–(Paciente) Que va a ser un largo tiempo.

–Así es. Tu mente debe estar anticipando que va a ser algo aburrido, tedioso y difícil ¿es así?

–(ríe) Sí, suena bastante aburrido.

–Ok. Entonces hagámoslo y veamos si es así. A veces nuestra mente acierta al predecir cosas, pero muy a menudo sus predicciones están un poco erradas. Entonces, veamos qué pasa, veamos si realmente es tan lento, tedioso y aburrido.

Te invito entonces a que te pongas en una posición cómoda. Y quiero que tan solo vuelvas una de tus manos palma hacia arriba, y la sostengas a una distancia cómoda de tu rostro. Por los próximos minutos me gustaría que observes tu mano como si nunca antes hubieses visto una. Y desde esa perspectiva, primero nota su forma. Mentalmente traza el contorno de tu mano, comenzando en la base del pulgar y trazando alrededor de todos los dedos...¹⁷⁶ y nota las formas de los espacios entre los dedos... y nota donde tu mano termina en la muñeca. Y ahora, nota el color de tu piel... nota que no es un solo color... hay distintos tonos y sombras y áreas moteadas... y muy lentamente estira tus dedos hacia afuera y llévalos hacia atrás tanto como puedan ir, y nota cómo el color cambia en tu piel... y luego lentamente suelta la tensión y nota cómo el color regresa... y una vez más, muy lentamente, notando cómo el color desaparece... y luego regresa... y ahora nota las largas líneas en tu palma... nota las figuras que forman cuando se juntan o divergen o se cruzan... y concéntrate en una de esas líneas y nota cómo hay muchas líneas más pequeñas que llegan a ella y que parten de ella... y ahora lleva tu atención a la punta de uno de tus dedos, y nota el patrón en espiral allí... el patrón que siempre ves en las huellas digitales... y nota cómo el patrón no se detiene en la punta de tu dedo... sigue, bajando por tu dedo... y trázalo hacia abajo y nota cómo continúa en tu palma... y ahora, lentamente, trae tu dedo meñique hacia tu pulgar... y nota la carne de tu palma arrugándose... y lentamente déjalo ir... y nota cómo la carne vuelve a su contorno normal... y ahora quiero que pongas tu mano de costado, en la posición de un golpe de karate, y que notes las diferencias entre la piel de la palma y la piel del dorso... y observa tu dedo índice, y nota que hay una especie de línea divisoria, donde esos dos tipos de piel se encuentran... y lentamente voltear tu mano... y nota la piel en el dorso... y nota cualquier crítica o juicio que haga tu mente... nota cualquier cicatriz, lunar o imperfección... y nota los diferentes colores en la piel... donde pasa una vena... o sobre tus nudillos. y lentamente, cierra tu mano hasta formar con suavidad un puño... y nota cómo la textura de tu piel cambia... y nota cualquier comentario que tu mente haga sobre eso... y enfócate en tus nudillos... y gentilmente rota tu puño, y nota los contornos y valles de tus nudillos... y ahora aprieta tu puño, y nota qué le sucede a los nudillos... a su color y prominencia... y lentamente abrí tu mano, endereza tus dedos y nota cómo tus nudillos desaparecen... y ahora lleva tu atención a una de tus uñas... y nota la textura de la uña... y los distintos tonos y colores... y nota dónde desaparece bajo la piel... y la cutícula que la sella allí... y muy lentamente, muy gentilmente, abanica tus dedos arriba y abajo... y nota los tendones moviéndose bajo la piel... tirando ida y vuelta como pistones... y eso nos trae a unos cinco minutos y al fin del ejercicio.

¿Te resultó tedioso, lento y aburrido? ¿Qué descubriste? ¿Qué te interesó más? ¿Qué pasaría en tus relaciones más cercanas si prestaras atención a tus seres queridos de la misma manera que lo hiciste con tu mano? La próxima vez que te sientas aburrido, estresado, ansioso o enganchado de cualquier otra manera en tu cabeza, ¿estarías dispuesto a realmente involucrarte en lo que sea que estés haciendo, como acabas de hacer con tu mano, y notar qué es lo que sucede?

Además de estas prácticas extensas hay prácticas más breves, que pueden realizarse en cuestión de minutos: notar lo que registran los cinco sentidos, tomar tres respiraciones deliberadas y concientes, detenerse y notar las sensaciones físicas que están presentes, etc. Como mencioné, hay centenares de prácticas grabadas y guiones escritos de ejercicios que pueden encontrar en internet, y que pueden servirles para trabajar este proceso.

El **cómo** en estas actividades, la actitud que queremos fomentar al cultivarlas, es fundamental. Estas prácticas pueden ser muy frustrantes inicialmente (si alguna vez intentaron una práctica de meditación se habrán dado cuenta de lo difícil que resulta), por lo cual es aconsejable enfatizar las cualidades deseadas de la atención más que el mero mantener el foco en algún estímulo.

Es deseable que toda práctica se realice con curiosidad, apertura, amabilidad, paciencia. No nos interesa tanto que una persona no desvíe su atención del ancla durante toda la práctica (cosa que, por lo demás, es irrealizable), sino más bien que, al notar que su atención se ha desviado, pueda notar con curiosidad e interés qué capturó su

atención, y que con **amabilidad y paciencia** regrese su atención a lo que estaba apreciando. No es un resultado, es un proceso.

Enfocarse en las cualidades más que en el desempeño ayuda a las pacientes a no quedar atrapadas en exigencias y autocríticas sobre las prácticas. Si el objetivo es mantener la atención en algo, entonces es fácil fallar y criticarse por ello. Si el objetivo es observar con curiosidad y regresar con amabilidad, entonces la práctica puede ser más compasiva y fluida.

Querría compartirles algunas sugerencias generales al guiar prácticas de este estilo:

- Familiarícese con los ejercicios antes de guiarlos en sesión. No guíen ejercicios que no hayan realizado.
- Leer el texto de un ejercicio en sesión no es el mejor plan, pero tampoco es abominable, siempre y cuando lo usen como guía y para recordar elementos centrales de la actividad, no como quien las instrucciones de ensamblado de una mesa de luz.
- Un buen recurso al guiar cualquier ejercicio formal es ir realizándolo mientras se lo guía, indicando al paciente que note los aspectos de la experiencia que ustedes mismas estén notando en ese momento.
- Pueden proporcionarles a sus paciente audios de ejercicios grabados por otras personas para usar entre sesiones¹⁷⁷, pero en la medida de lo posible, hagan sus propias grabaciones. Para sus pacientes será una voz conocida, y a ustedes les servirá de práctica.

Una vez que hayan introducido los mensajes terapéuticos clave y hayan hecho algunas prácticas, pueden incluirlas de manera rutinaria en las sesiones, como señalamos antes, para iniciar o terminar las sesiones o cualquier actividad clínica importante.

Actividades informales

Las prácticas informales consisten en incorporar las cualidades de atención a otras actividades. Se pueden hacer en sesión o asignarse como tarea entre sesiones. Como prácticas entre sesiones se pueden llevar a cabo con cualquier actividad cotidiana que suele hacerse de forma automática: lavar los platos, bañarse, cepillarse los dientes.

Hay dos instrucciones que me resultan simpáticas para indicar prácticas informales:

1. **Una cosa por vez:** esta instrucción se utiliza rutinariamente en Terapia Dialéctico Conductual. Se indica realizar una actividad y sólo esa, sin hacer ninguna otra al mismo tiempo, y señalando específicamente algunos estímulos sensoriales a los cuales prestarle atención. Por ejemplo, lavarse los dientes a la mañana, sin pensar en lo que vamos a hacer durante el día, prestándole atención a las sensaciones del cepillo en las encías, el sabor de la pasta dental, los movimientos de la mano, y así.
2. **A media velocidad** (Hayes, 2019): consiste en indicar realizar una actividad cotidiana a la mitad de la velocidad usual y notar lo que sucede al hacerla así. Pueden hacerlo ahora mismo, intentando leer la línea anterior a la mitad de la velocidad con la que leen usualmente (no sólo un poco más lento, sino mucho más lento), y noten lo que sucede, las sensaciones nuevas que aparecen, el efecto que tiene. En la terapia, por ejemplo, podemos acordar con el paciente cepillarse los dientes a la mitad de la velocidad habitual.

Lo que suele suceder es que al hacerlo aparecen en la atención aspectos de la experiencia que estaban en segundo plano: sensaciones físicas, pensamientos, impulsos. En general, toda instrucción que involucre la disrupción de los patrones habituales de una actividad tiende a tener este efecto, por lo cual pueden usar cualquier tipo de ejercicio de ese estilo, como, por ejemplo, invitar a escribir su nombre en cursiva a un paciente que solo escribe en imprenta, o jugar a durante un día realizar acciones pequeñas (como abrir las puertas) con la mano no dominante.

A medida que la terapia progrese y la habilidad esté más disponible en el repertorio de la paciente, nuestro objetivo será expandir esta cualidad de atención para que no sólo esté en las prácticas planificadas sino en el resto de su vida, y muy especialmente en los ámbitos vitales y momentos significativos, en los cuales puede ayudar notablemente a responder de manera valiosa.

Es frecuente que durante las primeras semanas la paciente se olvide de llevar a cabo las prácticas informales. Para prevenir esto podemos sugerir a la paciente que ubique recordatorios en lugares estratégicos para volver al momento presente al verlos, utilizando algún recurso previamente acordado. Por ejemplo, podemos hacer una pequeña marca con una lapicera en el dorso de la mano, o utilizar notas adhesivas en lugares estratégicos (el botiquín del baño, el borde de la pantalla de la computadora), o incluso fondos de pantalla¹⁷⁸ que le recuerden a la paciente volver a conectarse con el presente.

¹⁶⁸ Hay quienes hacen carrera de ello, incluso.

¹⁶⁹ Mindfulness suele traducirse de manera algo engorrosa por mente plena, conciencia plena, o atención plena. Personalmente prefiero la última traducción, pero dado que el término sin traducir está bastante popularizado en los ámbitos clínicos utilizaré ese.

¹⁷⁰ Conceptualización que no sólo es objetable desde ACT, sino también desde las distintas conceptualizaciones más rigurosas de mindfulness: mindfulness no es una píldora de bienestar, sino una forma de ampliar la conciencia y cultivar una relación diferente con el mundo externo e interno.

¹⁷¹ Basta salir del consultorio para tomar contacto con un momento presente en el cual lidiamos con desigualdad económica sistémica, injusticia, corrupción, discriminación, violencia de género, cambio climático, y un largo etcétera. Es un poco más difícil sentirse relajado en ese contexto.

¹⁷² Ventajas de la clínica: ayudar a una paciente a practicar contacto con el presente involucra que también practiquemos la habilidad.

¹⁷³ Para una variante de la misma idea, véase el “modo hacer” versus el “modo ser” tal como se describe en Terapia Cognitiva basada en Atención Plena (Segal et al., 2013).

¹⁷⁴ Si la respiración no está disponible durante la sesión, les sugiero llamar a la ambulancia.

¹⁷⁵ Tengo dos motivos centrales para preferir este ejercicio: en primer lugar, nuestras manos son herramientas maravillosas en las cuales nunca nos detenemos y vale la pena, al menos una vez en la vida, apreciarlas. En segundo lugar (y esta es la razón real), siempre me olvido de comprar pasas de uva antes de las sesiones.

¹⁷⁶ Los puntos suspensivos en el guion señalan pausas de unos tres a cinco segundos, para darle tiempo al paciente de notar.

¹⁷⁷ En el sitio web www.grupoact.com.ar y en la página web de la ACBS hay grabaciones y guiones de prácticas de atención plena que pueden utilizarse de manera gratuita.

¹⁷⁸ Hay varios fondos de pantalla para celulares con ejercicios y recordatorios, que se pueden descargar en www.grupoact.com.ar

CAPÍTULO 21: SELF Y PERSPECTIVA

Este proceso es el más conceptualmente atípico de los seis del modelo. Podemos observar algo de esto en la proliferación de formas de denominarlo entre los terapeutas ACT: se ha llamado perspectiva flexible, self como contexto, self observador, self trascendental –y esta imprecisión terminológica resulta aún más curiosa si tenemos en cuenta que el primer texto publicado sobre un proceso de ACT fue sobre esta dimensión (Hayes, 1984).

Creo que en parte esto sucede porque mientras que el resto de los procesos entrañan pares opuestos claramente distinguibles entre los repertorios de flexibilidad y los de rigidez (aceptación vs. evitación, defusión vs. fusión, acción comprometida vs. impulsividad, etc.), no hay una dicotomía simple entre el repertorio de flexibilidad y el de rigidez en esta dimensión. Por otra parte, creo que también contribuye a la confusión la naturaleza altamente abstracta de esta dimensión, lo cual la vuelve de más difícil captación y transmisión, y los diferentes nombres reflejan los aspectos que se intentan enfatizar en cada caso.

El trabajo clínico con esta dimensión consta de dos aspectos básicos. Por un lado, socavar el apego al self conceptualizado, que es como llamamos a las historias y definiciones que las personas construyen sobre sí mismas. Por otro lado, esta dimensión requiere facilitar el contacto con el self como contexto como una perspectiva desde la cual contactar con la experiencia interna y externa. El primer aspecto es esencialmente un proceso de defusión que está dirigido al self rígidamente definido como historias, mientras que el segundo es el desarrollo del self como contexto como habilidad per se.

Supongamos una persona con severas dificultades interpersonales y que sostiene evaluaciones rígidas sobre sí misma, y que está intentando invitar a otra persona a una cita. La rigidez en esta dimensión sería ver el evento desde la perspectiva de la historia de “soy un perdedor y nadie ha querido salir conmigo” (self conceptualizado) y de sentir a la vergüenza experimentada en esa situación como algo absoluto e interminable. En cambio, flexibilidad involucraría poder notar a esa historia sobre sí mismo como pensamientos, notar a las experiencias internas dolorosas como eventos temporarios, tomando contacto con un lugar experiencial desde el cual esas experiencias puedan ser observadas de manera segura y desapegada.

Más que cualquier otra, esta dimensión está profundamente ligada a lo que tradicionalmente llamamos *sabiduría* y a la interconexión con otras personas. El self como contexto involucra adoptar una perspectiva más amplia y duradera, desde la cual nuestros pensamientos no merecen ser tomados como cosas definitivas, desde la cual nuestros dolores y alegrías son pasajeros, desde la cual no somos tan importantes ni estamos tan solos. Que nuestra vida es un relámpago de luz entre dos noches, y que compartimos un destino común con el resto de la humanidad.

En cierto modo, el self como contexto es el consuelo del lenguaje. Por un lado, el lenguaje nos permite evaluarnos, compararnos y definirnos de maneras dolorosas, pero en ese proceso también nos permite abstraer una perspectiva, un lugar experiencial trascendente (el oxímoron es sólo aparente) desde el cual experimentar esos dolores de manera segura y desapegada.

El self como contexto en sí, más que cualquier otro proceso, es extraordinariamente difícil de contactar. Dado que surge como pura abstracción, no tiene cualidades sensoriales accesibles para percibir. Además, la experiencia en sí es evanescente: tómense unos momentos y noten cualquier sensación física apreciable en este momento como, por ejemplo, su espalda apoyada en la silla o su lengua en su boca; a continuación, *noten que están notando* esa sensación. Ese notarse notando es lo que involucra el self como contexto. Probablemente la experiencia les resulte inestable, como sostener una pelota de fútbol sobre un clavo, ya que nuestra atención tiende a desplazarse inmediatamente a aquello que estamos observando. Por este motivo, trabajar self como contexto requiere un fuerte énfasis en el trabajo experiencial.

¿Self como qué contenido?

Lo mencionamos ya cuando hablamos de las dimensiones de flexibilidad psicológica, pero vale la pena hacer hincapié en este punto: trabajar con el self como contenido no consiste en modificar el autoconcepto que la persona tiene de sí misma¹⁷⁹. No estamos tratando de que una persona mejore su autoestima, ni de que piense más racional o positivamente sobre sí misma.

Es frecuente que las pacientes lleguen a sesión queriendo cambiar la forma en que se ven a sí mismas, pero ese es un juego difícil de ganar y dudoso en sus frutos. Por un lado, nuestra mente funciona evaluando, comparando y categorizando, por lo cual todo enunciado positivo puede ser comparado y cuestionado: “soy un estupendo pianista” puede llevarnos rápidamente a “...pero no tan bueno como Keith Jarrett”, y de ahí pasar a “soy más bien un pianista mediocre”.

Por otro lado, nos puede llevar a ocuparnos más de lo que sentimos y pensamos sobre nosotros mismos que de lo que es importante hacer. Si lo que nos interesa es tocar el piano lo mejor que podamos, lo que necesitamos es practicar más y de maneras diversas, tomar riesgos, equivocarnos, cosas que no son posibles mientras estamos ocupados tratando de pensar bien de nosotros mismos. Lo que intentaremos hacer, en cambio, será ayudar a reducir el impacto de las historias sobre sí mismo para facilitar la acción hacia valores. Ahora bien, si esto eventualmente nos lleva a mejorar nuestras habilidades musicales, y como consecuencia de ello pensamos más positivamente de nosotros mismos, perfecto, pero ese no es el objetivo último. No queremos que las acciones estén al servicio de sostener ninguna historia, sino al servicio de vivir una vida con sentido y propósito.

Self como contexto y compasión

Como mencionamos en el capítulo 6, el self como contexto es construido de manera relacional. Esto es, nuestra perspectiva se construye en relación a la perspectiva de los otros (la relación déctica “yo-no yo”, por ejemplo).

Esto nos permite simbólicamente “ponernos en los zapatos” de otra persona (o en nuestros propios zapatos, pero en otro momento de nuestras vidas), y observar eventos desde perspectivas distintas a la propia. Esto abre la puerta a la empatía y la compasión: “una persona con buenas habilidades de perspectiva y empatía sentirá dolor al ver el dolor de los demás. Esto significa que para que no me importara ni me preocupara tu sufrimiento, tendría que rechazar mis propios sentimientos; para ser no compasivo, tengo que ser evitativo. La compasión y la aceptación son dos caras de la misma cuestión. No es posible para mí aceptarme verdaderamente como ser humano si te rechazo a ti como ser humano. De manera similar, no me es posible ser verdaderamente compasivo contigo si no muestro compasión hacia mí mismo. Tenemos un vínculo esencial en nuestra humanidad común que se proyecta en nuestra conciencia y habilidades verbales”. (Tirch et al., 2014, p. xvi)

Este proceso, trabajado con habilidad, es uno de los más potentes para abordar dificultades interpersonales, porque permite adoptar la perspectiva de otra persona sobre una situación difícil. Pero también es un excelente proceso para trabajar con dificultades con la vergüenza, estigma, y autocritica (Luoma & Platt, 2015). Tomar contacto con el dolor de los demás puede normalizar y facilitar el contacto con el propio dolor, y contactar con la perspectiva que los demás tendrían sobre nosotros y nuestras dificultades (generalmente más benigna que propia), puede abrir el camino para tratarnos con gentileza.

Self como contexto, momento presente, aceptación y defusión

Self como contexto puede ser una estupenda herramienta para facilitar el trabajo con aceptación y defusión, ya que distinguir entre sentimientos y pensamientos y el self que los experimenta tiende a reducir su impacto sobre la conducta. Por este motivo, algunos protocolos de tratamiento comienzan con un trabajo preliminar en esta dimensión antes de encarar el resto de los procesos.

Pero, al mismo tiempo, trabajar esta dimensión más cabalmente requiere también ciertas habilidades de aceptación y defusión. Socavar el apego al self conceptualizado es básicamente un trabajo de defusión enfocado a la historia personal que se realiza utilizando algunos recursos básicos de defusión, como por ejemplo la diferencia entre evaluación y descripción, o enmarcar pensamientos como experiencias a tener.

Pero además requiere habilidades de aceptación porque practicar toma de perspectiva puede generar mucho malestar y una fuerte disonancia cognitiva: imaginen, por ejemplo, el dolor psicológico que puede experimentar un paciente con problemas de consumo de sustancias al cual le pedimos que imagine que es su abuela y se vea a sí mismo consumiendo.

Este tipo de actividades difícilmente lleguen a buen puerto si no hay suficientes habilidades de aceptación, defusión y contacto con el presente, por lo cual necesitamos considerar la disponibilidad de esos repertorios antes de trabajar con este proceso.

Mensajes terapéuticos

Algunos mensajes terapéuticos clave de este proceso son:

- *No somos nuestros pensamientos, sentimientos, recuerdos, ni nuestros roles sociales.*
- *Somos más grandes que cualquier pensamiento o sentimiento, y podemos contenerlos.*
- *No somos las historias que nuestra mente cuenta de nosotros, sino que esas historias habitan dentro nuestro.*
- *Hay un “yo” notando todo lo que experimentamos y desde ese lugar podemos observar cualquier pensamiento o sentimiento sin tener que luchar con o por ellos.*
- *Al notar una experiencia, podemos dar un paso atrás y notar quién la está notando.*

Interacciones en sesión

Dado que esta dimensión involucra dos aspectos (socavar el apego al self como contenido y fomentar un sentido flexible del self), las interacciones clínicas también se enfocan más sobre uno u otro de estos aspectos.

Tomar con liviandad las autoevaluaciones

Como mencionamos antes, el problema con los enunciados que especifican atributos evaluativos¹⁸⁰ sobre la propia persona, sean positivos o negativos, es que son inherentemente inexactos porque se refieren a conductas que han sido sacadas de contexto y convertidas en características. Por ejemplo, consideremos los siguientes enunciados:

- “Soy una persona malhumorada”.
- “Soy alegre”.
- “Soy desorganizada”.

