

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) y PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL (FAP). Fundamentos, características y precauciones

M. Carmen Luciano
UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

RESUMEN

El objetivo de este artículo es presentar, desde la experiencia personal y la correspondencia del quehacer clínico con los autores originales, la Functional Analytic Psychotherapy (FAP) de Kohlenberg y Tsai (1991) y la Acceptance and Commitment Therapy (ACT) de Hayes y colaboradores (1991, 1995, 1999). Se presentan los fundamentos básicos, las características y algunas consideraciones de estas terapias que desde 1987 no han dejado de perfeccionarse bajo el análisis funcional del comportamiento verbal y los eventos privados en una formulación, principalmente, desde el Conductismo Radical: El contenido se articula en seis apartados. Los dos primeros que incluyen desde una síntesis de los problemas psicológicos hasta las bases conceptuales y experimentales en torno al autoconocimiento, las relaciones arbitrarias entre comportamientos y la derivación. Los restantes son una presentación de la historia y elementos o consideraciones esenciales de ambas terapias. Finalmente se exponen algunos comentarios y también precauciones en torno a la práctica a fin de facilitar la conciencia del terapeuta respecto de aspectos esenciales con repercusión práctica y

conceptual que sitúa la terapia en un marco que facilita la discriminación del terapeuta de lo que hubiera hecho. Se aportan numerosas ideas que han resultado de la experiencia en el curso de la investigación de tales terapias en un amplio rango de casos, resaltando la lectura de los textos originales.

Palabras Clave: CONDUCTISMO RADICAL, CONDUCTA VERBAL, SENTIR, PENSAR, ACTUAR, HACER, RELACIONES ENTRE COMPORTAMIENTOS, HISTORIA DIRECTA Y DERIVADA, ANSIEDAD, DEPRESIÓN, PROBLEMAS INTERPERSONALES, TRASTORNOS DE PERSONALIDAD (LÍMITE), TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO, PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL.

SUMMARY

The goal of this paper is to present upon the personal experience in correspondence to the clinical practice of the original authors, the Functional Analytic Psychotherapy (FAP) of Kohlenberg and Tsai (1991) and the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) of Hayes and cols. (1991, 1995, 1999). The foundations, characteristics and some considerations concerning these therapies are presented according to the functional analysis of verbal behavior and private events upon the basis of Radical Behaviorism. The paper comprises six parts with the first two corresponding to the conceptualization of psychological problems and the basis of selfknowledge, the behavior-behavior relationships, and the analysis of derivation. Several parts follow corresponding to the history of FAP and ACT, and the characteristics of FAP and ACT, respectively. Finally, some additional commentaries and precautions are indicated in accordance to the research conducted with these therapies, enhancing the interest for reading the original papers, books and manuals. It is emphasized the relevance of the therapists discriminating the own behavior in the context of therapy.

Key Words: RADICAL BEHAVIORISM, VERBAL BEHAVIOR, THINKING, FEELING, ACTING, BEHAVIOR-BEHAVIOR RELATIONSHIPS, DIRECT AND DERIVED HISTORY, ANXIETY, DEPRESSION, INTERPERSONAL PROBLEMS, BORDERLINE PERSONALITY, ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY, FUNCTIONAL ANALYTIC PSYCHOTHERAPY.

El objetivo principal de este artículo es describir las características de y la relación entre la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) a la vez que señalar algunas precauciones que faciliten una aplicación reflexiva y crítica en la línea de las propias terapias. La motivación para escribir este artículo proviene de una reciente estancia de la autora con los autores originales de estas terapias con la finalidad de sopesar la correspondencia entre la propia actuación clínica, la actuación original y la reflejada en los textos. Desde esa experiencia y desde la propia experiencia con estas terapias, este artículo pretende alentar a los lectores interesados de los riesgos que pudiera conllevar una mera lectura de ACT y FAP y su aplicación sin más. La puesta en práctica de estas terapias va en contra de un mero seguimiento de "recetas" en el fiel estilo de quehaceres psicológicos que habitualmente sólo contemplan una taxonomía formal-descriptiva, miden lo que corresponda y aplican respectivamente técnicas o terapias sin fundamento en el análisis funcional de los problemas y sin el inevitable conocimiento que ya queda provisto desde las investigaciones en torno al lenguaje. Así, especial hincapié haremos en el análisis del comportamiento verbal y los eventos privados, considerando los efectos directos y derivados de la historia. La lógica que aquí indicaremos contempla, además, una crítica sistemática a la propia actuación llamada "terapéutica", de forma que ésta quede modulada por la reflexión en el contexto de la supervisión de otros y de uno mismo.