Para señalar su naturaleza evaluativa, basta con pasarlas por un conjunto de preguntas (Hayes, 2019a, p. 177): **¿esto es verdadero siempre? ¿En todos los lugares? ¿Con todas las personas? ¿Sin excepción?** Necesariamente una o varias de las respuestas van a ser negativas, porque a diferencia de las descripciones (como la altura o el número de ojos de una persona), la conducta es dinámica y cambia según los contextos. Digamos: nadie es alegre en **todas** las situaciones y con **todas** las personas. Esto tampoco significa que este tipo de juicios sean falsos, sino más bien que deben ser tomados como opiniones o consideraciones generales, no como características inherentes a la persona. Esto es más difícil de lo que parece, dado que tendemos a fusionarnos con este tipo de evaluaciones.

Entre otras tareas, debilitar el apego a las historias sobre sí mismos involucra abstenernos de emitir juicios y definiciones personales, o hacerlo con mucho cuidado, ya sea con respecto a pacientes, nosotros mismos, o terceras personas¹⁸¹.

Convertir características en conductas

Una forma útil de lidiar con autodefiniciones es volver a convertir las características en conductas, esto es, tomar una definición o evaluación de sí mismo que resulte problemática, describir conductualmente en qué consiste, y

especificar el contexto en el cual esa conducta tiene lugar (es decir, realizar un análisis funcional del uso del término):

-(paciente) *Es que soy mala con la gente.*

-(terapeuta) *Oh, ¿eso está diciendo tu mente en este momento?*

-(asiente)

-(Entiendo. *Querría compartir algo contigo. A veces cuando nuestra mente nos evalúa lo que hace es tomar algo que hacemos y convertirlo en algo que somos, lo cual tiende a dejarnos atascados. Digo, si “soy mala” es una característica tuya, no hay mucho por hacer. Pero si se trata de una etiqueta de algo que has hecho y con lo cual no estás cómoda, podemos ver qué modificar para ayudar a actuar de manera más consistente con lo que es importante para ti. Veamos entonces si podemos pasar de esta evaluación a la situación. Querría saber, ¿en qué situaciones piensas que eres mala? ¿Cuándo fue la última vez que apareció ese pensamiento sobre ti?*

-(El otro día estaba con mis amigas, estaba contenta, pero agarré mi celular y vi una foto mía y me di cuenta que estaba horrible, y me cambió la cara, me puse muy triste. Una amiga se dio cuenta y me preguntó qué me pasaba, y otra dijo “déjala, está de malhumor”, y eso me molestó mucho porque ni me preguntó qué me pasaba, así que el resto del día estuve cortante e irónica con ellas.

-(Entonces, ese “soy mala” se puede traducir a una secuencia de eventos. Quiero decir, suena a que estabas sintiéndote triste e inadecuada, en ese contexto hubo un intercambio en el cual no te sentiste escuchada por tus amigas, eso te dolió y ese dolor fue más fácil de manejar aislándote y actuando de manera cortante con ellas el resto del día. Y al considerar esa forma de actuar, que es inconsistente con tus valores como amiga, te apareció un pensamiento que dice que eres mala persona. ¿Sería una descripción más o menos adecuada de lo que sucedió?

-(Sí, fue algo así.

-(No creo que tengamos que tomar a tu mente muy en serio, pero sí creo que hubo algo importante que fue lastimado ese día. ¿Te parecería bien si habláramos entonces de algunas formas de lidiar con tus sentimientos de tristeza e inadecuación, y para que puedas responder de manera más asertiva en estas situaciones?

-(Sí, creo que me serviría.

Distinguir experiencias y el self

Las interacciones que refuerzan la distinción entre experiencias y quien las experimenta son una buena forma de enhebrar self como contexto en el trabajo clínico. Referirnos a las experiencias internas como algo que la persona “contiene” o tratarlas como algo distinto de la persona puede proporcionar una perspectiva más flexible sobre ellas (eg. “estoy sintiendo tristeza” en lugar de “estoy triste”).

Invitaciones a adoptar diferentes perspectivas

Una forma de integrar de manera orgánica la perspectiva flexible en el tratamiento es invitar a nuestro paciente a adoptar diferentes perspectivas a través del uso de deícticos en la conversación, esto es, variaciones en las dimensiones de yo-tú, aquí-allí, ahora-entonces.

Esto puede integrarse en cualquier conversación clínica. Por ejemplo, al realizar una práctica de respiración al inicio de la sesión, podemos incluir una indicación a ampliar la perspectiva individual, tal como “mientras respiras, nota que estoy aquí, notándote a ti, y que estas aquí, notándome”, o “imagina que estuvieses sentado en mi lugar en este momento, viéndote, ¿qué estarías viendo?”. De manera similar, al conversar sobre valores y acción comprometida, podemos invitar a contemplar la situación desde otro punto de vista temporal: “imagina que han pasado cinco años y estás recordando esta situación, ¿qué querrías poder decirle a tu yo de este momento?”.

También podemos variar la perspectiva personal para facilitar aceptación y compasión hacia sí mismo: “Imagina que eres (otra persona) viendo esta situación, ¿qué sentimientos y pensamientos aparecen? ¿Qué quieres decir o hacer?” Esa otra persona puede ser un ser querido, alguien imaginado¹⁸², o incluso la propia persona en el futuro o en el pasado.

Podemos ilustrar esto con una pequeña actividad. Probablemente más de una vez hayan lidiado con sentimientos de inadecuación como terapeutas al lidiar con situaciones clínicas desafiantes. Esto es algo completamente esperable, y viene con el territorio, pero a menudo tiende a generar rumiación y hostilidad hacia uno mismo, y eso no nos ayuda a crecer ni a aprender. Cuando estamos fusionados con ese tipo de pensamientos y sentimientos tendemos a decirnos cosas dolorosas, cosas que no le diríamos a ninguna persona por la que sintiéramos un mínimo de afecto. Querría invitarles a que contactaran con esos pensamientos y sentimientos, quizá evocando una situación clínica en la que se hayan sentido inseguras o incapaces y se hayan criticado fuertemente. Al contactar con eso, imaginen a una paciente con la cual les guste o les haya gustado trabajar, alguien con quien hayan tenido una buena conexión. Imaginen que son su paciente y que están viéndose a sí mismas en esa situación. Imaginen que pueden escucharse diciéndose que son malas terapeutas, incapaces y que no pueden ayudar a nadie. Desde el lugar de su paciente, ¿qué sentimientos y pensamientos aparecen al escucharse decir eso? ¿Qué querrían decirse o hacer?

Este tipo de interacciones pueden ser extraordinariamente potentes para destrabar una situación difícil, pero requieren a) un mínimo de habilidades de defusión para poder desprenderse de las propias evaluaciones de la situación y lidiar con perspectivas discrepantes, b) un mínimo de habilidades de aceptación para hacerle espacio al malestar que esto puede generar, y c) un mínimo de contacto con el self como contexto para poder ver la situación desde otra perspectiva.

No se trata de convencer a la persona de que las cosas no son como las ve, sino de ayudarla a apreciar la situación desde diferentes perspectivas. Es una invitación, no un ardid retórico¹⁸³. Cuando la toma de perspectiva se

utiliza para intentar **convencer** a la otra persona lo que suele generar es más fusión y más apego a la propia perspectiva.

Tiendo a utilizar las interacciones con toma de perspectiva al servicio de dos objetivos clínicos principales (aunque no se agotan allí sus usos). En primer lugar, para apreciar una situación desde un punto de vista diferente, por ejemplo, considerando una situación desde el punto de vista de otra persona, o desde un punto de vista alejado en el tiempo. Esas intervenciones pueden añadir un poco de flexibilidad para abordar una situación más efectivamente.

En segundo lugar, las interacciones de toma de perspectiva me resultan muy útiles para facilitar autocompasión en personas que tienden a ser muy críticas de sí mismas, ayudándolas a ponerse en el lugar de una persona que actúe hacia ellas de manera compasiva ("Imagina que eres tu madrina en este momento, viéndote dolorida y avergonzada. ¿Qué puedes sentir al verte? ¿Qué sientes ganas de hacer o decirte?").

Integrando el observador al trabajo clínico

Una vez trabajado el self como contexto (por ejemplo, por medio de las metáforas o ejercicios que veremos a continuación), puede incorporarse a cualquier actividad experiencial o práctica de mindfulness. Una forma posible de hacer esto es incorporarlo a las instrucciones de un ejercicio ("nota quién está notando la experiencia"), y recordándolo periódicamente mientras dure.

Un recurso metafórico que me gusta utilizar con este fin es invitar a mi paciente a "dar un paso atrás" de su experiencia para observar su experiencia con más amplitud, lo cual en mi contexto sociocultural suele ser una metáfora bastante bien recibida.

Metáforas

Dado que el self como contexto *per se* no tiene cualidades identificables, sino que es una pura perspectiva, el trabajo con metáforas y ejercicios experienciales es crucial para guiar el contacto con este proceso.

Las metáforas típicas para introducir este proceso suelen girar en torno al área temática de experiencias que tienen un aspecto de contenido y uno de continente, para poder trazar una analogía entre el contenido de la experiencia, y el self que la aloja. El nivel de contenido sería lo que cambia, lo que se modifica y en donde está la lucha (pensamientos, sentimientos, percepciones), mientras que el nivel de continente es lo que aloja a todo el contenido, lo que sigue igual aunque el contenido cambie, y está afuera o alrededor de la lucha (el self como contexto).

Por ejemplo, una metáfora típica de self como contexto en ACT es la del tablero de ajedrez (Hayes et al., 2012, p. 231), en la cual se distinguen las piezas (pensamientos y sentimientos), del tablero que las aloja (self como contexto), señalando cómo lo que sucede con las piezas no afecta al tablero en lo más mínimo. De manera análoga se puede usar la diferencia entre los muebles de una casa y la casa en sí, la diferencia entre los jugadores de un partido de fútbol y la cancha, entre alumnos y el aula, y así por el estilo.

En particular, me gusta usar la imagen de una obra de teatro:

"Hay varias perspectivas desde las que podemos elegir vivir cada experiencia que tenemos, y cada una tiene distintos efectos. Para poner un ejemplo, imagina una compañía de teatro que está llevando a cabo una improvisación abierta en vivo, en donde el público puede participar si quiere. Una forma de participar en ella es entrar al escenario y formar parte de la acción: vivirla desde ese lugar implica experimentar muy de cerca lo que está sucediendo, lo que están diciendo y haciendo los personajes: uno grita muy cerca de tu oído, otro llora, otros tratan de convencer a un tercero de que lleve a cabo alguna acción. Cuando estamos en ese nivel lo que está pasando nos envuelve y nos empuja.

Pero también hay otra forma de vivir la experiencia, que consiste en dar un paso atrás, salir del escenario y ser el público observador de la escena. Desde ese lugar, la obra de teatro puede seguir igual, pero podemos simplemente contemplarla sin involucrarnos en el drama. Al elegir observar lo que sucede desde ese nivel podemos seguir viendo la acción y los personajes, pero sin que nos envuelva, sin que tengamos que estar haciendo fuerza ni luchar para que suceda una u otra cosa: al fin y al cabo, el desenlace de una obra de teatro improvisada no es algo de lo cual tengamos que defendernos o que necesitemos que cambie para que podamos vivir. Y nos brinda la posibilidad adicional de observar la escena desde distintos lugares del público, de tomar distintas perspectivas que quizá nos muestren aspectos clave de lo que está pasando: podemos verlo desde la primera fila, desde el fondo, desde un costado o el otro.

Algo similar podemos hacer con nuestros pensamientos y sentimientos: podemos estar entre ellos, en medio de la acción dramática, o dar un paso atrás, contactar con ese lugar de observación, y solamente observarlos sin involucrarnos con ellos. De esta manera no alteramos lo que pasa, simplemente no participamos activamente en ello.

De manera que vamos a trabajar para que puedas notar en qué nivel estás viviendo tus experiencias y que puedas elegir desde qué lugar querrías tenerlas: desde el lugar de los personajes, o dar un paso atrás y vivirlo desde el lugar de público".

Esta metáfora me suele resultar amigable para el proceso; si la paciente no está familiarizada con el teatro, la imagen puede reemplazarse por cualquier otra en la cual haya participantes y público (algún deporte, una **jam** de jazz, el espectáculo de un mago, etc.). La obra de teatro tiene la ventaja de que se pueden asignar personajes que representen contenidos difíciles para la paciente: reglas, evaluaciones, sentimientos, etc. Parte de la idea a transmitir es que al formar parte de la obra no hay paz posible: siempre hay drama en un escenario, personajes tratando de ganar, de generar un efecto, de modificar algo. Desde el lugar del público, sin embargo, es más fácil simplemente observar la acción, sin intentar modificar la experiencia.

Ejercicios experienciales y actividades

Por supuesto, no basta con introducir la idea del self observador, sino que es necesario llevar a cabo algún tipo de actividad que permita experimentar y practicar la habilidad. El self como contexto probablemente sea el proceso más difícil de captar para sus pacientes, por lo cual les sugiero que avancen con lentitud y paciencia, vuelvan sobre sus pasos para corregir y utilicen diferentes enfoques cuando sea necesario.

Así como los ejercicios experienciales de contacto con el presente siguen el patrón general de **notar X**, una buena parte de los ejercicios experienciales de self como contexto siguen el patrón general de **notar X y notar quién está notando X**, es decir, señalar la experiencia y al observador de la experiencia, enfatizando los siguientes aspectos (McHugh et al., 2019, p. 153):

- 1) La variabilidad de las experiencias: los sentimientos y pensamientos cambian todo el tiempo, minuto a minuto.
- 2) La estabilidad del punto de vista del observador: permanece estable todo el tiempo más allá de los cambios en la experiencia.
- 3) La diferencia de niveles entre ambos: el observador es quien contiene y aloja las experiencias, no es parte de ellas.
- 4) El observador puede elegir y actuar independientemente de las experiencias.

Un ejercicio clásico en ACT es el Self Observador (Hayes, Strosahl, et al., 2012, p. 233). Se trata de un ejercicio de estilo meditativo en el cual se invita a la persona a contactar con distintos recuerdos, con sus roles sociales, emociones, y pensamientos, y notar la variabilidad de esas experiencias y la estabilidad del self que las observa. Es un ejercicio un tanto extenso para transcribir aquí, pero pueden encontrarlo en el libro citado.

Personalmente prefiero, luego de introducir la idea del self observador con alguna metáfora, realizar una variante breve de ese ejercicio, que sigue aproximadamente este guion (los puntos suspensivos son pausas de algunos segundos para dar tiempo de prestar atención):

“Vamos a estar notando algunos aspectos de tu experiencia para intentar tomar contacto con esa parte tuya que observa todo lo que va sucediendo. Esto puede ser un poco difícil, es como mantener el equilibrio en una bicicleta, algo que se aprende por medio de hacerlo, así que no te preocupes si no te sale a la primera, lleva práctica. No queremos que utilices imágenes para el ejercicio, sino que sólo te enfoques en lo que puedas percibir.

(Inicio con unos minutos de atención a la respiración) Para empezar, querría que notaras las sensaciones que estén presentes en tu pie derecho en este momento. Sin evaluarlas, sino solamente percibiendo cualquier sensación que se presente a tu atención: quizá un cosquilleo, o alguna sensación de temperatura, de presión. Te invito a tomarte unos momentos para notar esas sensaciones y los pequeños cambios que van atravesando (...) Y mientras haces eso, querría que notaras que por un lado están esas sensaciones, y por otro lado estás tú registrándolas; no lo imagines, sino tan solo percibe que están las sensaciones de tu pie derecho por un lado y por otro lado una parte tuya que las observa (...) En la siguiente respiración, deja ir tu atención del pie derecho, y querría que te enfocaras en tu mano izquierda, notando las sensaciones que estén presentes allí en este momento, cualesquiera que sean (...) Y mientras haces eso, querría que notaras que por un lado están esas sensaciones, y por otro lado hay una parte tuya que las observa; están las sensaciones de tu mano izquierda y estás por otro lado tú registrándolas (...) Y en la siguiente respiración, deja ir tu atención de la mano izquierda, y querría que te enfocaras en los sonidos que puedas notar en este momento. Cualquier sonido que puedas percibir, mi voz, incluso el silencio, notando como van cambiando, apareciendo y desapareciendo (...) Y mientras haces eso, querría que notaras que están esos sonidos, y por otra parte estás tú percibiéndolos; están los sonidos, y hay una parte tuya que los registra (...) Y en la siguiente respiración, deja ir tu atención de los sonidos, y lleva tu atención a los pensamientos. Esto puede ser un poco más difícil; no quiero que intentes pensar ni dejar de pensar nada en particular, sino que simplemente observes cómo está tu mente en este momento, como si notaras un programa de radio: nota qué tipo de pensamientos hay, cómo suena en este momento, o cualquier otra cosa que sea interesante de notar de cómo está tu mente ahora, sin engancharte en lo que está diciendo (...) Y mientras haces eso intenta notar que están esos pensamientos, y estás tú notándolos; está tu mente, y hay una parte tuya que observa a tu mente. (...)

Y a continuación, te invito a tomar contacto brevemente con lo que estuvimos observando: las sensaciones de tu pie, de tu mano, los sonidos, tus pensamientos. En cada caso las sensaciones fueron distintas, pero hay una parte tuya que estuvo observando cada una y que permaneció estable, un lugar de pura observación y pura conciencia de lo que hay para recibir, y en el cual puedes elegir conectar, dando un paso atrás de la experiencia. De manera que te invito durante los momentos siguientes a tan solo observar cualquier percepción de cinco sentidos, sentimiento, sensación o pensamiento que se presente, eligiendo experimentarlas dando un paso atrás, desde ese lugar de observación de la experiencia”.

El ejercicio se puede extender o abreviar según sea necesario y posible. Es recomendable realizar posteriormente una breve discusión de la experiencia, para corroborar qué tanto la paciente pudo conectar con ese lugar de observación. Las más de las veces estos ejercicios requieren hacerse varias veces de distintas maneras.

Como señalé anteriormente, el self como contexto es por naturaleza un lugar muy inestable: dado que no tiene características para percibir, sino que es sólo un punto de vista, apenas nos contactamos con él nuestra atención se desplaza a algún contenido específico. Con la práctica ese lugar se vuelve más accesible, pero incluso el mero hecho de dar un paso atrás y separarse de la experiencia puede ayudar al paciente a mejor lidiar con un momento difícil.

Anteriormente mencioné que una vía posible para trabajar este proceso es a través de invitaciones en la conversación a adoptar diferentes perspectivas. Esto puede hacerse también bajo la forma de una actividad, como por ejemplo con los ejercicios con sillas que suelen utilizarse en psicodrama y en terapias gestálticas, ejercicios en los cuales diferentes sillas pueden representar sendas perspectivas sobre una situación o tema clínico relevante. Por ejemplo, cada silla puede representar a diferentes personas, a diferentes historias de la persona (por ejemplo, su mente y sus valores), o a la misma persona en diferentes momentos del tiempo. Invitando a nuestro paciente a sentarse en las sillas, adoptando la perspectiva correspondiente, podemos invitar a tener conversaciones difíciles

desde distintos lugares: “sentado en ese lugar que te representa a ti mismo dentro de 20 años, ¿qué querrías decir sobre esta situación que estás atravesando?”.

Desde luego, para este tipo de actividades aplican las consideraciones anteriores sobre adoptar diferentes perspectivas: puede ser desafiante, por lo cual puede ser conveniente asegurarse de que nuestro paciente tenga un cierto manejo de habilidades de aceptación, defusión, y contacto con el momento presente, caso contrario podemos terminar con una conversación llevada a cabo desde una única perspectiva, sólo que enunciada desde diferentes sillas del consultorio.

¹⁷⁹ Aunque, por supuesto, no nos vamos a oponer si este cambia espontáneamente.

¹⁸⁰ No así con los descriptivos, como por ejemplo “mido 180 cm de altura”.

¹⁸¹ He perdido la cuenta de las veces en que un paciente me dijo “mi terapeuta me dijo que X es una psicópata”, o “mi psicóloga anterior me dijo que soy X” (refiriéndose a alguna evaluación). Jugar a ser juez del universo, puede ser tentador, pero también extraordinariamente dañino.

¹⁸² Digamos, Batman o un científico.

¹⁸³ Recuerden lo extraordinariamente inefectivo que era, cuando éramos niños, que un adulto tratara de inculcarnos empatía con el típico recurso de “¿cómo te sentirías si te hubieran mordido la nariz?” El recurso no servía entonces, y no se vuelve más efectivo con la madurez, les aseguro.

CAPÍTULO 22: VALORES

El trabajo clínico con valores en ACT involucra identificar y enunciar direcciones generales y cualidades de acción valiosas y deseadas, que servirán como guía para las acciones del paciente y como norte del tratamiento.

Como he repetido hasta el hartazgo a lo largo del libro, el objetivo clínico general de ACT no es la reducción sintomática sino abrir un camino hacia una vida valiosa. No se trata acerca de reducir la forma o frecuencia del malestar psicológico sino de posibilitar que las personas con las que trabajamos actúen guiadas por aquello que es importante y significativo en sus vidas. El trabajo con valores consiste en explorar, identificar, y explicitar qué es lo importante y significativo para cada persona.

ACT no es el único modelo de psicoterapia que ha incorporado el trabajo con valores como elemento central del tratamiento, por supuesto, pero sí tiene una forma de conceptualizar y trabajar con ellos que es bastante particular. Quizá la manera más sencilla de definirlos sea como **cualidades elegidas de ser y actuar** (Hayes, 2019a), o como las cualidades y direcciones generales que están presentes en la acción cuando ésta es significativa (Lejeune & Luoma, 2019, p. 10)¹⁸⁴.

Los seres humanos no actuamos solo al servicio de resultados externos sino también, y principalmente, al servicio de experimentar lo que coloquialmente llamamos sentido vital, propósito, significado, realización, etc. Experimentamos que una acción tiene sentido o que es significativa cuando encarna ciertas cualidades específicas y/o ciertos patrones generales de acción deseados y elegidos¹⁸⁵.

Este proceso de flexibilidad psicológica consiste en la habilidad de identificar esas cualidades y patrones de acción deseados y ponerlos en palabras. Una vez hecho eso, esas direcciones explicitadas pueden utilizarse indefinidamente como guía para nuevas acciones, para construir una vida que incorpore esas cualidades.

Por ejemplo, si expresara mis valores en el ámbito de la psicología diría, de manera muy aproximada, lo siguiente: me importa acompañar a las personas y ayudar cuando sea posible, de manera compasiva, honesta y abierta. La primera parte de la oración señala patrones generales (**acompañar y ayudar**), mientras que la segunda señala cualidades (**de manera compasiva, honesta y abierta**) que puedo encontrar en cualquier acción o situación que haya experimentado como significativa en mi paso por la psicología en general¹⁸⁶. En este ámbito, todos los momentos de los cuales no me voy a olvidar, todos los momentos de los cuales no me voy a arrepentir, están enhebrados por esos patrones y cualidades, que primero he intuido como quien percibe formas en la oscuridad y que eventualmente he aprendido a expresar de manera aproximada.

Una vez identificados y expresados, esos valores me han servido una y otra vez como guía no sólo con respecto a **qué** hacer sino también con respecto a **cómo** hacerlo. Escribir este libro (y de esta manera en particular), por ejemplo, es una acción deliberadamente alineada con esos valores, como así también lo es mi trabajo clínico, clases, supervisiones, etcétera (o al menos eso intento). Cuando una actividad está explícitamente conectada con esos valores la experimento como valiosa, como algo deseado en mi vida, aun cuando involucrase dolor, malestar, o desagrado¹⁸⁷. Cuando una actividad en este ámbito está desconectada de esos valores, tiende a resultarme vacía y mi interés por ella es más bien endeble. Cuando una acción en este ámbito es directamente contradictoria con esos valores, duele, y mucho.

Los valores personales pueden servir para orientar la propia vida, dándole sentido a acciones que se perciben como vacías, y orientando sobre qué cambios pueden llevarse a cabo para que la vida tenga sentido y propósito.

En cierto sentido, los valores son inseparablemente medios y fines de la acción. Esto es, no sólo establecen a qué patrón conductual deseado pertenece la acción sino también especifican las cualidades con las que se lleva a cabo. No es solo "ser psicoterapeuta" sino "ser psicoterapeuta de manera ética y compasiva", como algo indivisible. No es "participar en la vida civil de mi país" sino "participar en la vida civil de mi país de manera comprometida y honesta". Una formulación completa de valores tiene que incluir ambos elementos, por eso los valores suelen formularse como una combinación de infinitivos y adverbios.

Los valores, en última instancia, no son más que un tipo de reglas verbales (específicamente, **augmentals**)¹⁸⁸, pero unas reglas verbales que reúnen determinadas características gracias a las cuales son particularmente eficaces como guías para la acción flexible. Veamos algunas de esas características.

Valores versus metas

Para comprender las particularidades de los valores podemos contrastarlos con las metas u objetivos como guía de acción. Dado que varios abordajes de psicoterapia organizan el tratamiento en torno a metas u objetivos, revisar las diferencias entre ambos términos puede resultar esclarecedor.

En primer lugar, las metas necesariamente se agotan, tienen un final. Por ejemplo "tener un millón de dólares en el banco", "casarme", o "escribir un libro", especifican un resultado que es posible conseguir y dar por concluido en algún momento. Por este motivo las metas sirven de guía para la acción sólo mientras no hayan sido alcanzadas, mientras estén en un futuro posible. Una vez conseguidas dejan de funcionar como guía, debiendo ser reemplazadas por otras nuevas. En cambio, los valores nunca se agotan como dirección, ya que siempre hay otra acción disponible para llevar a cabo. "Ser un amigo presente", por ejemplo, no es algo que se pueda dar por cumplido y terminado, sino que puede funcionar como guía durante toda la vida.

En segundo lugar, las metas especifican un único resultado posible, lo cual tiende a restringir la variedad de caminos de acción. Una meta como "graduarme de psicólogo" conlleva una serie bastante específica y limitada de actividades a realizar. En cambio, hay múltiples y variadas maneras de encarnar valores en acciones.

Esto último es algo que entendí cabalmente gracias a una paciente hace muchos años, cuando recién estaba dando mis primeros torpes pasos en ACT: me había dicho que quería estudiar diseño de indumentaria, pero tenía un trabajo con horarios completamente incompatibles con asistir a clases normalmente. Durante un tiempo estuvimos

infructuosamente explorando alternativas de cursada que se adaptaran a sus horarios, hasta que se me ocurrió preguntarle si lo que pretendía era abandonar su trabajo para dedicarse a eso. Me respondió “no, no, a mí me gusta mucho mi trabajo actual, lo que quiero es **aprender**”. Ese “aprender” abrió inmediatamente una puerta a decenas de actividades alternativas que pudimos explorar: leer libros sobre el tema, hacer cursos cortos, buscar pasantías breves en estudios, etc. Esta flexibilidad de la acción guiada por valores hace que resulten especialmente útiles para lidiar con restricciones para la acción. Acciones muy diferentes, con distintos grados de esfuerzo y dificultad, pueden estar encarnando el mismo valor¹⁸⁹.

En tercer lugar, la satisfacción de las metas depende de sus resultados, mientras que el propósito de los valores está en la acción misma. Una acción orientada a una meta pero que no genera los resultados esperados es por definición un fracaso. En cambio, una acción orientada a valores que no genere resultados favorables es valiosa de todos modos. Si, por ejemplo, una paciente se presenta a rendir un examen de la universidad principalmente al servicio de la meta de aprobar una materia, no alcanzar la nota mínima para aprobar probablemente vaya a ser experimentado como un fracaso. En cambio, si la misma acción es llevada a cabo al servicio del valor de tomar responsabilidad por su vida, aun si no alcanzara la nota mínima la acción en sí va a haber valido la pena¹⁹⁰. La única forma real de fracasar en una acción guiada por valores es no llevarla a cabo.

Todo esto no implica que las metas sean inútiles, en absoluto. Lo que estoy tratando de decir es que metas y valores pertenecen a diferentes categorías y que hay una interesante interacción para utilizar entre ambos, siempre y cuando tengamos cuidado de no confundirlos. Podemos, por ejemplo, enmarcar una meta en el contexto general de un valor para darle una vitalidad de la que carecía, o plantear metas como señales de que estamos avanzando concretamente hacia un valor, identificar los valores implícitos en metas perseguidas sin mucha reflexión, identificar los valores que metas aparentemente disímiles comparten, etcétera.

Valores versus sentimientos

Los valores no son sentimientos de bienestar. “Cuando paso tiempo con mis sobrinos me siento fantástico” puede ser un indicio para explorar valores, pero no son los valores. Los valores están en las cualidades deseadas de la acción que se ponen en juego en la situación: ¿qué es lo significativo de pasar tiempo con tus sobrinos?

Menciono esto en particular porque los valores a veces involucran acciones que no necesariamente nos van a gustar ni hacer felices. Acompañar a un ser querido en su agonía como expresión de un valor personal puede ser extraordinariamente doloroso. Rendir un examen porque representa hacerme cargo de mi vida puede generar muchísima ansiedad.

Por este motivo, pensar a los valores como algo que nos **gusta** hacer suena bastante extraño. Que algo nos guste involucra algún tipo de disfrute o agrado que resulta extemporáneo en una buena parte de las acciones guiadas por valores: si les dijera que **me gusta** hacerle compañía a un amigo que está pasando por el peor momento de su vida, la mayoría de ustedes probablemente levantaría una inquisitiva y justificada ceja.

Valores y palabras

Cuando, unos párrafos atrás, describí algunos de mis valores en el ámbito de la psicoterapia aclaré que se trataba de una forma **aproximada** de expresarlos. Usé esa expresión porque la esencia de los valores no está en las palabras que usamos para definirlos, sino en las cualidades experienciales de la acción que son personalmente valiosas. Son cualidades primero intuitas y solo luego expresadas.

Cuando trabajamos valores en terapia lo usual es que eventualmente expresemos los valores en palabras, pero confundir esas palabras con los valores es como confundir la brújula con la dirección a la que apunta. La expresión verbal es una aproximación a la intuición de los valores en la experiencia.

Un valor se puede expresar con una frase pulida y bien redactada, pero también con una palabra aislada, una metáfora, una imagen, o un símbolo de cualquier tipo que apunte a esa forma de vivir y actuar (LeJeune & Luoma, 2019, p. 11).

Valores y ámbitos

Con frecuencia van a ver en la sección de Valores de los textos y protocolos de ACT enumeraciones de términos tales como amistad, ciudadanía, relaciones, trabajo, etcétera. En rigor de verdad, esos no son valores sino **ámbitos vitales**. Los valores, en cambio, se refieren a las cualidades deseadas de ser y actuar en esos ámbitos.

El motivo para hablar de ámbitos es simplemente practicidad: a veces puede resultar más accesible explorar con un paciente “acciones que tengan que ver con amistad”, en lugar de realizar una exploración más detallada de lo que amistad signifique para esa persona. Pero decir que un paciente valora la amistad (o cualquier otro ámbito) es como decir que le gusta la comida. Seguro, como indicio o resumen puede ser útil, pero lo que realmente nos sirve para trabajar son los detalles de la cuestión: ¿qué cualidades de ser y actuar le resultan valiosas en ese ámbito?

Esto está relacionado con el punto anterior: si “amistad” sólo designa un ámbito, nos está faltando información; si, en cambio, se trata de una forma abreviada de designar las cualidades vitales deseadas en ese ámbito, esa abreviatura puede ser útil clínicamente. En última instancia, creo que la pregunta a considerar cuando hablamos de ámbitos es esta: **¿podría explicitar cuáles son las cualidades valiosas para esta persona en ese ámbito?** Si la respuesta es negativa, aún nos queda trabajo por hacer.

Valores y moral

Los valores personales representan el criterio último en ACT. Es cómo evaluamos si seguir un pensamiento o evitar un sentimiento es problemático o no, o si una acción determinada es problemática o no, y es como acordamos con nuestra paciente la dirección general de la terapia.

Por ejemplo, si un paciente consume algún tipo de drogas, pero no lo presenta como un motivo de consulta y en un análisis funcional detallado no aparece como un obstáculo para sus acciones valiosas, entonces no puede ser un objetivo terapéutico, sólo porque no coincida con las expectativas sociales o con los valores de la terapeuta.

Los valores no deben ser confundidos con el sistema moral o sociocultural en el cual paciente y terapeuta estén inmersos. Cada sociedad tiene expectativas sobre qué conductas y metas son deseables y apropiadas para las personas en determinadas situaciones¹⁹¹, pero esos criterios no deben ser confundidos con los valores tal como se entienden en ACT¹⁹². Por supuesto, los valores del paciente *pueden* coincidir con las expectativas socioculturales – después de todo, los pacientes no salen de un repollo, sino que habitan un entorno cultural e histórico específico– pero incluso en ese caso tendremos que cerciorarnos de que sean libremente elegidos y no meramente adoptados por defecto o impuestos.

Que los valores sean personales involucra que ACT es en última instancia un espacio de completa libertad: es la paciente quien decide en última instancia qué vida quiere vivir. Por este motivo es completamente inconsistente con ACT que la terapeuta imponga sus propios valores o expectativas socioculturales. ACT no es un sistema moral.

Valores destructivos

Incluyo este apartado porque cada vez que he hablado de valores en una formación, alguien ha levantado la mano y preguntado qué hacer si nos consulta un paciente con valores destructivos (es decir, que involucran daño para sí o para terceros), por lo cual asumo que alguna de las personas que leerá esto formulará la misma inquietud.

Mi respuesta es que jamás me encontré con una paciente cuyos valores involucraran deliberadamente causarle daño a otras personas o animales. Nunca me ha tocado trabajar con pacientes que, libres de control aversivo y de fusión con mandatos socioculturales, con buenas habilidades para hacerle lugar al malestar y ver una situación desde múltiples perspectivas, expresen cualidades de ser y actuar que resulten deliberadamente¹⁹³ destructivas para terceros.

Con lo que me he encontrado, eso sí, es con personas con severas dificultades para adoptar perspectivas distintas de la propia, o para dar un paso atrás de normas y creencias profundamente internalizadas, o con mucha dificultad para lidiar con sentirse amenazadas, etc., como resultado de lo cual han aprendido a formular y sostener reglas y objetivos que requieren acciones racistas, misóginas, especistas, homofóbicas, xenofóbicas, etc. En cada uno de esos casos, detrás de la agresividad, del resentimiento, de los prejuicios, lo que he encontrado ha sido una fuerte fusión con mandatos sociales o religiosos, sentimientos de inadecuación o de amenaza surgidos de ciertas narrativas o explicaciones sobre el mundo, o desconexión entre los fines valorados y las cualidades inherentes a los medios utilizados. Lo que he encontrado cada vez han sido altos niveles de rigidez psicológica.

Una forma de pensar el fenómeno es la siguiente. Quizá les haya pasado alguna vez que en situaciones aversivas o en discusiones particularmente agrias terminaron diciendo cosas que no reflejan lo que realmente quieren encarnar en sus vidas¹⁹⁴: comentarios crueles o sarcásticos, juicios, invalidaciones, etc. (si no les pasó nunca, pasen a buscar su certificado de Buda en la estación de servicio más cercana a su domicilio). Las más de las veces en mi trabajo clínico, los que parecían ser valores destructivos terminaron tratándose de enunciados que respondían a mucho sufrimiento o a la fusión con ciertos mandatos sociales, pero no a lo que la persona podía elegir como cualidades vitales al tener la oportunidad de hacerlo con libertad y gentileza.

No estoy diciendo que sea imposible encontrarse con valores destructivos (claramente existen en el mundo acciones que parecieran encarnarlos), sino meramente que no me los he encontrado de manera cabal ni en mi práctica clínica, ni en supervisiones, ni en presentaciones de casos clínicos. Lo que sí estoy diciendo es que puede valer la pena, al encontrarnos con enunciados que parecieran encarnar valores destructivos, explorar la flexibilidad psicológica de la persona, porque pueden tratarse de reglas inefectivas, controladas por normas socioculturales no cuestionadas o por una historia de sufrimiento.

Valores y el resto de los procesos de flexibilidad psicológica

El trabajo con valores es la palanca que mueve y justifica al resto de los procesos de flexibilidad psicológica, ya que es un proceso que funciona como un extraordinario motivador para trabajar el resto de las habilidades: *–¿Para qué trabajar aceptación o exposición? Para poder avanzar hacia lo que es importante. –¿Por qué no tomar literalmente un pensamiento? Porque es inconsistente con lo que es importante. –¿Por qué hacer el esfuerzo de traerme al momento presente? Para poder conectar con lo que es importante en una situación*, etcétera.

Pero al mismo tiempo, es muy difícil trabajar valores sin un cierto grado de aceptación y defusión. Al explorar valores, una persona con dificultades en fusión se enfocará más bien en mandatos sociales, razones, explicaciones, etc. Una persona con dificultades en aceptación tenderá a dar reglas evitativas o puramente emocionales (“no pasarla mal”, por ejemplo).

Por este motivo, no sugeriría hacer un trabajo intensivo con valores con alguien a quien le resulte difícil lidiar con emociones dolorosas o con autoexigencias y que está dando sus primeros pasos con las habilidades de flexibilidad psicológica. Puede trabajarse de manera más ligera, por supuesto, explorando ámbitos, direcciones generales deseadas, objetivos, y dejar el trabajo más emocionalmente desafiante para más adelante.

En esto podemos encontrar un eco en la mayoría de los protocolos de tratamiento, en los cuales el trabajo más intensivo sobre este proceso suele hacerse después de trabajar el costado izquierdo del hexaflex, para facilitar una exploración de valores más libre.

Valores y autocompasión

En general cuando exploramos valores nos enfocamos mayormente en la interacción con el mundo externo: indagamos valores en relaciones familiares, interpersonales, trabajo, comunidad, etc. Esto puede tener la desafortunada consecuencia de omitir los valores que tienen que ver con el autocuidado, aquellos que se refieren a la forma de tratarse a uno mismo.

Esto es, la relación con nosotros mismos y nuestros cuerpos es un ámbito de acción: nos decimos cosas, nos tratamos de ciertas maneras, respondemos de ciertas maneras a lo que experimentamos, a lo que pensamos, a lo que vemos en nosotros. Puedo tratarme con gentileza, con odio, con rechazo, con compasión –lo cual, valga la

aclaración, no implica **sentirme** de determinada manera sino **actuar** de determinada manera (puedo actuar con gentileza aun sintiendo enojo).

Al igual que con las cualidades deseadas en las relaciones con otras personas, las cualidades deseadas en la relación con uno mismo también pueden describirse. Incluirla dentro de la exploración de valores puede fomentar acciones de autocuidado, y reducir la tendencia a las diversas formas de ser agresivo con uno mismo, en palabras y acciones.

Mensajes terapéuticos

Algunos de los mensajes terapéuticos a transmitir relativos a este proceso son:

- *Los valores son las cualidades que están presentes cuando sentimos que la vida es significativa.*
- *Los valores son acerca de lo que queremos hacer importante con nuestras vidas.*
- *Nuestros valores son ideas que se encarnan en acciones y patrones de acción.*
- *Aun cuando no podamos elegir las circunstancias de nuestra vida, podemos elegir al servicio de qué actuar.*
- *Podemos actuar guiándonos por valores, no solo por metas y recompensas.*
- *Los valores son distintos de las metas.*
- *Los valores son distintos de las expectativas sociales.*
- *Los valores no dependen de los resultados que obtengamos al actuar.*
- *Valorar algo no implica necesariamente que nos guste. Podemos valorar una situación aun cuando implique malestar.*
- *Las metas y acciones están al servicio de lo que es importante.*

Interacciones en sesión

Las interacciones en sesión relativas a este proceso involucran que el terapeuta modele y facilite la expresión de lo que es valioso para la paciente. Esto puede incluir, por ejemplo, que el terapeuta exprese sus propios valores cuando fuera apropiado, no como contenidos a seguir, sino más bien para establecer a la terapia como un espacio para hablar de lo que es profundamente importante y significativo.

Valores y experiencialidad

Puede resultar un tanto difícil dar con el tono apropiado al explorar valores. El trabajo clínico sobre este proceso suele incluir una buena cantidad de conversación, por lo cual si no tenemos cuidado el tono de las sesiones puede volverse excesivamente abstracto y lógico, una conversación sobre ideales desconectada de la experiencia.

Quizá una forma de transmitir el tono clínico deseado sea explicitar esto: cuando trabajamos con valores estamos ayudando a **expresar una intuición**. En otras palabras, involucra dos aspectos: por un lado, necesitamos propiciar la intuición de las cualidades deseadas que tiene la acción significativa, y por otro ayudar a expresar verbalmente esa intuición (en palabras, imágenes, frases, etc.). Una intuición no puede captarse ni transmitirse eficazmente de manera puramente verbal, requiere evocar y experimentar lo evocado.

Uno de los traspiés más frecuentes en el trabajo con valores es hacer foco en la expresión más que en la intuición de esas cualidades deseadas, con lo cual esa expresión de valores resulta un tanto hueca, como si escribiéramos un ensayo sobre una sinfonía que jamás hemos escuchado. De hecho, a veces terminamos haciendo exactamente eso, pidiéndole a una persona que escriba en algún formulario o cuestionario de valores sin habernos asegurado de que pueda intuir las cualidades valiosas. Es preferible darle tiempo a la persona de que se siente a escuchar la sinfonía de sus valores, que la escuche con presencia, apertura, y curiosidad, antes de expresar lo que pudo apreciar.

Generar un espacio de libertad

Explorar valores requiere un contexto libre de coerción social y otros tipos de control aversivo. Nadie puede responder a la pregunta "¿sobre qué querrías que se tratara tu vida?" mientras huye despavorido de una turba enfurecida que lo persigue con antorchas y horquillas¹⁹⁵.

Por este motivo, parte del trabajo clínico involucra generar un clima de seguridad y libertad en el cual la persona pueda elegir a los valores por lo que representan en sí, no por presión social ni porque permitan resolver el malestar con el que esté lidiando, lo cual puede requerir un trabajo previo de aceptación y defusión.

Muchas de las interacciones clínicas de valores involucran ubicar imaginariamente a la persona en un contexto alejado en tiempo o espacio de cualquier malestar, conflicto actual, o presión social que pudiera experimentar:

- *Si pudieras verte en este momento dentro de cinco años, ¿qué querrías poder decir acerca de cómo lo afrontaste?*
- *Si nadie supiera lo que fueras a elegir, ¿sobre qué querrías que fuera tu vida?*
- *Imagina que has muerto, pero de alguna manera tienes la oportunidad de contemplar tu vida entera, ¿qué querrías poder ver en ese momento? ¿Qué querrías poder decir de tu vida?*

En cierto modo, la exploración de valores requiere crear simbólicamente una burbuja. Una burbuja en la cual la persona sea libre de restricciones externas, de imposiciones sociales y de cualquier otra constricción, y en la cual pueda explorar con libertad qué querría hacer importante con su vida¹⁹⁶.

Esa burbuja es bastante delicada, por lo cual es particularmente importante evitar la emisión de juicios explícitos o implícitos sobre los valores de la paciente (véase la sección anterior sobre valores destructivos), abstenerse de utilizar los valores de la persona para juzgarla (al estilo "mencionaste que te importa X, pero es hipócrita porque estás haciendo Y"), y abstenerse de adoptar una posición de "todo lo que digas será usado en tu contra", es decir, usar a los valores que la paciente ha enunciado como si fuera un contrato que la obliga a actuar de cierta forma.