El contenido de este artículo se divide en seis apartados. El primero dedicado a una síntesis de los aspectos básicos sobre los problemas psicológicos. El segundo se refiere al autoconocimiento y las relaciones entre comportamientos. El tercero discurre en la historia y fundamentos de ACT y FAP. El cuarto apartado presenta las características de FAP en los aspectos más sobresalientes, mientras que el quinto lo hace en términos equivalentes respecto a ACT. Finalmente, se concluye este trabajo con un sexto apartado dedicado a exponer algunas precauciones y comentarios que desde nuestra experiencia consideramos especialmente necesario resaltar.

Hemos de señalar que el lenguaje utilizado a lo largo de este trabajo, especialmente a partir del apartado tercero, se orienta al uso práctico de modo que pueda ser útil en la interacción clínica. Significa

lo anterior que se utilizan conceptos en términos coloquiales, como son presentados en buena medida por los clientes sobre la base de su historia en la comunidad verbal de referencia. Lógicamente el terapeuta habrá de hacer un uso funcional acorde a una conceptualización analítica (radical) de los mismos en el sentido presentado parcialmente en los dos primeros apartados.

1. SOBRE LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS Y LA ACTUACIÓN TERAPÉUTICA

Entender una terapia en un sentido funcional significa que la misma no puede ser entendida como algo formal, es decir, independiente de cómo es aplicada en un proceso que ha de ser plenamente consciente para el técnico respecto de las condiciones en las que actúa de una forma u otra. Así, la comprensión de las bases que fundamentan lo que el terapeuta "representa" (por la función que pueda cumplir para las personas a quienes trata de enseñar más o menos explícitamente) es una pieza esencial sin la cual el proceso psicológico entre, al menos, dos personas en la relación terapéutica puede justamente conducir a un proceso anti-terapia y, necesariamente a un final del proceso que no sea el éticamente apropiado o esperado conscientemente por el terapeuta. Lo que el terapeuta haga es el proceso terapéutico aunque la conceptualización o descripción de lo hecho en la terapia no necesariamente coincida con tal actuación. Preguntas como las siguientes marcan la diferencia entre unos procesos terapéuticos y otros, y desde luego, en la forma en la que se informa de la consecución, o no, de unos logros.

Por ejemplo, ¿cómo entiende, el terapeuta, los problemas que ha identificado como tales y qué valor proporciona a la historia en la que se han desarrollado?, ¿Cómo ha identificado tales problemas?, ¿Qué valor o qué conceptualización proporciona respecto de los coloquialmente denominados sentimientos, pensamientos?, ¿Cuál es el papel que el terapeuta se asigna en el proceso terapéutico?, ¿De qué modo se ve en tal proceso y qué análisis hace de la repercusión de su comportamiento en relación al comportamiento del cliente?, ¿Qué papel asigna al resto de características del cliente