Valores y activación conductual

He encontrado particularmente útil mantener separada la exploración de valores de cualquier tipo de intervención de resolución de problemas o planificación de actividades. Conversar de valores es un tipo de momento clínico y poner en acción esos valores es un momento clínico distinto que, en mi opinión, es preferible no superponer.

Más concretamente, si después de una extensa y laboriosa conversación exploratoria sobre lo que es importante para una paciente, ésta logra decir algo como “querría que el arte tuviera más lugar en mi vida”, no creo que sea muy buena idea responder inmediatamente con un “¿y cómo podríamos hacer que haya más arte en tu vida esta semana?”, sino primero realizar algunas preguntas abiertas para invitarla a explayarse sobre eso, incrementando el contacto con las cualidades deseadas en ese enunciado liminar de valores.

El motivo es simple: en el momento en que comenzamos a hablar de planificación y resolución de problemas tenemos que lidiar inevitablemente con los obstáculos externos, con el temor y las dudas de introducir cambios en la vida. La conversación sobre valores es un tanto más lúdica, más exploratoria, y el clima de resolución de problemas puede hacer que sea difícil mantener la exploración y el contacto con los valores. Es como acercarse a una pareja que está teniendo su primera cita y preguntarles cuándo piensan tener hijos: hay un momento para todo.

Traducir a valores

Con frecuencia, al indagar sobre valores obtenemos enunciados que en rigor de verdad no son valores, pero que pueden ser un muy buen punto de partida para explorarlos, esto es, **traducirlos** a valores. Según el tipo de enunciados que obtengamos como respuesta a la indagación de valores habrá distintos caminos a seguir.

Enunciados que especifican metas o resultados: aquí me refiero a las descripciones de una vida con sentido que incluyen enunciados como: “mi hijo me haría caso” o “ganaría más dinero”. Este tipo de enunciados no son cabalmente valores –ya que éstos últimos se refieren a las cualidades de la acción, no a sus resultados o efectos externos.

Una forma sencilla de encontrar los valores en este tipo de enunciados es indagar qué cualidades se pondrían en juego si ese resultado ya estuviera dado: “si tu hijo te hiciera caso, ¿cómo serías con él?”, “si ya estuvieras ganando más dinero, ¿qué habría de distinto en tu vida?”

Lo mismo aplica a las metas emocionales, aquellas en las cuales el resultado buscado es el control de sentimientos o pensamientos: “estaría menos preocupada” o “me sentiría más tranquilo”. En estos casos se puede utilizar el mismo recurso de explorar qué cualidades surgirían si la persona ya hubiese alcanzado ese resultado emocional, por ejemplo: “¿qué sería distinto si estuvieras menos preocupada? ¿Cómo cambiaría tu manera de hacer las cosas?”.

Enunciados que especifican actividades: esto incluye afirmaciones como “haría más ejercicio” o “jugaría al fútbol con mis hermanas”. En estos enunciados no se trata de valores porque éstos se refieren a las cualidades y a los patrones de acción generales que se encarnan en las actividades, no a las actividades en sí.

Una forma de explorar valores en estos casos es indagar al servicio de qué están esas actividades, cuál es el valor que las hace significativas: “¿al servicio de qué estarías haciendo más ejercicio?” o “qué es lo importante de jugar al fútbol con tus hermanas, ¿qué se pone en juego en eso en tu caso?”.

Evaluaciones: es frecuente obtener afirmaciones como “sería un buen padre” o “sería más competente”, que no especifican cualidades de acción, sino que son evaluaciones y comparaciones.

En esos casos, lo que podemos indagar es cuáles son las cualidades que son juzgadas como deseables: “¿en qué consiste ser un buen padre?” o “¿cómo actúas cuando estás siendo competente?”¹⁹⁷, para intentar llegar a cualidades deseadas para los patrones de acción en esa área. Al margen de esto, cuando aparecen evaluaciones es una buena idea evaluar el grado de fusión con reglas propias y mandatos sociales.

Definiciones por lo negativo: me refiero aquí a los enunciados que no especifican las cualidades deseadas, sino las indeseadas: “querría no ser tan agresivo” o “me gustaría ser menos evitativa en las conversaciones”¹⁹⁸. El problema aquí es que esto no nos informa sobre lo que sí es deseado en esos casos. Es como si al preguntarle a una persona dónde va a pasar sus vacaciones les respondiera “no voy a ir a Australia”. Fascinante tema de conversación, pero sigo sin saber si van a ir a las sierras de Córdoba o a las Filipinas.

La traducción en este caso puede ir en esta línea: “imagina que ya no estas siendo agresivo, ¿qué estaríamos viendo en tus interacciones? ¿Cómo estarías actuando?”.

Dicho todo esto, debería señalar que a menudo utilizo evaluaciones, metas, actividades y definiciones por lo negativo para hablar de valores con mis pacientes (hablando, por ejemplo, de “ser un buen amigo” o “ser menos reactivo”). Lo mencioné anteriormente, los valores no se tratan de las palabras que usamos, sino de las cualidades a las cuales esas palabras apuntan. Si terapeuta y paciente tienen en claro cuáles son las cualidades involucradas en una evaluación como “ser un buen padre”, podemos perfectamente usar esa expresión como guía para el tratamiento.

Metáforas

En términos generales, la mayoría de las metáforas de valores orbitan uno de dos ejes temáticos centrales. Por un lado, están las metáforas que giran en torno a ideas espaciales de dirección y orientación. Por ejemplo, hablamos de valores utilizando expresiones como el **norte**, el **sentido**, o la **dirección** de la vida o de las acciones. También podemos incluir aquí a las metáforas vinculadas a formas de orientarse en el espacio. Hablar de los valores como si fueran una brújula para las acciones (o en su versión más moderna, un GPS) es algo ya tradicional en ACT.

El otro eje temático en las metáforas de valores es la idea de **mosaico**, un patrón o imagen compuestos de otros elementos más pequeños, como un vitral¹⁹⁹. Borges lo expresa hermosamente en el epílogo de El Hacedor:

Un hombre se propone la tarea de dibujar el mundo. A lo largo de los años puebla un espacio con imágenes de provincias, de reinos, de montañas, de bahías, de naves, de islas, de peces, de habitaciones, de instrumentos, de astros, de caballos y de personas. Poco antes de morir, descubre que ese paciente laberinto de líneas traza la imagen de su cara.

Me gusta la idea de que la suma de las variadas acciones que llevamos a cabo durante la longitud de nuestras vidas traza la imagen de quién somos. La cuestión que podemos proponer partiendo de la alegoría es la siguiente: si pudiéramos elegir, ¿qué imagen querríamos que la suma de nuestras acciones pudiera delinear?

Ejercicios experienciales y actividades

Hay numerosos ejercicios y actividades para explorar valores y podemos agruparlos en cuatro categorías.

En primer lugar, existen numerosos cuestionarios y formularios que indagan cualidades vitales deseadas, ya sea de manera general o en ámbitos específicos. Por ejemplo, está el conocido **Cuestionario de Valores** (Hayes et al, 2012, p. 311), que indaga cualidades de acción en doce ámbitos vitales. El fragmento dedicado al ámbito de amistades y relaciones sociales, por ejemplo, indica lo siguiente:

"En esta sección, escriba lo que significa para usted ser un buen amigo. Si fuera capaz de ser el mejor amigo posible, ¿cómo te comportarías con tus amigos? Intenta describir una amistad ideal".

El texto entero es fácil de conseguir en internet, y hay decenas de cuestionarios que siguen la misma estructura: se presenta algún ámbito vital y se indaga por valores en ese ámbito de manera directa.

Otros cuestionarios adoptan un enfoque ligeramente distinto, presentando una lista de cualidades (como "compartir", "conectar", "descubrir", etc.) de las cuales la persona debe seleccionar las que más resuenen con su experiencia. Un ejemplo de esto son las **Tarjetas de Valores** (hay varios formatos, me resulta simpático el de Lejeune y Luoma, 2019, p.60)²⁰⁰.

Los cuestionarios y formularios pueden ser una estupenda herramienta para realizar una exploración inicial de valores, pero como mencioné anteriormente, debemos tener cuidado de que no se reduzca a una discusión abstracta. Una manera de evitar esto puede ser por medio de dar el cuestionario luego de hacer algún ejercicio experiencial, como forma de expandir la exploración de valores.

En segundo lugar, podemos tener conversaciones semiestructuradas que directamente indaguen sobre las cualidades valiosas, ya sea de manera general, en ámbitos vitales específicos, o en otras personas. Un buen ejemplo es esta actividad de Rob Archer (en Stoddard & Afari, 2014, p. 132):

Piensa en tus héroes. Piensa en las personas que han jugado un papel directo en tu vida: familiares, amigos, profesores, entrenadores, compañeros de equipo, etc. Ahora piensa en las personas que te han inspirado indirectamente: autores, artistas, celebridades o incluso personajes de ficción. ¿A cuáles de ellas más te gustaría parecerte? Elige personas que realmente admires. (...). Ahora piensa en todas las cualidades que realmente admiras en esas personas, no en sus circunstancias, sino en sus cualidades personales, y anótalas. Una vez que hayas hecho esto, me gustaría que lo revisáramos y pensemos cómo esto podría traducirse en tus propios valores personales.

En tercer lugar, tenemos los ejercicios experienciales y conversaciones semiestructuradas que en lugar de preguntar directamente proponen imaginar una situación en la cual las restricciones actuales sean irrelevantes. El conocido ejercicio del funeral (Hayes et al, p. 304) es un buen ejemplo de esto: le pedimos a la persona que imagine asistir en espíritu a su propio funeral e imaginar cómo querría ser recordada. Se pueden utilizar ejercicios con recursos similares para crear una burbuja libre de restricciones, como por ejemplo imaginar que la persona ha ganado una cantidad extraordinaria de dinero, que nadie va a ver ni juzgar sus acciones, o imaginar que el éxito está asegurado, para en cada caso explorar las cualidades de acción y direcciones que surgirían al desaparecer las restricciones.

Finalmente, están los ejercicios experienciales y conversaciones que exploran las cualidades que se manifestaron en momentos significativos de la vida de la paciente. El ejemplo más conocido de este tipo de ejercicios es el **Sweet spot** de Kelly Wilson (la mejor versión que conozco de ese ejercicio está en Wilson & DuFrene, 2008, p.200). Son de mis preferidos porque la exploración se realiza sobre eventos reales, no de manera abstracta ni con situaciones imaginarias, pero tienden a resultar un poco más difíciles de llevar a cabo clínicamente.

A continuación, veremos una versión de este tipo de ejercicios que me gusta usar. Esta es una guía para que puedan realizar esta actividad, explorando cuáles son las cualidades que experimentan como valiosas, las que reverberan a lo largo de su vida. Puede volverse emocionalmente intenso con rapidez, por lo cual les sugiero hacerlo en un momento en el cual puedan experimentar malestar si surgiera.

Momentos que no voy a olvidar

Antes de empezar busca una hoja de papel y un lápiz, ya que este ejercicio requiere que escribas un poco.

Querría que nos ocupáramos de los momentos de tu vida que nunca vas a olvidar. Esos momentos que probablemente vayan a estar presentes hasta el día de tu muerte. No nos importa demasiado aquí si son momentos felices o dolorosos, los que estamos buscando son los inolvidables.

Querría entonces que respiraras unos momentos y tan solo observes el primero que aparezca en tu mente. Enfócate en un momento específico, si estás pensando en una época de tu vida, querría que notaras el momento que mejor la representa. Busca una imagen en particular de ese momento.

A continuación, querría que escribas en tu hoja de papel la descripción de ese momento como si estuvieras relatando por teléfono una escena de una obra de teatro: qué momento del día es, qué se puede ver en la escena, qué personas están, qué están haciendo, qué detalles percibes con mayor intensidad, y cualquier otra característica de la situación. No trates de lograr una descripción prolija ni organizada, nadie va a leerla de todos modos, tan solo consigna los elementos más notables que puedes observar de ese momento inolvidable. Nota cualquier sentimiento o sensación física que aparezca al escribirlo.

Una vez que termines de describirlo, te invito a cerrar los ojos y observar esa imagen durante un minuto o dos, sin análisis ni interpretación, sólo apreciando ese momento y notando qué se siente al observarlo, que sentimientos, sensaciones, y pensamientos aparecen, sólo notándolos, sin enredarte con ellos.

Finalmente, abre los ojos y considera lo siguiente: ¿de qué se trata ese momento? ¿Qué representa en tu vida? ¿Qué cualidades están puestas en juego allí? Si se trata de un momento doloroso que no parece tratarse sobre nada valioso en tu vida, considera qué es lo que hace que sea doloroso, ¿cuáles son los aspectos vitales que te importan, pero estuvieron ausentes o que se vieron lastimados en ese momento? ¿Qué faltó, qué se perdió?

Tómate un tiempo para considerar esas preguntas y luego en tu hoja de papel, escribe sobre qué fue ese momento. No es necesario que sea prolijo ni ordenado, pueden ser sólo palabras sueltas que describan el corazón de ese momento.

Una vez hecho esto, vuelve a repetir este proceso con al menos otros cuatro momentos (se puede repetir tantas veces como quieras, pero cinco momentos en total suele ser un buen número). Quizá quieras buscar momentos de diferentes épocas de tu vida, o que se refieran a diferentes aspectos, pero no te preocupes demasiado por hacer una buena selección, no hay momentos incorrectos, tan solo toma los que vayan apareciendo.

Cuando termines, querría que notaras lo que identificaste como significativo de cada momento, ya sea por presencia o ausencia, y que consideraras lo siguiente: ¿aparecen cualidades compartidas por distintos momentos? ¿Algunas que, aunque estén expresadas por palabras distintas se refieran a aspectos similares? ¿Hay algunas de esas cualidades o aspectos que identifiqués como valiosos o importantes y que querrías que formaran parte de tu vida?

Este ejercicio realizado experiencialmente puede fácilmente abarcar una hora, por lo cual si van a usarlo en una sesión les sugiero asegurarse de tener suficiente tiempo para llevarlo a cabo. Además, este ejercicio puede volverse muy intenso y evocar momentos difíciles, por lo cual no lo recomendaría para trabajar con una persona que tenga dificultades lidiando con el malestar, o en las etapas iniciales del trabajo con una persona con historia de trauma – aunque no es una cuestión de diagnóstico, sino de poder lidiar con intensidad emocional sin perder la presencia en el ejercicio.

Como habrán notado, la estructura central del ejercicio es muy sencilla: se trata de contactar un recuerdo que se presume significativo, identificar sus cualidades valiosas, y repetir esto varias veces de manera de expandir el espectro de momentos incluidos.

Hablar de “momentos inolvidables” es realizar una pequeña apuesta, que asume que los momentos que acudirán a la memoria serán aquellos que encarnen los aspectos más significativos de la vida del paciente, pero esa apuesta puede fallar, arrojando momentos poco útiles para explorar.

Si apareciera algún momento que fuera inolvidable no por significativo sino por meramente intenso o atípico (por ejemplo “nunca voy a olvidar el día en que vi a un anciano ser golpeado por una pelota en la ingle”) se puede simplemente dejar pasar –después de todo tenemos otros momentos con los que podemos trabajar– pero incluso en esos momentos podemos encontrar cualidades vitales valoradas si exploramos con paciencia.

Es muy frecuente que durante el ejercicio aparezcan recuerdos dolorosos, lo cual no es un problema en absoluto. Como dije, no estamos indagando momentos felices sino significativos, y el sentido muchas veces aparece en el dolor. A veces las cualidades deseadas aparecen en los momentos dolorosos de manera directa, por ejemplo, recordar el día de una separación que resultó dolorosa pero que involucró valores de autocuidado. En otras ocasiones las cualidades deseadas aparecen en los momentos dolorosos de manera *invertida*, por haber estado ausentes o por haber resultado lastimadas, por así decir: recordar el momento en que murió una mascota amada puede versar acerca del cariño y la compañía que se perdieron; o el recuerdo del día en que una persona fue rechazada amorosamente puede tratarse de la intimidad que no pudo ser.

Lo valioso no necesariamente estará en las acciones de la paciente en el momento inolvidable, sino que puede estar en las acciones de otras personas en ese momento. Lo mismo da: en última instancia se trata de intuir las cualidades valiosas presentes para que sirvan de guía.

Al trabajar este ejercicio en sesión, puede ser útil alentar a la paciente a elegir momentos diversos, especialmente si notamos que ha elegido varios momentos muy similares entre sí. También es útil detenerse en la descripción de los momentos: es lo que nos asegura que haya un contacto experiencial con ellos.

E insisto, desplieguen paciencia y gentileza al trabajar ejercicios de este tenor –después de todo, le están pidiendo a la persona que le describa los momentos más significativos de su vida, lo cual puede ser intensamente doloroso.

¹⁸⁴ Para una definición conductual más técnica véase, por ejemplo, Wilson y DuFrene (2008, p. 64)

¹⁸⁵ Qué es lo que lleva a que ciertos patrones de acción y cualidades sean específicamente valorados es mayormente una cuestión de historia personal y de contexto sociocultural, aunque creo que Sloan Wilson (2019) tiene una perspectiva interesante al respecto.

¹⁸⁶ Vale la pena señalar: no es una descripción o evaluación de quién soy, sino de quién quiero ser, a qué aspiro. A veces estoy más cerca, a veces estoy más lejos, pero en cualquier caso, siempre puedo saber dónde estoy respecto a eso, aunque me cueste mucho encarnarlo en un momento dado.

¹⁸⁷ Ya que estamos en tema, cada tanto algunas personas me dicen que debo disfrutar mucho de escribir, y por supuesto, se trata de una presunción válida: basta con mirar el número de página por el cual voy en este momento. Mi respuesta es que escribir, al menos para mí, es algo horrible. La hoja en blanco genera vértigo, cada página escrita genera incertidumbre, las ideas nunca salen expresadas con la claridad con la que fueron pensadas, y resulta inevitable comparar desfavorablemente el propio texto con otros. No me resulta una actividad agradable, sino más bien una actividad ineludible, porque hay algunas cosas que me importan.

¹⁸⁸ También podríamos decir, usando términos poco específicos, que son un tipo especial de creencias o ideales.

¹⁸⁹ Por este motivo los tratamientos de activación conductual contemporáneos han adoptado a los valores como estrategia central para generar actividades (Dimidjian et al., 2011; Hopko et al., 2003)

¹⁹⁰ Kelly Wilson solía llevar a cabo en sus talleres un ejercicio guiado por esta premisa: ¿llevarían a cabo acciones que dieran como fruto resultados deseables a costa de ser inconsistente con sus valores más importantes? Por ejemplo, supongamos que pueden lograr que su mascota sea obediente y afectuosa con ustedes, pero sólo a condición de tratarla de manera agresiva y violenta, ¿lo harían?

¹⁹¹ Por ejemplo, expectativas respecto al comportamiento reproductivo (si tener hijos o no, cuándo, cuántos, etc.), con respecto a la sexualidad (qué se puede expresar, cuándo, de qué manera), con respecto a las metas vitales apropiadas, etc.

¹⁹² Quizá una forma de diferenciarlos sea esta: la moral se ocupa de la conducta de los demás, de lo que los demás deberían hacer. Los valores, en cambio, siempre se refieren a la propia conducta.

¹⁹³ Por supuesto, excluyo las acciones que resulten accidental o inadvertidamente destructivas para terceros.

¹⁹⁴ Por ejemplo, si los exabruptos que solemos ver publicados en las redes sociales digitales reflejasen nuestros valores como humanidad, creo que estaríamos irremediablemente perdidos. Pero creo que son resultado del contexto digital en que son emitidos, un contexto que tiende a facilitar los monólogos y dificultar o imposibilitar la conversación y el intercambio fluido, un contexto en el cual están ausentes la mayoría de los

indicadores no verbales que ayudan a matizar las expresiones, en el cual reciben atención los enunciados más extremos y se ignoran los más matizados, un contexto que desalienta las sutilezas a favor de *slogans* y *hashtags*.

¹⁹⁵ O más bien, las respuestas a esa pregunta adoptarían la forma de objetivos e improperios.

¹⁹⁶ La expresión “hacer importante” puede resultar extraña, pero en cierto sentido, nada es importante, sino que *se hace importante* cuando con nuestras acciones lo señalamos y destacamos.

¹⁹⁷ Cuando los pacientes mencionan valores relacionados con eficacia y eficiencia (“competente”, “efectiva”, “capaz”, etc.) pueden ser difícil distinguir si se trata de evaluaciones o de valores. Una vía posible para proceder es asegurarse de que la persona esté intuyendo las cualidades de una experiencia valiosa y no meramente enunciando una meta socialmente prescripta.

¹⁹⁸ En análisis conductual a este tipo de metas se las suele llamar metas de cadáveres (*dead man's goals*, derivado de una expresión de Ogden Lindsley): objetivos que hasta un cadáver puede llevar a cabo como, por ejemplo, pelear menos o ser menos quejoso. Lo que un cadáver no puede hacer mejor son las metas que involucra emitir conductas específicas: actuar con amabilidad o enfocarse en resolver problemas.

¹⁹⁹ En términos más RFT, podríamos decir que estas metáforas suelen centrarse en torno a relaciones espaciales o jerárquicas.

²⁰⁰ Hay una traducción al castellano libremente disponible de esas tarjetas en www.grupoact.com.ar y en el sitio web de la ACBS.

CAPÍTULO 23: ACCIÓN COMPROMETIDA

El último proceso de flexibilidad psicológica, dicho de manera resumida, consiste en la habilidad de llevar a cabo acciones guiadas por valores, acciones concretas que deliberadamente estén al servicio de construir una vida valiosa.

El proceso en sí es crucial para el tratamiento (como atestigua su inclusión en el nombre mismo de la terapia) ya que consiste en las acciones contantes y sonantes que lleva a cabo la persona para encarnar sus valores en su vida real y es la convergencia de lo trabajado durante la terapia. El nombre puede resultar un poco engañoso, ya que cotidianamente "compromiso" suele utilizarse refiriéndose a promesa o acuerdo, algo a cumplir a futuro, y no es ese el sentido estricto del proceso. En acción comprometida el término fuerte es **acción**, ya que no se trata de una promesa a cumplir, sino de una acción en la cual se hace carne un valor.

Este es en última instancia el criterio principal por el cual evaluamos la efectividad de ACT: la habilidad de actuar hacia valores. El modelo es, por tradición e intención, un abordaje que pertenece al análisis conductual y cuyo objetivo final no es operar un cambio sobre el contenido de lo que sentimos o pensamos, sino facilitar llevar a cabo acciones concretas y medibles orientadas por los valores, pasos concretos hacia una vida con propósito y sentido.

Esto puede parecer una perogrullada, ya que todos los modelos de psicoterapia intentan en última instancia facilitar cambios objetivos en las acciones de las personas²⁰¹, pero no todos los modelos incluyen procedimientos específicos para esto, sino que en muchos casos se asume que una vida valiosa sucederá naturalmente como consecuencia del tratamiento, por lo cual no siempre se utilizan intervenciones específicamente dirigidas a fomentarla.

Este es el proceso más topográficamente variable de los seis, ya que al tratarse de acciones guiadas por los valores personales del paciente involucra actividades completamente distintas en cada caso. Lo que quiero decir es que de manera más o menos aproximada incluso antes de conocer a una paciente podemos anticipar qué actividades incluiremos en defusión o en momento presente, pero es imposible predecir qué vamos a trabajar en acción comprometida. Actuar de manera comprometida en un caso puede significar iniciar una conversación para ponerle fin a una relación íntima, en otro caso puede involucrar aprender lengua de señas para comunicarse con un familiar con dificultades de audición, y en un tercero rechazar una copa de vino para mantener la sobriedad. En cada caso, las acciones cambiarán según los valores personales y las circunstancias de la persona.

Ocuparnos de la acción es necesario porque los valores sólo se vuelven reales a través de las acciones que los ubican en un punto preciso del tiempo y el espacio. Sin ellas, los valores no son nada más que palabras e intuiciones. "Ser compasivo" suena bien, pero es lo que hagamos al lidiar con el sufrimiento propio o ajeno lo que determinará si nuestra vida encarnará esa cualidad y de qué manera.

El propósito clínico general es ayudar a generar en el repertorio del paciente patrones cada vez más amplios de acciones guiadas por valores. Imaginen caminar a través un bosque guiándose por una brújula: no es necesario tener la mirada fija en la brújula todo el tiempo, pero sí es necesario volver a darle un vistazo periódicamente y orientar los pies según lo que indique, especialmente cuando tenemos que elegir un camino en senderos que se bifurcan, cuando surge un obstáculo inesperado en el camino, o cuando hemos perdido el rumbo. De manera análoga, lo que queremos es generar cambios en conductas que sean clínicamente relevantes, conductas que representen compromiso en áreas y situaciones críticas, y construir patrones en base a ellas.

Entonces, podríamos decir que acción comprometida involucra que el paciente lleve a cabo acciones planificadas, deliberadas y clínicamente significativas, que encarnen sus valores elegidos. Querría a continuación señalar algunos aspectos clínicamente relevantes de este proceso.

Formas de la acción comprometida

La acción comprometida generalmente adopta una de dos formas. Una de ellas es la introducción de cambios o el añadido de nuevas actividades en el repertorio regular de una persona –por ejemplo, una persona que cambia su alimentación al servicio de valores relacionados con la salud. La otra forma de acción comprometida involucra cambios en las **cualidades** de acción, como por ejemplo una pareja que elige guiarse por algunos parámetros de conversación para discutir de manera amable en lugar de agresiva. Ambos caminos no son excluyentes sino complementarios.

En el ejemplo del plan de alimentación, la acción comprometida podría incluir actividades como hacer las compras y preparar la comida, mientras que, en el segundo ejemplo, la acción comprometida podría verificarse en las cualidades de las conversaciones de pareja: el volumen de la voz, el uso de insultos, las respuestas a las acciones de la otra persona, etc.

En cualquier caso, es preferible que la acción comprometida involucre en algún punto acciones que tuvieren algún aspecto **públicamente observable**, actividades con algún aspecto que se pueda definir y medir de alguna manera. No es obligatorio, ya que acción comprometida puede consistir en acciones privadas, pero clínicamente es preferible: con las acciones observables es más fácil corroborar si se llevan a cabo, con qué intensidad, duración, frecuencia, etc.

Acciones deliberadamente emitidas y previamente definidas

En ocasiones ocurre que entre sesiones la persona espontáneamente reacciona de maneras que previamente han sido establecidas como deseables. Por ejemplo, una persona con ansiedad social que luego de algunas semanas de tratamiento espontáneamente pide en un restaurante que le cambien un plato, lo cual se alinea con valores personales relacionados a asertividad. Cuando ese tipo de conductas suceden es estupendo para la persona, y es un

excelente indicador de progreso terapéutico, pero no deben confundirse las mejorías espontáneas con el trabajo deliberado de acción comprometida.

Acción comprometida involucra conductas que han sido previamente definidas y emitidas de manera deliberada – entrañan la elección de actuar de cierta manera al servicio de valores personales importantes. Esto es, involucra activamente formular y seguir un plan de acción.

Se podría decir así: hay una diferencia sustancial entre llegar al Museo del Louvre como resultado de un viaje planeado deliberadamente para conocerlo y encontrárselo accidentalmente mientras se vaga por las calles de París. El segundo caso puede resultar encantador, pero es en el primero en donde podemos señalar un sentido y un propósito en el viaje, donde el esfuerzo y la planificación realizadas nos permiten afirmar que el Museo es importante para esa persona.

Hago énfasis en esto, quizá innecesariamente, para destacar que no nos limitaremos a esperar que las habilidades de flexibilidad psicológica generen espontáneamente conductas clínicamente significativas, sino que activamente nos ocuparemos de que sucedan, explorando las actividades y metas que representen un giro hacia una vida valiosa y proporcionando recursos que faciliten llevarlas a cabo.

Metas relevantes y específicas

Trabajar acción comprometida a menudo requiere acordar metas u objetivos respecto a las acciones a llevar a cabo, por lo cual conviene tener en cuenta algunos principios respecto a cómo plantear metas y objetivos.

Es importante tener en cuenta que cuando una actividad es acordada en sesión, luego tiene que ser trasladada a la vida cotidiana del paciente, que es un contexto distinto a la sesión y que frecuentemente no está preparado para recibirla, por decirlo de alguna manera.

Supongamos una paciente que ha estado deprimida durante dos años y que decide comenzar a realizar actividad física los lunes a las nueve de la mañana. Esa nueva actividad es en cierto sentido una intrusa en su vida cotidiana, en sus rutinas –e involucra el cese de cualquier otra actividad que soliese llevar a cabo los lunes a esa hora, actividad que va a tener su propia historia de aprendizaje y que puede acarrear un proceso de extinción.

Generalmente en esos casos trataremos de que las actividades a reemplazar sean poco relevantes, pero aun así van a contar con cierta historia de reforzamiento positivo o negativo, por lo cual es esperable cierta inercia ante la nueva actividad²⁰². Por otra parte, si la actividad es nueva, el contexto no va a estar naturalmente preparado para dispararla y sostenerla. Cuando una actividad está incorporada a la rutina, tiene su propio lugar en la vida de la persona y sus propios disparadores: si durante diez años una persona regularmente pasa los jueves a la noche con sus amigas, tenderá a no agendar actividades para esos días, su entorno social se lo recordará de una u otra manera. Pero apenas se introduce la actividad, todo ese sistema de soporte suele estar ausente y necesita ser desarrollado.

Por todo esto es necesario diseñar metas y actividades de forma tal que se maximicen las probabilidades de su cumplimiento. Los principales enemigos de la efectividad de una meta planteada en terapia son la **irrelevancia** y la **ambigüedad** en su diseño, como así también la **intensidad** y **complejidad** de las acciones implicadas, características que pueden alterar radicalmente sus probabilidades de cumplimiento.

Irrelevancia se refiere a que la meta o actividad no es percibida como importante. Si una meta resulta irrelevante para una persona, las probabilidades de que se esfuerce por llevarla a cabo serán mínimas, y tenderán a prevalecer las conductas que históricamente se llevaban a cabo en ese contexto. Clínicamente la sensación de trabajar con una meta irrelevante es que no importa mucho si se lleva a cabo o no, y en general es preferible evitarla. Recuerden la sensación de cursar alguna materia en la universidad cuyos contenidos no les interesaban en absoluto y tendrán una idea de cómo se siente realizar una actividad percibida como irrelevante.

La irrelevancia tiende a ser el reflejo de una pobre conexión entre la meta o actividad y los valores personales del paciente. Hay varias situaciones clínicas típicas en las cuales esto sucede. Una de ellas es cuando las metas o actividades son más importantes **para la terapeuta** que para la paciente. Es comprensible que suceda esto, los terapeutas solemos tener una cierta idea de lo que querríamos que sucediera y tendemos a alentar por ello. Pero si esto no es hablado abiertamente con la paciente, si presionamos y no tiene lugar una elección libre, entonces hay buenas chances de que la meta termine siendo irrelevante para la paciente porque no está conectada con sus valores. Por este motivo, incluso si estamos sugiriendo alguna actividad que clínicamente nos parece relevante (por ejemplo, si estamos sugiriendo realizar un procedimiento de exposición), es importante explicitar y discutir la conexión entre lo que se propone y los valores del paciente.

Otra situación en la cual las metas resultan irrelevantes es cuando los valores mismos no están muy claros, quizá por haber sido poco explorados o por ser demasiado abstractos. Si es ese el caso, volver a explorar los valores de manera experiencial puede ser recomendable antes de comenzar con una planificación de actividades.

Por otra parte, la **ambigüedad** se refiere a metas que están pobremente definidas, en las cuales no está muy claro cuándo y cómo se llevarán a cabo, lo cual puede ser devastador para su cumplimiento. No es lo mismo irnos de terapia habiendo acordado “leer más”, que “leer durante treinta minutos el libro de Maero, el sábado a las once de la noche, tomando notas de todo lo que me resulte fascinante”²⁰³.

Una meta tiene mayores probabilidades de éxito cuando especifica claramente cuál es la acción a llevar a cabo, con qué frecuencia, qué duración, qué intensidad, en qué momento o situación se llevará a cabo, y cualquier otra indicación accesoria. La especificidad crea una suerte de puente verbal entre lo acordado en terapia y las situaciones específicas de la vida de la paciente en las que sucederá la acción.

Pasos pequeños y simples

Así como la irrelevancia y la ambigüedad son obstáculos para acción comprometida al plantear metas, también la intensidad y complejidad de las **actividades** planificadas pueden ser un obstáculo para su cumplimiento.

La intensidad se refiere al esfuerzo que una acción requiere (por ejemplo, el tiempo de práctica de piano o la velocidad al trotar), mientras que la complejidad es la cantidad de actividades accesorias que involucra (por

ejemplo, se requieren menos actividades accesorias para sacarse una muela que para casarse, más allá de toda discusión sobre qué actividad sería más dolorosa).

Al planificar es tentador pensar en cambios dramáticos en la vida del paciente, pero en general no es una buena idea. Ante todo, cuanto mayor sea la dificultad de la actividad menores chances tiene de llevarse a cabo, y mayor cantidad de obstáculos hay que resolver. Pero, además, **no es necesario** que los cambios sean drásticos. Acción comprometida consiste en la habilidad de orientar deliberadamente la acción hacia valores. Lo central es el sentido de las acciones efectivamente realizadas, mientras que su intensidad es secundaria: lo importante es que nuestros pies se muevan en la dirección deseada, más que la velocidad del viaje.

Antes que en acciones extraordinarias y heroicas es preferible centrarse en pasos pequeños, realizables, sustentables y consistentes, que de a poco vayan incorporando ese valor a la vida cotidiana de la persona. El valor estará allí de todos modos. La generosidad, por ejemplo, puede encarnarse en un gran acto heroico, como una enorme donación a una biblioteca, pero también puede encarnarse en acciones más cotidianas, más silenciosas: la propina al taxista, una moneda a quien pide.

Suele ser preferible un abordaje más paciente, proponiendo pasos pequeños, pero consistentes y deliberados, que hagan presente ese valor en la vida de la persona. Como hemos mencionado varias veces a lo largo del libro, los procesos son habilidades a aprender, y cualquier aprendizaje requiere empezar por lo sencillo y simple, antes de pasar a lo más desafiante y que involucra múltiples actividades. Si la paciente propone leer dos horas por día, propongan empezar por diez minutos; si querría ordenar toda su casa, propongan empezar por una habitación.

Kelly Wilson ha propuesto un criterio que siempre me ha gustado para seleccionar la intensidad de las actividades: elegir lo que podríamos hacer en nuestro **peor** día y usarlo como norma para todos los días. Si mi objetivo es leer regularmente, y lo que puedo leer en mis peores días es media página, entonces esa será la norma para planificar la actividad: leer media página por día. De esta manera nos aseguraremos de elegir una intensidad que resulte manejable incluso los días en los cuales el estado de ánimo no ayude en absoluto, enfocándonos más en la creación de hábitos y rutinas que en la intensidad.

Lo dicho aplica también con respecto a la complejidad de las actividades. Cuando una actividad involucra numerosas actividades accesorias es preferible descomponerla en actividades más simples. Por ejemplo, en lugar de "inscribirme a la carrera de psicología", podríamos descomponer la actividad en pasos más acotados: averiguar por las universidades cercanas en Internet, conseguir los planes de estudio, replantearse seriamente la elección, etc.

Acción comprometida y el resto de los procesos de flexibilidad

Todos los procesos de flexibilidad psicológica están en última instancia al servicio de facilitar y guiar la acción deliberada hacia valores. Trabajamos aceptación porque alojar un malestar nos permite avanzar hacia lo que valoramos sin tener que esperar a que los sentimientos cambien. Trabajamos defusión porque desenredarnos de las palabras facilita actuar aun cuando involucre incertidumbre o contradicción. Trabajamos contacto con el presente y self como contexto porque nos centran y ponen en mejor situación de lidiar con lo que la vida nos presenta fuera y dentro de la piel. Trabajamos con valores para identificar la dirección que tomará la acción y el propósito al que servirá. En cierto sentido, el resto de los procesos son medios para facilitar este fin.

Esto implica también que cuando haya problemas con acción comprometida, puede ser útil revisar lo que está pasando con resto de los procesos. Los terapeutas suelen frustrarse mucho frente a problemas con acción comprometida, especialmente cuando no se llevan a cabo actividades que habrían sido acordadas, y he escuchado más de una vez a terapeutas culpando de alguna manera más o menos sutil al paciente (las clásicas razones suelen ser "no tiene motivación", "en realidad así está cómodo"), o a sí mismas. Hacer eso tiene dos problemas: en primer lugar, es inconsistente con el modelo de flexibilidad psicológica; en segundo lugar, atribuir culpas es la forma menos resolutiva de lidiar con una situación.

Al lidiar con problemas con la acción comprometida es preferible realizar en primer lugar un análisis de la situación, corroborar si el entorno estaba preparado para recibir y sostener la acción, si la actividad estaba planteada de manera demasiado ambigua, la presencia de obstáculos externos, si el grado de dificultad de la actividad era adecuado, etc.

Muy especialmente es necesario detenerse en la participación de las habilidades de flexibilidad psicológica: ¿puede hacerle lugar al malestar que involucra la actividad? ¿Puede sostener con liviandad los pensamientos y reglas que obstaculizan la actividad? ¿Puede permanecer presente en la situación y observar los distintos aspectos de la experiencia? ¿Puede contactar con sus cualidades deseadas e identificar la conexión entre éstas y la actividad acordada?

Acción comprometida y aceptación

Estos dos procesos pueden parecer bastante similares, pero tienen énfasis ligeramente distintos que vale la pena mencionar aquí. Harold Robb, un estupendo clínico de ACT, en la lista de correos de la ACBS se ha referido a acción comprometida y aceptación como "disposición con los pies" y "disposición con el corazón", respectivamente. Esto es, disposición en términos de acciones, y disposición a los malestares que las acciones involucran.

Robb ejemplifica la distinción hablando de las personas que tienen fobia a volar: algunas personas no tienen disposición con los pies, es decir, ni siquiera se suben a un avión. Otras personas, en cambio, se suben al avión, pero se pasan el vuelo aferradas al asiento –es decir, no tienen disposición con el corazón, lo que falta en esos casos es el repertorio de sostener gentilmente las emociones difíciles que aparecen.

Al trabajar acción comprometida, no queremos que las actividades se lleven a cabo forzadamente, sino que queremos que sean elegidas –disposición con los pies **y** disposición con el corazón. Queremos asegurarnos de que nuestros pacientes estén dispuestos a hacerle espacio al malestar que las actividades conllevan. Por ejemplo, no tiene sentido terapéutico, y puede resultar contraproducente, llevar a cabo una actividad de exposición con una persona que no está dispuesta a experimentar el malestar que conlleva. La acción sin disposición es casi una tortura.

Esto no implica, por supuesto, que el malestar tenga que ser deseado o que tenga que gustarle, sino que meramente sea elegido. La pregunta clave es: *¿están dispuestos a sostener gentilmente el malestar que involucra actuar al servicio de los valores personales?*

Acción comprometida y otras intervenciones

Los tratamientos ACT suelen incluir todo tipo de intervenciones con soporte empírico. Los que se incluyen más frecuentemente son los procedimientos de exposición (en cualquiera de sus variantes), de control por estímulos, de activación conductual, y entrenamientos en habilidades específicas, pero cualquier recurso clínico con soporte empírico puede ser incluido para facilitar la acción hacia valores. Y dado que acción comprometida es el proceso en el cual nos ocupamos del cambio conductual, en él podemos y debemos incluir cualquier procedimiento de modificación de conducta con soporte empírico que sea relevante para el caso.

Por ejemplo, si estamos trabajando con una consulta por fobia simple, al llegar a acción comprometida podemos incluir procedimientos de exposición en vivo. Diseñaremos entonces una jerarquía y ayudaremos al paciente a llevar a cabo las actividades de la jerarquía como una forma de encarnar algo que es significativo para la paciente, como por ejemplo libertad y crecimiento, haciéndole lugar con apertura y curiosidad al malestar que la actividad de exposición va a generar, sosteniendo con ligereza cualquier pensamiento, estando presente en la situación y regresando a ella al desconectarse, desde un lugar de observación de la experiencia.

Se me podrá objetar que si de todos modos vamos a utilizar algún otro procedimiento específico con soporte empírico para el problema específico podríamos omitir ACT. Por ejemplo, si vamos a trabajar con trastorno de pánico podríamos trabajar directamente exposición interoceptiva y ahorrarnos el trabajo específico con los procesos de flexibilidad psicológica. Esto, en efecto, es completamente posible, y es algo que de hecho hago cuando estoy lidiando con motivos de consulta acotados, como por ejemplo una consulta por fobia específica sin muchas complejidades.

Pero trabajar cualquier procedimiento de cambio conductual (supongamos exposición en vivo) dentro del marco del modelo de flexibilidad psicológica ofrece ciertas ventajas clínicas. En primer lugar, al enmarcar la intervención en valores generamos una motivación que es de más largo alcance y más amplia que el objetivo de eliminar un trastorno o reducir la ansiedad²⁰⁴. En segundo lugar, trabajar el malestar como algo normal, utilizando algunos recursos experienciales que ilustren la diferencia entre luchar con el malestar y hacerle lugar, y presentar a los pensamientos como solo pensamientos, puede facilitar enormemente la tarea clínica. Fomentar y practicar el contacto con el momento presente puede ayudar a que la persona mantenga el contacto atencional con el estímulo en cuestión, y contactar con el self como contexto puede ayudarlo a tomar perspectiva sobre la situación. Presentar a la intervención en sí como acción comprometida, como pasos hacia la vida que quiere construir, puede cambiar completamente su sentido y la disposición de la persona a llevarla a cabo.

En el entorno clínico en el que trabajo es bastante inusual que la terapia se limite a un único objetivo específico: más bien suele suceder que alguien llega a terapia por síntomas de pánico, pero luego trae a colación dificultades interpersonales, y luego problemas vinculados a procrastinación. En un caso así, trabajar con ACT permite darle un marco coherente a todo el abordaje, reutilizar las mismas habilidades de flexibilidad psicológica para los distintos problemas clínicos, y ayudarnos a lidiar con problemas clínicos para los cuales no hay protocolos definidos a utilizar. Las habilidades de flexibilidad psicológica pueden potenciar el efecto de otras intervenciones, pero también hacer que la terapia sea más comprehensiva, que la paciente adquiera habilidades que podrá luego trasladar a otras situaciones y proporcionar un andamiaje general en el cual podemos integrar múltiples procedimientos.

Pero, justamente por este motivo, es aconsejable familiarizarse con los procedimientos de modificación conductual más relevantes para los motivos de consulta con los que vayamos a trabajar²⁰⁵. ACT proporciona un marco más efectivo para ciertas intervenciones, pero de poco sirve un marco sin nada que enmarcar. Por ejemplo, si vamos a trabajar con conductas obsesivo-compulsivas es aconsejable familiarizarse con exposición y prevención de respuesta, si vamos a trabajar con depresión es aconsejable familiarizarse con activación conductual y resolución de problemas, o familiarizarnos con entrenamiento en asertividad si vamos a trabajar con motivos de consulta relacionados con problemas interpersonales, etcétera.

Hasta ahora me estuve refiriendo más bien a *procedimientos*, pero acción comprometida también puede incluir otros abordajes terapéuticos con soporte empírico. Por ejemplo, acción comprometida en una paciente con diagnóstico de trastorno límite puede incluir comenzar un entrenamiento de habilidades psicosociales de terapia dialéctica conductual, mientras que para otra puede involucrar asistir a un grupo de terapia de resolución de problemas para depresión, y para un tercero comenzar a asistir a reuniones de Alcohólicos Anónimos. Por supuesto, hay abordajes más compatibles y otros menos compatibles con la perspectiva ACT, pero dado que ACT es un modelo bastante flexible, hay intentos de integraciones con una amplia gama de abordajes terapéuticos (por ejemplo, véase Parfy, 2012 o Stewart, 2014).

Interacciones en sesión

Este proceso puede facilitarse alentando a la paciente a identificar e incorporar a su vida cotidiana acciones que encarnen sus valores. Durante el tratamiento, el énfasis siempre está puesto en la acción valiosa –no en el cambio de sentimientos, no en el cambio de pensamientos, sino en llevar a cabo acciones guiadas por valores.

Una forma sencilla de implementar esto es terminar las sesiones con algún pequeño acuerdo de actividad, ya sea alguna acción que sea intrínsecamente significativa en la vida de la paciente o con alguna tarea entre sesiones que pueda ser vinculada con cualidades valiosas. Por ejemplo, una práctica de mindfulness puede ser planificada al servicio de practicar presencia con seres queridos.

De manera similar, es posible al inicio de la sesión acordar que la misma esté al servicio de algún fin valioso. Por ejemplo, durante los primeros minutos de sesión podemos acordar con el paciente que la sesión esté dedicada a que durante la semana pueda comenzar a escribir su novela, y durante el tiempo de sesión revisar obstáculos posibles, habilidades y recursos a utilizar, etcétera. De esta forma, la sesión entera se pone al servicio de facilitar una acción valiosa.

Mensajes terapéuticos

- *Nuestros valores sólo existen a través de acciones.*
- *Nuestras acciones crean la vida que queremos.*
- *Las acciones son independientes de los sentimientos y pensamientos.* Este es un punto útil cuando la perspectiva del paciente es que debe sentirse de determinada manera para poder actuar de determinada manera (por ejemplo, que debe sentir ganas o entusiasmo para actuar).
- *Las acciones llevan a las cualidades o disposiciones deseadas:* cuando un paciente enfatiza mucho una cualidad deseada como "confianza" o "valentía", podemos recordar el consejo de Aristóteles en la Ética a Nicómaco "Las virtudes (...) las recibimos después de haberlas ejercitado primero. Lo mismo que en las artes (...), los hombres se hacen constructores construyendo y citaristas tocando la cítara. Pues bien, de esta manera nos hacemos justos realizando acciones justas y valientes". Esto es, las cualidades y disposiciones pueden adquirirse "de afuera hacia adentro", con las acciones generando el hábito y la predisposición. Si quiero ser una persona amable, no necesito esperar a *sentir* impulsos de ser amable, sino que puedo **actuar** amablemente, lo cual eventualmente puede llevar a que los impulsos y tendencias de amabilidad sean más frecuentes –o quizá no, pero en cualquier caso tendremos la cualidad de amabilidad de las acciones.
- *No importa qué tan grandes sean los pasos sino su dirección.*
- *Es preferible dar pasos pequeños pero consistentes antes que saltos extraordinarios pero infrecuentes.*

Metáforas

Las metáforas en acción comprometida giran en torno a la idea del foco en el proceso más que en el resultado, en la acción versus sentimientos y pensamientos, y en la persistencia, entre otros temas.

Hay una analogía con la que me gusta jugar, y que hemos utilizado hace unos años en un libro de ACT con adolescentes (Mandil et al., 2017), y que de manera adaptada presento más o menos así:

¿Has tenido alguna vez una alcancía? De niño he tenido varias. Algunas eran más sofisticadas, figuras de arcilla que era necesario romper para sacar el dinero. Otras eran más sencillas, como botellas de plástico con una ranura para introducir monedas. En cualquier caso, la forma de una alcancía es irrelevante, ya que lo importante, su valor real depende de lo que hacemos con ellas: una alcancía se vuelve valiosa sólo cuando ponemos algo en ella. Nuestras acciones la hacen valiosa.

Nuestros valores, las cosas que nos importan, funcionan de manera similar. Una alcancía es lo que deseamos en las relaciones interpersonales, otra lo que queremos para nuestra carrera, otra lo que queremos para nuestra comunidad. Pero en lugar de recibir monedas, esas alcancías se vuelven valiosas con nuestras acciones, con el tiempo y el esfuerzo que les dedicamos. No importa cuánto pongamos en ella, lo que importa es que nos ocupemos de ellas. Al igual que con las alcancías, a veces podemos poner más, a veces podemos poner menos. Sabemos que una alcancía es importante cuando nos ocupamos de ella, aunque no tengamos mucho que poner, aunque solo podamos disponer de una moneda de un centavo. Cada vez que depositamos algo en ella estamos volviéndola importante.

Supongo que la pregunta que querría que consideremos es esta: si pudieras hacer que alguna de tus alcancías se volviera valiosa esta semana, ¿qué alcancía elegirías y qué acción la volvería valiosa?

Esta mercantil analogía me gusta por la idea implícita de que los valores no son intrínsecamente relevantes, sino que se vuelven relevantes a través de las acciones que "depositamos" en ellos. Adicionalmente tiene como ventaja que se puede hacer corpórea, al estilo de economía de fichas, utilizando recipientes como alcancías, una por cada valor o ámbito vital valioso, y depositando en ellas monedas o papeles escritos cada vez que se lleve a cabo una acción deliberada hacia ese valor.

Otra metáfora frecuentemente utilizada es la de la huerta (Hayes et al, 2012, p. 330):

Imagina que has seleccionado un lugar para plantar una huerta. Trabajaste la tierra, plantaste las semillas y esperaste a que brotaran. Mientras tanto, comenzaste a notar otro lugar que también parecía un buen lugar para un jardín, tal vez incluso uno mejor. Entonces, sacaste tus verduras de la tierra y plantaste otro jardín allí. Entonces notaste otro lugar que se veía aún mejor y repetiste el proceso.

Los valores son como el lugar donde cultivas tu jardín. Algunas cosas se pueden cultivar muy rápidamente, pero otras requieren tiempo y dedicación. Entonces, la pregunta es '¿Quieres vivir comiendo lechuga o quieres vivir de algo más sustancioso: papas, remolachas o cosas por el estilo?' No puedes cultivar nada muy significativo cuando tienes que volver a comenzar una y otra vez.

Ahora, por supuesto, si te quedas en un mismo lugar, comenzarás a notar sus imperfecciones. Tal vez el suelo no esté tan nivelado como parecía cuando comenzaste, o el agua para riego queda muy lejos. Algunas de las cosas que siembras pueden parecer que tardan una eternidad en aparecer. En momentos como estos, tu mente te dirá "deberías haber plantado en otro lugar", "esto probablemente nunca funcionará", "fue una estupidez por tu parte pensar que podrías cultivar cualquier cosa aquí", etc. La opción de cultivar una huerta aquí te permite regar y desmalezar incluso cuando aparecen estos pensamientos y sentimientos. Estás construyendo algo más grande. No solo estás regando, estás regando tu jardín. No solo estás removiendo la tierra, estás removiendo la tierra en tu jardín.

Esta historia suele usarse para ilustrar el vínculo entre las pequeñas acciones y el patrón general que se intenta desarrollar. También se puede utilizar para señalar que construir patrones requiere tiempo y persistencia en la elección.

Ejercicios experienciales y actividades

Si bien hay un buen número de metáforas e historias que ilustran aspectos clave de acción comprometida, no conozco ejercicios experienciales específicos de este proceso. Los ejercicios que suelen utilizarse se refieren más bien a los aspectos de otros procesos que pueden ser relevantes para la acción, como por ejemplo ejercicios de contacto con valores, o ejercicios que generan alguna incomodidad (como el ejercicio de contacto visual) para practicar disposición ante el malestar que puede despertar la acción, o ejercicios de defusión (como el de llevar a cabo una acción mientras se sostiene el pensamiento opuesto) para practicar actuar en presencia de pensamientos difíciles, y otros por el estilo.

En cambio, en este proceso abundan las planillas de planificación de actividades y registros de todo tipo. Una de mis favoritas es presentada por Ciarrochi y Bailey (2008, p. 150), que es una suerte de plan diario para incorporar valores a la vida cotidiana. La planilla se completa al comenzar el día, eligiendo un valor y una acción, y se revisa a la noche para evaluar la consistencia. En sí, consiste en responder a las siguientes preguntas:

Comienzo del día

- *Este día, ¿qué valor te gustaría poner en juego?*
- *¿Qué acción o acciones concretas querrías realizar para poner este valor en juego?*
- *¿Qué pensamientos y sentimientos surgen que podrían ser barreras para esta acción o acciones?*
- *¿Estás dispuesto a convivir hoy con los pensamientos y sentimientos que surjan como resultado de tu acción comprometida?*
 - o *Si la respuesta es Sí: avanza con tu viaje y experimenta lo que sucede*
 - o *Si la respuesta es No, elige otra acción valiosa y repite este ejercicio.*

Fin del día

- *Durante este día, ¿qué tan consistentes han sido mis acciones respecto a mi dirección valiosa? Calificarlo de 1 (nada consistente) a 5 (muy consistente)*

Este formato de planilla me resulta particularmente atractivo porque me gusta la idea de pensar en términos acotados pero significativos: una acción valiosa que se pueda llevar a cabo hoy. Una acción que haga que, aún si el resto del día haya sido una pesadilla, algo en él haya valido la pena.

El grueso de acción comprometida se lleva a cabo a través de conversaciones clínicas en las cuales exploramos formas en las cuales los pacientes pueden llevar sus valores a la práctica. Siguiendo muy de cerca las sugerencias de Moran y colaboradores (2018) sugeriría los siguientes pasos para planificar y llevar a cabo acciones comprometidas:

1. Identificar los valores relevantes.
2. Identificar una actividad o diseñar una meta que encarne el valor elegido y que se ajuste a los criterios anteriormente descriptos para las metas (especificidad, pasos pequeños).
3. Anticipar potenciales barreras externas e internas.
4. Vincular las barreras con estrategias ACT específicas que puedan ser utilizadas para lidiar con ellas, y considerar recursos adicionales que pudieran ser necesarios para lidiar con otros obstáculos.
5. Obtener un compromiso explícito para la acción elegida.
6. Llevar a cabo acciones complementarias que faciliten la acción elegida, como agendar la actividad, utilizar recordatorios, involucrar ayuda del entorno social, etc.
7. Una vez realizada la acción, revisar y reflexionar sobre ella (qué aprendió, qué fue nuevo, qué sentimientos surgieron al involucrarse con una acción valiosa).
8. Si la acción no fue llevada a cabo exitosamente, determinar si hubo una desconexión de valores, si la meta necesita ser reformulada o ajustada, o si hay barreras adicionales que necesiten ser abordadas.

²⁰¹ No he visto hasta ahora que ningún modelo de psicoterapia deliberadamente se publicite como una intervención inútil en términos de cambios concretos –por lo general cuando eso sucede es de manera ajena a la voluntad de sus proponentes.

²⁰² Por inercia, me refiero a esto: crucen los brazos como lo hacen habitualmente. A continuación, inviertan el cruce, de manera que el brazo que estaba arriba quede abajo. Noten lo incómodo, lo poco natural que se siente. Con una inercia similar tenemos que lidiar cada vez que reemplazamos una nueva actividad en una rutina largamente establecida.

²⁰³ ¿Por qué ponen esa cara? ¿Conocen una mejor manera de pasar un sábado a la noche?

²⁰⁴ De hecho, si el objetivo es meramente reducir la ansiedad, el camino más efectivo es, de hecho, evitar. Pero si el objetivo es vivir una vida valiosa el panorama cambia completamente.

²⁰⁵ Personalmente, sostengo la tesis que conocer los principios (digo los principios, no solo los procedimientos) de exposición y activación conductual sirve para lidiar con el 99% de los problemas clínicos. Es una tesis por la cual no apostaría ni dos pesos, pero sirve para iniciar charlas en las fiestas de los congresos académicos.

CAPÍTULO 24: INTEGRANDO LOS PROCESOS DE FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA

El trabajo clínico de ACT involucra desarrollar los procesos de flexibilidad psicológica para que la paciente pueda crear una vida valiosa mediante acciones que encarnen sus valores. Las habilidades de flexibilidad psicológica facilitan una soltura de movimientos que permite abordar mejor toda situación clínica relevante a ese fin. Por ejemplo, una decisión dilemática puede ser mejor abordada si estamos en contacto con los valores involucrados, si podemos defusionarnos de mandatos sociales; llevar a cabo una actividad desafiante por primera vez puede ser más accesible si adoptamos una posición de apertura con respecto al malestar que puede generar y podemos defusionarnos de los pensamientos de incertidumbre.

Cuanto más procesos abarquemos y más los desarrollemos, más navegable será cualquier situación. Esto es así porque los seis procesos son inseparables. Para decirlo con una analogía, podemos pensar en cada uno de los procesos de flexibilidad psicológica como la cara de un dado. Al mirar un dado podemos enfocarnos en una u otra de sus caras, pero las demás estarán presentes, aunque no sean inmediatamente visibles. Por ejemplo, podemos realizar un ejercicio dirigido a explorar valores, pero que implícitamente involucra aceptación del malestar y defusión de lo que la mente dice al respecto.

Parte de la terapia consiste en generar un contexto que propicie el traer el conjunto completo de habilidades de flexibilidad a la vida cotidiana cuando sea relevante hacerlo. Supongamos que estamos trabajando con un paciente con ansiedad social que se encuentra en el umbral de una situación clínicamente relevante como, por ejemplo, tener una conversación difícil con un superior en el trabajo. Lo que querríamos que pudiera hacer en ese momento sería una suerte de coreografía que involucraría los siguientes pasos:

1. Traer su atención al momento presente, quizá con unos segundos de atención a la respiración.
2. Notar lo que está experimentando en su cuerpo en ese momento, las sensaciones físicas o sentimiento de ansiedad o de vergüenza, como experiencias temporales.
3. Recibir esos sentimientos y sensaciones con gentileza y compasión, notando y dejando ir cualquier tendencia de lucha o control.
4. Notar lo que está diciendo su mente y etiquetarlo como tal, desenredándose de explicaciones, juicios y predicciones.
5. Conectar con sus valores en ese escenario, con el fin involucrado y con las cualidades con que querría atravesar ese tipo de situaciones.
6. Repasar las acciones consistentes con ese valor (por ejemplo, mirar a los ojos, evitar disculparse en exceso, ser asertivo con sus necesidades) y notar cada vez que durante esa conversación se aleje de ellas.

Esta pequeña secuencia, que puede llevarse a cabo en algunos pocos minutos, y que puede invocarse de manera fragmentaria y abreviada durante la conversación, puede facilitar enormemente que la paciente actúe en sintonía con la persona que quiere ser, con las cualidades que más valora. Esto no garantiza que la conversación vaya a tener resultados positivos, sino que la conversación habrá encarnado cualidades valiosas (aunque, por supuesto, la flexibilidad tiende a ser más efectiva que la rigidez en términos de resultados). Desarrollar las habilidades que integran esta coreografía, hacer que su uso sea fluido e integrado, es el corazón del trabajo clínico; si bien el objetivo es claro, el tiempo y esfuerzo que requiera dependerá de las características particulares del paciente y su contexto.

Clínicamente queremos generar un contexto de interacción en el cual estas habilidades sean tan cotidianas y automáticas como respirar, encarnándolas nosotros mismos, transmitiéndolas, y alentando que sean generalizadas al resto de la vida utilizando cualquier recurso técnico disponible.

Por este motivo, el problema clínico más frecuente en ACT es lo que podríamos llamar en términos generales el **atasco**. En la clínica de ACT todo el tiempo nos atascamos con algún proceso: se nos hace difícil generar aceptación, no logramos que un paciente pueda defusionarse de sus pensamientos, no logramos que permanezca en el momento presente o que se despegue de su historia, las exploraciones de valores no resultan fructíferas, o no logramos ayudar a que se lleve a cabo una acción valiosa.

Una sugerencia general que suelo hacer para lidiar con los atascos es **mirar hacia otro lado**. Mirar hacia otro lado quiere decir que, cuando nos atascamos con un proceso en particular, en lugar de obstinarnos con él evaluemos qué está pasando con el resto de los procesos. Las más de las veces, lo que obstaculiza avanzar con un proceso es una dificultad en alguno de los otros, por ejemplo, cuando no podemos avanzar con valores porque aún hay mucha fusión.

Estos son algunos ejemplos de cómo cada proceso puede verse afectados por dificultades en otros:

Obstáculos para Aceptación

- Fusión con evaluaciones sobre el malestar (como peligroso o indeseable, por ejemplo).
- Poca claridad con respecto a por qué la aceptación es importante, al servicio de qué valores está.
- Falta de contacto con los efectos y costos valiosos de luchar con el malestar.

Obstáculos para Valores

- Fusión con metas emocionales y de evitación de malestar.
- Fusión con autodefiniciones y exigencias sociales.
- Dificultad para adoptar una perspectiva flexible (por ejemplo, imaginarse en el futuro).

Obstáculos para Defusión

- Falta de contacto con el costo en términos de valores que tiene comprar un pensamiento.
- Dificultad para observar a las experiencias internas desde una perspectiva de self como contexto.
- Ausencia de una dirección clara en la cual actuar al defusionarse.

Obstáculos para contacto con el presente

- Fusión con metas de control emocional ("estar tranquilo").
- Foco en resolución de problemas y resultados.
- Vínculos escasos con la finalidad valiosa de contactar con el presente.

Obstáculos para self como contexto

- Fusión con reglas sociales.
- Dificultad de ver a los pensamientos como tales.
- Dificultades para lidiar con malestares.

Obstáculos para acción comprometida

- Dificultades lidiando con el malestar.
- Fusión con razones y evaluaciones.
- Poco contacto con valores.
- Funcionar "en piloto automático" con poco contacto con el presente.

De manera que la recomendación general podría resumirse así: al atascarse con un proceso, revisen en primer lugar qué está pasando con los otros.

CAPÍTULO 25: SIGUIENDO EL CAMINO ACT

Una pregunta que suelo escuchar al final de los talleres introductorios a ACT es cómo continuar y profundizar el manejo del modelo, y de esto me querría ocupar en este capítulo final.

ACT es un modelo relativamente sencillo de aprender: involucra seis procesos centrales claramente definidos, y proporciona guías claras sobre cómo trabajar cada uno. Pero al mismo tiempo, el aprendizaje de ACT es interminable. Cada proceso ofrece siempre nuevas sutilezas a explorar, hay diferentes formas de abordar el tratamiento, de organizarlo y de llevarlo a cabo de manera más efectiva. Quizá sea solo mi experiencia, pero después de varios años de estudiar y trabajar con el modelo, aún sigo aprendiendo cosas nuevas.

Por suerte, para quien quiere formarse en ACT la situación actual es interesante en términos de accesibilidad. Si bien la situación puede cambiar en el futuro, actualmente no hay ninguna restricción por *copyright* para enseñar y trabajar con el modelo, lo cual significa que cualquier persona puede enseñar y entrenar en ACT. La ACBS tiene un sistema de revisión por pares para certificar entrenadores, pero la participación en el sistema es voluntaria y sirve como aval de la idoneidad de la persona que entrena, no se trata de un requisito legal para enseñar ACT.

Lo mismo sucede con la práctica clínica: no hay una certificación *oficial* en ACT. Cuando una persona se autodenomina “terapeuta ACT” se refiere a que ha aprendido ACT de alguna manera, en cursos o posgrados, pero no que cuenta con una certificación oficial de la ACBS. No se puede ser “terapeuta ACT” de manera oficial porque simplemente no existe tal certificación (lo cual no impide que instituciones particulares emitan certificados de ese tenor, sino que significa que la validez de tal certificación está limitada al alcance de cada institución).

La ausencia de certificación oficial desanima a algunas personas –creo que es porque nos gustan los sellitos y certificaciones, pero al igual que la ausencia de restricciones para entrenar en el modelo, tiene su razón de ser.

Ambos aspectos (la ausencia de certificación oficial para entrenar o para atender) cumplen con la misma función. Con frecuencia los modelos de psicoterapia en los que hay un *copyright* centralizado tienen sistemas oficiales que controlan quién puede denominarse entrenador o terapeuta de ese modelo. Esto tiene sus ventajas y desventajas. La ventaja principal es que se preserva la fidelidad: estandarizar los sistemas de evaluaciones para entrenadores y terapeutas permite imponer algunos requisitos mínimos uniformes. La desventaja es la falta de control: que ACT no certifique entrenadoras ni terapeutas significa que alguien puede proporcionar entrenamiento en ACT sin conocer mucho del modelo, o que puede llamarse terapeuta ACT sin haber jamás asistido a un taller o curso, porque no hay un control centralizado de la formación.

Por otro lado, las desventajas de un sistema de certificación son varias y creo que superan a las ventajas. En primer lugar, las certificaciones encarecen y restringen la circulación de un modelo: si sólo las personas que pueden permitirse realizar la certificación oficial (que suele ser larga y costosa) pueden enseñar o acreditarse como terapeutas de ese modelo, el modelo llegará a menos profesionales y por tanto estará menos disponible para la población general. Dicho más sencillamente: cuando certificarse es obligatorio y costoso, el modelo termina siendo accesible solo para personas con dinero. Esto es una desventaja seria para trabajar con el modelo en regiones empobrecidas.

La otra desventaja tiene que ver con el desarrollo del modelo. Estos sistemas centralizados terminan generando una situación vertical en la cual quienes poseen la facultad de otorgar certificaciones influyen fuertemente el futuro del modelo: qué es lo canónico del modelo, qué desarrollos conceptuales se siguen o se prohíben, cuáles son los requisitos y costo de formación, etc. Si quien posee legalmente el *copyright* del modelo y la propiedad de la asociación profesional que certifica se despierta de malhumor un día y decide que la certificación en una técnica terapéutica cueste cien mil dólares, no hay mucho que la comunidad pueda hacer al respecto²⁰⁶.

Si usáramos una analogía con los softwares de sistemas operativos: esos modelos funcionan como Apple, en las cuales se decide de manera unilateral qué aplicaciones acceden su ecosistema y de qué manera funcionan sus aparatos; los cambios y modificaciones no aprobados son desalentados o castigados. ACT en cambio se parece más a Linux: un modelo horizontal y abierto que alienta activamente los aportes de la comunidad. Un poco más caótico, un poco menos elegante, pero también más libre y más útil para adaptarse a entornos cambiantes y para aplicar en lugares en los cuales no sobran los recursos económicos.

De manera que formarse en ACT es algo relativamente accesible y diverso en la cantidad de vías de acceso.

La primera sugerencia que les daría sobre formación sería esta: no se queden solo con leer libros de ACT o con clases conceptuales sobre el modelo, sino que participen también de talleres o cursos que tengan aspectos experienciales. No hay ninguna razón mística para esto, sino que ciertos aspectos cruciales son casi imposibles de transmitir de manera conceptual y requieren un abordaje experiencial, de práctica guiada, de ensayo y error.

Si no tienen posibilidad de acceder a talleres experienciales, o como complemento a ellos, pueden utilizar algunos de los libros de autoayuda basados en ACT para experimentar el modelo del lado de quien lo recibe. Por ejemplo, *Una vida valiosa* (O’Connell, 2018), o *Una mente liberada* (Hayes, 2019a) pueden ser excelentes puntos de partida.

También existen grupos de práctica de ACT, basados en el modelo Portland (Thompson et al., 2015), que consisten en reuniones periódicas estructuradas para practicar habilidades entre terapeutas, y que son una estupenda manera de aprender por medio de la observación y la práctica y de contar con apoyo social en el proceso. Los grupos Portland son iniciativas espontáneas sin una organización central, pero pueden consultar en la ACBS por grupos Portland en su área, o pueden crear uno invitando a colegas que tengan interés en el modelo²⁰⁷.

Con respecto a lecturas, hay algunas que me han resultado extremadamente útiles para comprender algunos aspectos del modelo y que quizá también les sirvan. En primer lugar, están los libros de ACT, me refiero a las dos ediciones de *Acceptance and Commitment Therapy*²⁰⁸, de Hayes, Strosahl, y Wilson. A pesar de que en rigor son ediciones del mismo libro, hay tantas diferencias entre ambas que resultan prácticamente libros distintos (por

ejemplo, en la primera edición ni siquiera se menciona el hexaflex, que en cambio ocupa un lugar prominente en la segunda), por lo cual vale la pena revisar ambas y notar los cambios conceptuales entre una y otra.

Otro libro que me ha resultado muy útil es *Learning ACT*, escrito por Luoma, Hayes y Walser, que va ya por la segunda edición. Es un estupendo libro que está dirigido a desarrollar competencias clínicas, presentando numerosos ejemplos y situaciones a resolver. En la misma línea, *ACT in Steps*, de Twohig, Levin, y Ong, es un excelente libro que ofrece una versión manualizada de ACT con instrucciones sesión por sesión, y con abundantes y excelentes indicaciones clínicas. Los libros de Russ Harris, más notablemente *ACT Made Simple*, también son un excelente recurso para dar los primeros pasos en ACT. Harris escribe en un estilo muy sencillo y directo, ofreciendo herramientas fáciles de implementar en la clínica.

Haría una mención aparte para *Mindfulness for Two*, de Kelly Wilson, un libro cuyo título desafortunado induce a los lectores a creer erróneamente que se trata de un libro de terapia de parejas, pero que en realidad se refiere a la terapia como un espacio de atención plena entre dos personas: paciente y terapeuta. No proporciona tantos ejercicios, sino que más bien se ocupa de la presencia terapéutica y las cualidades de la relación terapéutica que caracteriza a ACT. Si vienen del campo de la terapia de conducta, el libro ofrece estupendas conceptualizaciones conductuales que rozan el campo del interconductismo, y el estilo densamente personal de Wilson hace que sea una estupenda referencia para todo lo que es el *cómo* de un tratamiento ACT.

Otro libro que se ha convertido instantáneamente en un clásico es *Mastering the Clinical Conversation* (Villatte et al., 2016), un libro que se ocupa exclusivamente de la conversación terapéutica, omitiendo toda mención específica a ACT. El libro se apoya en RFT para facilitar mediante la conversación terapéutica aspectos clave de la flexibilidad psicológica: facilitar análisis funcionales, aumentar la motivación, facilitar aceptación, etcétera.

Por otra parte, hay decenas de libros de ACT dedicados a temas específicos, como depresión, ansiedad, problemas alimentarios, estrés, etcétera. Todos son muy similares, porque el modelo en sí es siempre el mismo (ese es el chiste de que sea transdiagnóstico), pero en esos libros pueden encontrar algunos recursos para lidiar con aspectos clínicos típicos en cada uno de esos temas.

Estos son sólo algunos libros para comenzar; hay decenas de libros publicados sobre ACT. Mi sugerencia, si están dando sus primeros pasos en ACT, sería que se familiarizaran con los libros básicos y generales, que leyeran alguno de los libros de autoayuda, que participaran en talleres y/o en grupos Portland, y que consulten los libros específicos de los problemas clínicos con los que suelen trabajar.

Si les interesa RFT, mi primera recomendación sería *Learning RFT*, de Niklas Törneke, que proporciona una introducción general y aplicaciones clínicas de RFT. Ahora bien, si les interesa *mucho* RFT pueden consultar el libro original, *Relational Frame Theory* de Hayes, Barnes-Holmes & Roche. Es el equivalente a leer el manual de instrucciones de una cafetera: una lectura extraordinariamente densa y técnica, pero imprescindible si realmente quieren saber cómo funciona. Algo un poco menos abrumador es el tutorial introductorio a RFT de Eric Fox, una clase online interactiva que ofrece de manera ilustrada los conceptos básicos de RFT.

Además de estas recomendaciones específicas, de manera general les diría que familiarizarse con el conductismo y el análisis de la conducta puede ayudarlas a mejor comprender el modelo. Hay literalmente centenares de libros sobre el tema, pero los libros de Charles Catania (*Learning*), Jay Moore (*Conceptual Foundations of Radical Behaviorism*), y William Baum (*Understanding Behaviorism*) están entre mis preferidos.

De manera similar, familiarizarse con modelos terapéuticos afines a ACT puede aportar herramientas clínicas útiles. A título personal diría que mi forma de trabajo ha sido influida positivamente por Terapia Dialéctico Conductual (DBT) y los abordajes de activación conductual (como BATD), entre otros. Similarmente, el campo de la terapia cognitivo conductual en general, los abordajes basados en mindfulness, terapia enfocada en la compasión, psicoterapia funcional analítica, entrevista motivacional, terapia metacognitiva, terapia de esquemas, entre otros, pueden proporcionar herramientas muy útiles para la clínica de ACT. Debería aclarar aquí que el eclecticismo teórico, la mezcla de modelos, no es algo que me agrade demasiado. Las más de las veces termina generando abominaciones ad-hoc que generan un importante desparramo de ideas en la cabeza de terapeuta y paciente y entorpecen más de lo que ayudan.

Lo que estoy sugiriendo es que incorporar procedimientos e intervenciones de otros modelos desde la perspectiva conceptual de ACT puede enriquecer nuestro acervo de recursos y ayudarnos a lidiar con situaciones clínicas específicas. Rigurosidad conceptual, y apertura técnica. Tener los objetivos y principios en claro, e incorporar cualquier herramienta técnica que nos ayude.

Como mencioné al principio de este libro, ACT es tan sólo un aspecto de los múltiples que abarca la Ciencia Contextual Conductual, por lo cual también hay una notable literatura sobre aspectos que van más allá de la clínica. Por ejemplo, el libro *Prosocial*, de Atkins y colaboradores, presenta una estupenda plataforma para mejorar el funcionamiento de grupos de todo tipo, una intervención basada en ciencia conductual contextual, teoría de la evolución y principios de economía política²⁰⁹.

Otro libro en extremo interesante es *Evolution & Contextual Behavioral Science*, de Wilson y Hayes, en donde se consideran tópicos como aprendizaje, emociones, organizaciones, etc., con un formato muy simpático: cada tópico es abordado de manera separada por una persona que pertenece al campo de la teoría de la evolución y por una persona más cercana a la ciencia contextual conductual, tras lo cual tiene lugar un pequeño debate moderado entre ambas posiciones.

Finalmente, si les interesa profundizar más en el sustrato filosófico de la ciencia contextual conductual, mi sugerencia sería que visitaran *World Hypotheses*, de Stephen C. Pepper, el texto en el cual se apoya el contextualismo funcional en el que se basa toda la ciencia conductual contextual, que a su vez es una interpretación del contextualismo que Pepper presenta en ese libro. Es un libro de ardua lectura, que no se trata de psicología y no es específico del contextualismo funcional, pero está poblado por brillantes intelecciones y consideraciones sobre la pluralidad filosófica.

Además de todo esto, volvería a recomendar que se afiliaran a la ACBS, o que al menos visiten el sitio web, que es una cornucopia construida colectivamente, con protocolos de tratamiento, recursos clínicos de todo tipo, un

repositorio de publicaciones científicas, y una lista de correos sostenida por una comunidad en la cual siempre hay alguien dispuesto a contestar inquietudes, dar una mano, o al menos orientarnos en la dirección correcta.

²⁰⁶ Y de hecho no estoy usando un ejemplo inventado, sino un caso real, véase Pignotti (2007).

²⁰⁷ En www.grupoact.com.ar pueden acceder gratuitamente a una guía sobre cómo organizar un grupo Portland con colegas.

²⁰⁸ Para varios de estos libros hay traducciones al castellano, y de a poco diversas y estupendas iniciativas generan nuevas traducciones. Aquí me limitaré a mencionar las ediciones en el idioma que las he conocido, pero basta una rápida búsqueda por internet para encontrar las traducciones que estuvieran disponibles.

²⁰⁹ Si me perdonan la inmodestia, con un amigo músico hemos publicado un breve libro en castellano sobre el tema, en el cual aplicamos los principios de Prosocial para mejorar el funcionamiento de grupos musicales, llamado ***Pugliese, Pugliese, Pugliese***, que puede servirles como introducción al tema.

EPÍLOGO

He querido escribir un libro que sea útil. He querido poner por escrito la mayoría de las cosas que querría que mis alumnos supieran: el contexto conceptual de ACT, su historia, las intervenciones. El tiempo dirá si he logrado ese objetivo. Alguna vez escribí que en realidad no me importa ACT, y querría repetir aquí algunas de las razones que en su momento esgrimí.

No me dedico a la psicología para defender una teoría ni para cuidar la reputación de quienes la formularon. Las ideas me gustan para pensar y jugar con ellas, no para seguirlas ciegamente.

No tengo muy en claro cuáles fueron los caminos que me trajeron a esta disciplina, pero tengo en claro por qué sigo en ella: en primer lugar, porque conozco de primera mano el sufrimiento, pero más que nada, porque conozco de primera mano el sufrimiento de otras personas. Conozco el dolor de ver personas que me importan abandonando proyectos deseados por sentir pánico, o verlas lidiar con la soledad por la dificultad que presenta la ansiedad social. Conozco el dolor de ver personas a las que adoro torturadas por una creencia o un recuerdo.

Pero hay más. He visto, una y otra vez, a esas personas recurriendo a terapias que no las ayudan. Terapias en las que transcurren años sin que haya cambios perceptibles. Terapias que terminan voluntaria o involuntariamente fomentando el uso crónico de medicamentos (los mejores aliados de los laboratorios son las psicoterapias ineficaces), o una penosa dependencia del terapeuta. Terapias que culpan al paciente por su sufrimiento, o que fomentan una actitud terriblemente poco compasiva por parte del terapeuta.

Nuestra profesión nos pone en una situación tantálica, en la cual no podemos ayudar a quienes más querríamos ayudar. No puedo ayudar directamente a las personas que más quiero –no como psicólogo, al menos. Pero hay algo que sí puedo hacer: diseminar terapias que funcionen, hacerlas accesibles, hacerlas comprensibles, en la medida de mis posibilidades. Ayudar a otros terapeutas a ayudar de la mejor manera posible.

Por esos motivos considero que ACT es un medio para un fin, nada más. Enseño este modelo porque además de contar con una sólida evidencia, es una terapia que resulta amigable y accesible tanto para terapeutas con sensibilidades humanísticas como para terapeutas que buscan terapias con soporte empírico. Enseño este modelo porque promueve una posición sensible y compasiva hacia el malestar, porque es un modelo relativamente fácil de aprender, pero con una amplia gama de aplicaciones posibles, por lo cual puede servir de guía para todo tipo de situaciones clínicas y no sólo para situaciones puntuales. Lo enseño porque es un modelo abierto que permite el uso de intervenciones de otras tradiciones, proporcionando un marco teórico comprehensivo y coherente para su utilización.

Pero se trata de un modelo, y en última instancia, todos los modelos son inexactos. ACT es meramente un croquis que sirve para encontrar la salida del laberinto que es el sufrimiento psicológico para los seres humanos (y este libro es un croquis de ese croquis).

Pero el mapa no es el territorio. Las investigaciones hasta ahora sugieren que el croquis que es ACT es útil y que para una buena parte de los problemas psicológicos es una buena opción, e incluso en algunos casos preferible a otros abordajes. Mientras las investigaciones sigan señalando lo mismo, seguiremos usando y difundiendo el modelo. Pero si aparecieran alternativas consistentemente mejores, si los recursos que usamos resultaran peores que otros, abandonemos el barco con presteza. No hay que encariñarse demasiado con los mapas.

No me importa ACT. Me importan las personas.

Gracias por haberme acompañado hasta aquí.

REFERENCIAS

- Andrusyna, T. P., Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., & Luborsky, L. (2001). The factor structure of the Working Alliance Inventory in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *10*(3), 173-178.
- Ansfield, M. E., Wegner, D. M., & Bowser, R. (1996). Ironic effects of sleep urgency. *Behaviour Research and Therapy*, *34*(7), 523-531. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8826759>
- Ash, J., & Lira Yoon, K. (2020). Negative emotions and emotion avoidance in victim derogation. *Personality and Individual Differences*, *154*(July), 109674. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109674>
- Atkins, P. W. B., Wilson, D. S., & Hayes, S. C. (2019). *Prosocial*. Context Press.
- Bach, P. A., & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(5), 1129-1139. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.5.1129>
- Bach, P. A., Hayes, S. C., & 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>
- Bach, P. A., & Moran, D. J. (2008). *ACT in practice : case conceptualization in acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications, Inc.
- Baglioni, C., Nanovska, S., Regen, W., Spiegelhalder, K., Feige, B., Nissen, C., Reynolds, C. F., & Riemann, D. (2016). Sleep and mental disorders: A meta-analysis of polysomnographic research. *Psychological Bulletin*, *142*(9), 969-990. <https://doi.org/10.1037/bul0000053>
- Bandura, A., Ross, D., & Ross, S. A. (1961). Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, *63*(3), 575-582. <https://doi.org/10.1037/h0045925>
- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Luciano, C., & McEntegart, C. (2017). From the IRAP and REC model to a multi-dimensional multi-level framework for analyzing the dynamics of arbitrarily applicable relational responding. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *6*(4), 434-445. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.08.001>
- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., & McEntegart, C. (2020). Updating RFT (More Field than Frame) and its Implications for Process-based Therapy. *Psychological Record*. <https://doi.org/10.1007/s40732-019-00372-3>
- Barnes-Holmes, D., Waldron, D., & Barnes-Holmes, Y. (2009). Testing the Validity of the Implicit Relational Assessment Procedure and the Implicit Association Test : Measuring Attitudes Toward Dublin and Country Life in Ireland. *The Psychological Record*, *59*, 389-406. <https://doi.org/10.1016/j.tetasy.2006.11.045>
- Barnes-Holmes, Y., McHugh, L., & Barnes-Holmes, D. (2004). Perspective-taking and Theory of Mind: A relational frame account. *The Behavior Analyst Today*, *5*(1), 15-25. <https://doi.org/10.1037/h0100133>
- Bates, M. S., Edwards, W. T., & Anderson, K. O. (1993). Ethnocultural influences on variation in chronic pain perception. *Pain*, *52*(1), 101-112. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(93\)90120-E](https://doi.org/10.1016/0304-3959(93)90120-E)
- Batink, T., Jansen, G., & Peeters, F. P. M. L. (2015). Nieuwe generatie gedragstherapie, nieuwe generatie meetinstrumenten: Een overzicht van beschikbare ACT-meetinstrumenten. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, *57*(10), 739-748.
- Baumeister, R. F., Smart, L., & Boden, J. M. (1996). Relation of Threatened Egotism to Violence and Aggression: The Dark Side of High Self-Esteem. *Psychological Review*, *103*(1), 5-33. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.103.1.5>
- Beck, A. T. (1963). Thinking and Depression. *Archives of General Psychiatry*, *9*(4), 324. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1963.01720160014002>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (19th ed.). Desclée De Brouwer.
- Biddle, S. J. H., & Asare, M. (2011). Physical activity and mental health in children and adolescents: A review of reviews. *British Journal of Sports Medicine*, *45*(11), 886-895. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2011-090185>
- Biglan, A. (2015). *The Nurture Effect: how the science of human behavior can improve our lives and our world*. New Harbinger Publications, Inc.
- Biglan, A., & Hayes, S. C. (2016). Functional Contextualism and Contextual Behavioral Science. In R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & A. Biglan (Eds.), *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science*. Wiley Blackwell.
- Blackledge, J. T. (2007). Disrupting Verbal Processes: Cognitive Defusion in Acceptance and Commitment Therapy and Other Mindfulness-Based Psychotherapies. *The Psychological Record*, *57*(4), 555-576. <https://doi.org/10.1007/BF03395595>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *16*(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(4), 822-848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Cassidy, S., Roche, B., Colbert, D., Stewart, I., & Grey, I. M. (2016). A relational frame skills training intervention to increase general intelligence and scholastic aptitude. *Learning and Individual Differences*, *47*, 222-235. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2016.03.001>
- Catania, A. C. (2013). *Learning* (5th ed.). Sloan Publishing.
- Cía, A. H., Stagnaro, J. C., Aguilar Gaxiola, S., Vommaro, H., Loera, G., Medina-Mora, M. E., Sustas, S., Benjet, C., & Kessler, R. C. (2018). Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *53*(4), 341-350. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1492-3>

- Ciarrochi, J., & Bailey, A. (2008). *A CBT Practitioner's Guide to ACT: How to Bridge the Gap Between Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Deacon, B. J., Fawzy, T. I., Lickel, J. J., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2011). Cognitive defusion versus cognitive restructuring in the treatment of negative self-referential thoughts: An investigation of process and outcome. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *25*(3), 218–232. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.3.218>
- Del Rio João, K. A., de Jesus, S. N., Carmo, C., & Pinto, P. (2018). Sleep quality components and mental health: Study with a non-clinical population. *Psychiatry Research*, *269*, 244–250. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.020>
- Dimidjian, S., Barrera, M., Martell, C., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, *7*, 1–38. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104535>
- Dougher, M. J., Hamilton, D. A., Fink, B. C., & Harrington, J. (2007). Transformation of the Discriminative and Eliciting Functions of Generalized Relational Stimuli. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *88*(2), 179–197. <https://doi.org/10.1901/jeab.2007.45-05>
- Dymond, S., & Roche, B. (Eds.). (2013). *Advances in relational frame theory: research and application*. Context Press.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders*. New Harbinger Publications, Inc.
- Estes, W. K., & Skinner, B. F. (1941). Some quantitative properties of anxiety. *Journal of Experimental Psychology*, *29*(5), 390–400. <https://doi.org/10.1037/h0062283>
- Fanselow, M., & Sterlace, S. R. (2014). Pavlovian Fear Conditioning: Function, Cause, and Treatment. In F. K. McSweeney & E. S. Murphy (Eds.), *The Wiley Blackwell handbook of operant and classical conditioning*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Farmer, R. F., & Golden, J. A. (2009). The forms and functions of impulsive actions: Implications for behavioral assessment and therapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, *5*(1), 12–30. <https://doi.org/10.1037/h0100870>
- Feldman Barrett, L. (2017). *How emotions are made*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Finn, M., Barnes-Holmes, D., & McEnteggart, C. (2018). Exploring the Single-Trial-Type-Dominance-Effect in the IRAP: Developing a Differential Arbitrarily Applicable Relational Responding Effects (DAARRE) Model. *Psychological Record*, *68*(1), 11–25. <https://doi.org/10.1007/s40732-017-0262-z>
- Firth, J., Marx, W., Dash, S., Carney, R., Teasdale, S. B., Solmi, M., Stubbs, B., Schuch, F. B., Carvalho, A. F., Jacka, F., & Sarris, J. (2019). The Effects of Dietary Improvement on Symptoms of Depression and Anxiety: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychosomatic Medicine*, *81*(3), 265–280. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000673>
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Smit, F., & Westerhof, G. J. (2010). Mental health promotion as a new goal in public mental health care: A randomized controlled trial of an intervention enhancing psychological flexibility. *American Journal of Public Health*, *100*(12), 2372–2378. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.196196>
- Fonseca, S., Trindade, I. A., Mendes, A. L., & Ferreira, C. (2020). The buffer role of psychological flexibility against the impact of major life events on depression symptoms. *Clinical Psychologist*, *24*(1), 82–90. <https://doi.org/10.1111/cp.12194>
- Foody, M., Barnes-Holmes, Y., & Barnes-Holmes, D. (2012). The Role of Self in Acceptance & Commitment Therapy. In L. McHugh & I. Stewart (Eds.), *The Self and Perspective Taking: Contributions and Applications from Modern Behavioral Science* (pp. 125–142). Context Press.
- Ford, A. T., & Herrera, H. (2019). 'Prescribing' psychotropic medication to our rivers and estuaries. *BJPsych Bulletin*, *43*(4), 147–150. <https://doi.org/10.1192/bjb.2018.72>
- Freeman, D., Sheaves, B., Goodwin, G. M., Yu, L. M., Nickless, A., Harrison, P. J., Emsley, R., Luik, A. I., Foster, R. G., Wadekar, V., Hinds, C., Gumley, A., Jones, R., Lightman, S., Jones, S., Bentall, R., Kinderman, P., Rowse, G., Brugh, T., ... Espie, C. A. (2017). The effects of improving sleep on mental health (OASIS): a randomised controlled trial with mediation analysis. *The Lancet Psychiatry*, *4*(10), 749–758. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30328-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30328-0)
- Galea, S., Ahern, J., Nandi, A., Tracy, M., Beard, J., & Vlahov, D. (2007). Urban Neighborhood Poverty and the Incidence of Depression in a Population-Based Cohort Study. *Annals of Epidemiology*, *17*(3), 171–179. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2006.07.008>
- Garay, C. J. (Ed.). (2016). *Terapia cognitivo-conductual y farmacoterapia: Una guía para la combinación de tratamientos en salud mental*. Akadia Editorial.
- George, L. K., Blazer, D. G., Hughes, D. C., & Fowler, N. (1989). Social Support and the Outcome of Major Depression. *British Journal of Psychiatry*, *154*(4), 478–485. <https://doi.org/10.1192/bjp.154.4.478>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The Development and Initial Validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, *45*(1), 83–101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *18*(March), 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Harris, R. (2009). *Act Made Simple : An Easy-to-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Hawley, L. L., Padesky, C. A., Hollon, S. D., Mancuso, E., Laposa, J. M., Brozina, K., & Segal, Z. V. (2017). Cognitive-Behavioral Therapy for Depression Using Mind Over Mood: CBT Skill Use and Differential Symptom Alleviation. *Behavior Therapy*, *48*(1), 29–44. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.003>
- Hayakawa, S. I. (1990). *Language in Thought and Action* (Fifth). Harvest Original.
- Hayes, Steven C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, *12*, 99–110.
- Hayes, Steven C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. In S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W.

- Reese, & T. R. Sarbin (Eds.), *Varieties of scientific contextualism* (pp. 11–27). Context Press.
- Hayes, Steven C. (1995). Knowing selves. *The Behavior Therapist*, *18*, 94–96. <https://doi.org/10.1037/h0071001>
- Hayes, Steven C. (2019a). *A liberated mind*. Avery.
- Hayes, Steven C. (2019b). *Don't Like Meditation? Try This Instead*. Psychology Today. <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/get-out-your-mind/201904/don-t-meditation-try-instead>
- Hayes, Steven C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition* (Steven C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche (Eds.)). Kluwer Academic Publishers.
- Hayes, Steven C., Barnes-holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). Contextual Behavioral Science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *1*(1-2), 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>
- Hayes, Steven C., Brownstein, A. J., Zettle, R. D., Rosenfarb, I., & Korn, Z. (1986). Rule-governed behavior and sensitivity to changing consequences of responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *45*(3), 237–256. <https://doi.org/10.1901/jeab.1986.45-237>
- Hayes, Steven C., & Follette, W. C. (1992). Can functional analysis provide a substitute for syndromal classification? *Behavioral Assessment*, *14*(3-4), 345–365. <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Can+Functional+Analysis+Provide+a+Substitute+for+Syndromal+Classification#0>
- Hayes, Steven C., & Hofmann, S. G. (Eds.). (2020). *Beyond the DSM: Toward a Process-Based Alternative for Diagnosis and Mental Health Treatment*. Context Press.
- Hayes, Steven C., & Shenk, C. (2004). Operationalizing Mindfulness Without Unnecessary Attachments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 249–254. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bph079>
- Hayes, Steven C., & Strosahl, K. D. (Eds.). (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer.
- Hayes, Steven C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. The Guilford Press.
- Hayes, Steven C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Hayes, Steven C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Haynes, S. N., & O'Brien, W. H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, *10*(6), 649–668. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90074-K](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90074-K)
- Hendriks, A. L., Barnes-Holmes, Y., McEnteggart, C., De Mey, H. R. A., Witteman, C. L. M., Janssen, G. T. L., & Egger, J. I. M. (2016). The relationship between theory of mind and relational frame theory: Convergence of perspective-taking measures. *Clinical Neuropsychiatry*, *13*(1), 17–23.
- Hollon, S. D., Stewart, M. O., & Strunk, D. (2006). Enduring Effects for Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Depression and Anxiety. *Annual Review of Psychology*, *57*(1), 285–315. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190044>
- Hooper, N., & Larsson, A. (2015). *The Research Journey of Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*. Palgrave Macmillan UK. <https://doi.org/10.1057/9781137440174>
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J., & Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review*, *23*(5), 699–717. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00070-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00070-9)
- Howard, L. M., Oram, S., Galley, H., Trevillion, K., & Feder, G. (2013). Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, *10*(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001452>
- Hughes, S., & Barnes-Holmes, D. (2016). Relational Frame Theory: The Basic Account. In *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 130–178).
- Hulbert-Williams, N. J., & Storey, L. (2016). Psychological flexibility correlates with patient-reported outcomes independent of clinical or sociodemographic characteristics. *Supportive Care in Cancer*, *24*(6), 2513–2521. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-3050-9>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Delta Trade Paperbacks.
- Kent, W., Hochard, K. D., & Hulbert-Williams, N. J. (2019). Perceived stress and professional quality of life in nursing staff: How important is psychological flexibility? *Journal of Contextual Behavioral Science*, *14*(February), 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.08.004>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 593. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kolts, R. L. (2016). *CFT Made Simple: A Clinician's Guide to Practicing Compassion-Focused Therapy*. New Harbinger Publications, Inc.
- Korman, G. P., & La Roche, M. J. (2019). Ideas Para Desarrollar Una Psicoterapia Congruente Con Las Características Culturales Argentinas: Aplicando El Modelo De La Consonancia Cultural. *Anuario de Investigaciones*, *XXVI*, 25–35.
- Lee, D. L., & Ahn, S. (2011). Racial Discrimination and Asian Mental Health: A Meta-Analysis. *The Counseling Psychologist*, *39*(3), 463–489. <https://doi.org/10.1177/0011000010381791>
- Lee, J. I., Lee, M. B., Liao, S. C., Chang, C. M., Sung, S. C., Chiang, H. C., & Tai, C. W. (2010). Prevalence of Suicidal Ideation and Associated Risk Factors in the General Population. *Journal of the Formosan Medical Association*, *109*(2), 138–147. [https://doi.org/10.1016/S0929-6646\(10\)60034-4](https://doi.org/10.1016/S0929-6646(10)60034-4)

- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression. *Clinical Psychology Review*, *21*(3), 401–419. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00057-4](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00057-4)
- Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., Huesing, J., Joraschky, P., Nolting, B., Poehlmann, K., Ritter, V., Stangier, U., Strauss, B., Stuhldreher, N., Tefikow, S., Teismann, T., Willutzki, U., Wiltink, J., & Leibing, E. (2013). Psychodynamic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Social Anxiety Disorder: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, *170*(7), 759–767. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12081125>
- Lejeune, J. T., & Luoma, J. B. (2019). *Values in Therapy*. Context Press.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L. (2011). Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. *Behavior Modification*, *35*(2), 111–161. <https://doi.org/10.1177/0145445510390929>
- Leonidou, C., Panayiotou, G., Bati, A., & Karekla, M. (2019). Coping with psychosomatic symptoms: The buffering role of psychological flexibility and impact on quality of life. *Journal of Health Psychology*, *24*(2), 175–187. <https://doi.org/10.1177/1359105316666657>
- Levitt, J. T., & Karekla, M. (2005). Integrating Acceptance and Mindfulness With Cognitive Behavioral Treatment For Panic Disorder. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety: Conceptualization and Treatment*. Springer.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Lionello-Denolf, K. M. (2009). The search for symmetry: 25 Years in review. *Learning and Behavior*, *37*(2), 188–203. <https://doi.org/10.3758/LB.37.2.188>
- Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, *27*(2), 173–187. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.001>
- Lorant, V. (2003). Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*, *157*(2), 98–112. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf182>
- Lucas, J. J., & Moore, K. A. (2020). Psychological flexibility: positive implications for mental health and life satisfaction. *Health Promotion International*, *35*(2), 312–320. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz036>
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2017). *Learning ACT: An acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists* (2nd ed.). New Harbinger Publications.
- Luoma, J. B., & Platt, M. G. (2015). Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in Acceptance and Commitment Therapy. *Current Opinion in Psychology*, *2*, 97–101. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.016>
- Maero, F. (2016). *ACT y el cambio cognitivo*. Grupo ACT. <https://grupoact.com.ar/584-2/>
- Mandil, J., José Quintero, P., & Maero, F. (2017). *Terapia de Aceptación y Compromiso con Adolescentes*. Librería Akadia Editorial.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression: a clinician's guide*. The Guilford Press.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F., & Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour Research and Therapy*, *42*(4), 477–485. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.10.008>
- McAuliffe, D., Hughes, S., & Barnes-Holmes, D. (2014). The Dark-Side of Rule Governed Behavior: An Experimental Analysis of Problematic Rule-Following in an Adolescent Population With Depressive Symptomatology. *Behavior Modification*, *38*(4), 587–613. <https://doi.org/10.1177/0145445514521630>
- McCracken, L. M. (2013). Committed action: An application of the psychological flexibility model to activity patterns in chronic pain. *Journal of Pain*, *14*(8), 828–835. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.02.009>
- McHugh, L., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Whelan, R., & Stewart, I. (2007). Knowing me, knowing you: Deictic complexity in false-belief understanding. *Psychological Record*, *57*(4), 533–542. <https://doi.org/10.1007/BF03395593>
- McHugh, L., Stewart, I., & Almada, P. (2019). *A Contextual Behavioral Guide to the Self*. New Harbinger Publications, Inc.
- McKnight, P. E., & Kashdan, T. B. (2009). The importance of functional impairment to mental health outcomes: A case for reassessing our goals in depression treatment research. *Clinical Psychology Review*, *29*(3), 243–259. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.005>
- McKnight, P. E., Monfort, S. S., Kashdan, T. B., Blalock, D. V., & Calton, J. M. (2016). Anxiety symptoms and functional impairment: A systematic review of the correlation between the two measures. *Clinical Psychology Review*, *45*, 115–130. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.005>
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, *36*(1), 38–56. <https://doi.org/10.2307/2137286>
- Miltenberger, R. G., Miller, B. G., Zenger, H. H., & Novotny, M. A. (2018). Shaping. In Steven C. Hayes & S. G. Hofmann (Eds.), *Process-Based CBT*. Context Press.
- Mineka, S., & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: It's not what you thought it was. *American Psychologist*, *61*(1), 10–26. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.1.10>
- Mischel, W. (1996). *Personality and assessment*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Mittal, C., & Griskevicius, V. (2014). Sense of Control Under Uncertainty Depends on People's Childhood Environment: A Life History Theory Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *107*(4), 621–637. <https://doi.org/10.1037/a0037398>
- Moran, D. J., Bach, P. A., & Batten, S. V. (2018). *Committed Action In Practice: A clinician's Guide to Assessing, Planning, & Supporting Change in your Cliente*. Context Press.
- Najmi, S., Beck, C., & Wegner, D. M. (2010). *Learning the Futility of the Thought Suppression Enterprise*. October 2009, 1–14. <https://doi.org/10.1017/S1352465809990439>

- Najmi, S., Wegner, D. M., & Nock, M. K. (2007). Thought suppression and self-injurious thoughts and behaviors. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(8), 1957–1965. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.014>
- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C., & Monsen, J. T. (2015). Love Yourself as a Person, Doubt Yourself as a Therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, n/a-n/a. <https://doi.org/10.1002/cpp.1977>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Wai, T. C., De Girolamo, G., Gluzman, S., De Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R. C., Lepine, J. P., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, *192*(2), 98–105. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
- O'Neil, A., Quirk, S. E., Housden, S., Brennan, S. L., Williams, L. J., Pasco, J. A., Berk, M., & Jacka, F. N. (2014). Relationship between diet and mental health in children and adolescents: A systematic review. *American Journal of Public Health*, *104*(10), e31–e42. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302110>
- O'Connell, M. (2018). *Una Vida Valiosa: los procesos de Terapia de Aceptación y Compromiso*. Ediciones B.
- Panayiotou, G., Leonidou, C., Constantinou, E., Hart, J., Rinehart, K. L., Sy, J. T., & Björgvinsson, T. (2015). Do alexithymic individuals avoid their feelings? Experiential avoidance mediates the association between alexithymia, psychosomatic, and depressive symptoms in a community and a clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, *56*, 206–216. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.09.006>
- Parfy, E. (2012). Schema Therapy, Mindfulness, and ACT: Differences and Points of Contact. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: theory, research, and practice*. Wiley-Blackwell.
- Pignotti, M. (2007). Thought Field Therapy: A Former Insider's Experience. *Research on Social Work Practice*, *17*(3), 392–407. <https://doi.org/10.1177/1049731506292530>
- Polk, K. L., & Schoendorf, B. (Eds.). (2014). *The ACT matrix : a new approach to building psychological flexibility across settings and populations*. Context Press.
- Rebar, A. L., Stanton, R., Geard, D., Short, C., Duncan, M. J., & Vandelanotte, C. (2015). A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health Psychology Review*, *9*(3), 366–378. <https://doi.org/10.1080/17437199.2015.1022901>
- Rehfeldt, R. A., & Barnes-Holmes, Y. (Eds.). (2009). *Derived Relational Responding Applications for Learners with Autism and Other Developmental Disabilities: A Progressive Guide to Change*. Context Press.
- Rescorla, R. A., & Solomon, R. L. (1967). Two-process learning theory: Relationships between Pavlovian conditioning and instrumental learning. *Psychological Review*, *74*(3), 151–182. <https://doi.org/10.1037/h0024475>
- Schuch, F. B., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Silva, E. S., Hallgren, M., Ponce De Leon, A., Dunn, A. L., Deslandes, A. C., Fleck, M. P., Carvalho, A. F., & Stubbs, B. (2018). Physical Activity and Incident Depression: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *American Journal of Psychiatry*, *175*(7), 631–648. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17111194>
- Schultz, M. M., Furlong, E. T., Kolpin, D. W., Werner, S. L., Schoenfuss, H. L., Barber, L. B., Blazer, V. S., Norris, D. O., & Vajda, A. M. (2010). Antidepressant pharmaceuticals in two U.S. effluent-impacted streams: Occurrence and fate in water and sediment and selective uptake in fish neural tissue. *Environmental Science and Technology*, *44*(6), 1918–1925. <https://doi.org/10.1021/es9022706>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Simons, D. J., & Chabris, C. F. (1999). Gorillas in Our Midst: Sustained Inattentional Blindness for Dynamic Events. *Perception*, *28*(9), 1059–1074. <https://doi.org/10.1068/p281059>
- Skinner, B. F. (1989). The Behavior of the Listener. In Steven C. Hayes (Ed.), *Rule-Governed Behavior: cognition, contingencies, and instructional control* (pp. 85–96). Plenum Press.
- Skinner, Burrhus Frederic. (1974). *About behaviorism*. Random House.
- Skinta, M. D., & Curtin, A. (2016). *Mindfulness and acceptance for gender & sexual minorities*. Context Press.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology*, *43*(2), 476–493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
- Stewart, I. (2013). A Recent Behaviour Analytic Approach to the Self. *European Journal of Behavior Analysis*, *14*(2), 271–283. <https://doi.org/10.1080/15021149.2013.11434460>
- Stewart, J. M. (2014). *Mindfulness, Acceptance, and the Psychodynamic Evolution* (J. M. Stewart (Ed.)). Context Press.
- Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., & Eifert, G. H. (2002). The relations of anxiety sensitivity, experiential avoidance, and alexithymic coping to young adults' motivations for drinking. *Behavior Modification*, *26*(2), 274–296. <https://doi.org/10.1177/0145445502026002007>
- Stoddard, J. A., & Afari, N. (2014). *The big book of ACT metaphors: A Practitioner's Guide to Experiential Exercises & Metaphors in Acceptance & Commitment Therapy*. New Harbinger Publications, Inc.
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen, H. E., Lieb, K., & Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>
- Strosahl, K. D., Robinson, P. J., & Gustavsson, T. (2015). *Inside This Moment: A Clinician's Guide to Promoting Radical Change Using Acceptance and Commitment Therapy*. Context Press.
- Thompson, B. L., Luoma, J. B., Terry, C. M., Lejeune, J. T., Guinther, P. M., & Robb, H. (2015). Creating a peer-led acceptance and commitment therapy consultation group: The Portland model. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *4*(3), 144–150. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.11.004>
- Tirch, D., Schoendorff, B., & Silberstein, L. R. (2014). *The ACT practitioner's guide to the science of compassion*. New Harbinger Publications, Inc.

- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2009). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy*. Springer US. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-09787-9>
- Vargas, E. A. (1988). *Verbally-Governed and Event-Governed Behavior*. 11–22.
- Vargas, S. M., Huey, S. J., & Miranda, J. (2020). A critical review of current evidence on multiple types of discrimination and mental health. *American Journal of Orthopsychiatry*, *90*(3), 374–390. <https://doi.org/10.1037/ort0000441>
- Veiga-Martínez, C., Pérez-Álvarez, M., & García-Montes, J. M. (2008). Acceptance and Commitment Therapy Applied to Treatment of Auditory Hallucinations. *Clinical Case Studies*, *7*(2), 118–135. <https://doi.org/10.1177/1534650107306291>
- Venta, A., Hart, J., & Sharp, C. (2013). The relation between experiential avoidance, alexithymia and emotion regulation in inpatient adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *18*(3), 398–410. <https://doi.org/10.1177/1359104512455815>
- Villatte, M., Villatte, J. L., & Hayes, S. C. (2016). *Mastering the clinical conversation : language as intervention*. The Guilford Press.
- Villatte, M., Villatte, J. L., & Hayes, S. C. (2020). *Dominando La Conversación Clínica: El lenguaje como intervención*. MICSY Publicaciones.
- Vogt Yuan, A. S. (2007). Perceived age discrimination and mental health. *Social Forces*, *86*(1), 292–311. <https://doi.org/10.1353/sof.2007.0113>
- Webb, C. A., Beard, C., Kertz, S. J., Hsu, K., & Björgvinsson, T. (2016). Differential Role of CBT Skills, DBT Skills and Psychological Flexibility in Predicting Depressive versus Anxiety Symptom Improvement. *Behaviour Research and Therapy*, *81*, 12–20. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.03.006>
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, *101*(1), 34–52. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.101.1.34>
- Wegner, D. M. (2009). How to think, say, or do precisely the worst thing for any occasion. *Science (New York, N.Y.)*, *325*(5936), 48–50. <https://doi.org/10.1126/science.1167346>
- Wegner, D. M., Broome, A., & Blumberg, S. J. (1997). Ironic effects of trying to relax under stress. *Behaviour Research and Therapy*, *35*(1), 11–21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9009039>
- Wegner, D. M., & Erber, R. (1992). The hyperaccessibility of suppressed thoughts. In *Journal of Personality and Social Psychology* (Vol. 63, Issue 6, pp. 903–912). <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.6.903>
- Wegner, D. M., Wenzlaff, R. M., & Kozak, M. (2004). The Return of Suppressed Thoughts in Dreams. *Society*, *15*(4), 232–236.
- Wilson, D. S. (2019). *This View of Life*. Pantheon Books.
- Wilson, D. S., & Hayes, S. C. (Eds.). (2018). *Evolution and Contextual Behavioral Science*. Context Press.
- Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2008). *Mindfulness for two : an acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. New Harbinger Publications, Inc.
- Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2012a). *The Wisdom to Know the Difference: An Acceptance and Commitment Therapy Workbook for Overcoming Substance Abuse*. New Harbinger Publications.
- Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2012b). *The wisdom to know the difference*. New Harbinger Publications, Inc.
- Wilson, T. D., Reinhard, D. A., Westgate, E. C., Gilbert, D. T., Ellerbeck, N., Hahn, C., Brown, C. L., & Shaked, A. (2014). Just think: The challenges of the disengaged mind. *Science*, *345*(6192), 75–77. <https://doi.org/10.1126/science.1250830>
- Wolpe, J., & Rachman, S. (1960). Psychoanalytic evidence": A critique based on Freud's case of Little Hans. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. http://journals.lww.com/jonmd/Abstract/1960/08000/Psychoanalytic_Evidence__A_Critique_Based_on.7.aspx
- Wood, J. V., Elaine Perunovic, W. Q., & Lee, J. W. (2009). Positive Self-Statements. *Psychological Science*, *20*(7), 860–866. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02370.x>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. The Guilford Press.
- Zborowski, M. (1952). Cultural Components in Responses to Pain. *Journal of Social Issues*, *8*(4), 16–30. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1952.tb01860.x>
- Zentall, T. R., & Levine, J. M. (1972). Observational Learning and Social Facilitation in the Rat. *Science*, *178*(4066), 1220–1221. <https://doi.org/10.1126/science.178.4066.1220>
- Zettle, R. D. (2011). The evolution of a contextual approach to therapy: From comprehensive distancing to ACT. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, *7*(1), 76–82. <https://doi.org/10.1037/h0100929>
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason-giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, *4*(1), 30–38. <https://doi.org/10.1007/BF03392813>
- Zettle, R. D., Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Biglan, A. (Eds.). (2016). *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science*. Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118489857>