(o de los padres si se trata de resolver un problema en su hijo)?, o ¿qué uso hace de las tendencias personales que aparentemente pudieran ser contempladas como ajenas al problema esencial?, ¿Qué valor le da a los sistemas taxonómicos?, ¿Hasta que punto conceptúa el problema como un problema “en” el individuo en vez de como un problema -que ubicado lingüísticamente en el individuo- lo es funcionalmente en las circunstancias históricas y presentes, o sea como problema de la vida?, ¿Hasta qué punto entiende que esas circunstancias históricas y presentes sostienen a los demás (presentes funcionalmente, sea por presencia directa o a través de funciones verbales) y por tanto que el problema no es un problema descontextualizado del comportamiento de los otros?, ¿Hasta qué punto, pues, el terapeuta, como alguien en el contexto verbal del cliente, comienza a ser parte del problema en tanto que parte de la vida del cliente?, ¿Hasta qué punto el repertorio personal del terapeuta puede, en algunos casos, ser iatrogénico y así, hasta qué punto es ciertamente crítico con su trabajo?, ¿Dónde mira o en qué dirección ha aprendido a mirar (instruida o de forma moldeada) para conocer la repercusión de su trabajo?, dicho de otro modo, ¿cómo conoce su valor terapéutico?, ¿Qué el análisis hace de las bajas, y bajo qué criterios proporciona las altas?, ¿Hasta qué punto es crítico con sus sentimientos hacia los clientes y cómo tales sentimientos pueden ayudar o perjudicar el proceso terapéutico?

Las respuestas a estas preguntas condicionan la lógica de una intervención y condicionan cómo pueden entenderse cualesquiera terapias, incluidas las que expondremos en este trabajo. La reflexión a estas preguntas se ha de hacer desde el fundamento de la psicopatología sin la cual es inútil e incluso negativo pretender un análisis funcional (porque se convertiría en formal) dirigido a la resolución de los problemas que la persona “tiene” en el marco de su vida.

Los *problemas psicológicos clínicos* son “los dolores en la vida”, son desajustes que ocurren entre lo que la historia de una persona le permite hacer (con los valores que de ahí se derivan) en el contexto social inmediato y más amplio en el que se desarrolla su vida. Como señala Ayllon (1992), “la causa no está en el ambiente ni en la persona. Mejor, los problemas surgen por la ausencia de

ajuste entre las demandas del ambiente y el repertorio "listo para ser usado que cada persona posee para enfrentarse a los requerimientos ambientales para el reforzamiento" (pág. 354). Se incluirían en tal desajuste no sólo aspectos de falta de habilidades o conocimientos sino también las reacciones a sus recuerdos, sus sentimientos y pensamientos de tal modo que el resultado global es un fracaso para el individuo en términos de lo que es relevante para su vida. Igualmente se incluyen formas o estilos personales muy diferentes que resultan inadecuados para poder llegar a funcionar en las circunstancias en las que una persona ha de vivir. Lógicamente, estos desajustes se convierten en problemas ciertos ante la vida *cuando su repercusión es grave, por inhabilitante*. Así una persona, por ejemplo, puede haber llevado su vida sin que el desajuste sea del calibre últimamente mencionado y al requerirse otros ajustes (por muy numerosas circunstancias en la vida) lo que hasta un momento quizá se entendía como una característica personal (¡es así!) adquiere dimensiones que conducen a la persona, o sus familiares, a pedir ayuda.

Esta concepción de anormalidad versus normalidad casa con una concepción funcional del fenómeno psicopatológico que entiende los problemas del cliente en términos del valor que su propia historia proporciona para el ajuste o adaptación al medio social en el que le ha tocado vivir. Llamamos, pues, la atención sobre la necesidad de contemplar los problemas en el análisis de su conformación social (Salzinger, 1975; Ullman y Krasner, 1962); problemas mal denominados como "enfermedades mentales"¹ que mejor debieran denominarse como "problemas en la vida" como Szasz (1960, 1970) viniera a conceptuar hace ya tiempo. Las instituciones (o los sistemas de salud) han llegado a cosificar, a objetivar la enfermedad mental en la persona portadora -como si de un virus se tratara- en vez de contextualizarlo en las circunstancias históricas (necesariamente personales al nivel del individuo) que proveen de función a las circunstancias actuales de una persona. Las circunstancias han de ser entendidas en el sentido único del análisis psicológico que

¹ Y cuando se detecta un problema a nivel del sistema nervioso ha de denominarse como enfermedad cerebral pero no mental (Szasz, 1960).

señalara Kantor (1959, 1975) y retomado en muy diferentes ocasiones por Bijou desde 1976. Es todo el organismo el que está en juego en todo momento y siempre en las circunstancias o condiciones en las que ha estado y está (véase, Ayllon, 1992; Bijou, 1976; Kantor, 1975; Skinner, 1953), o sea siempre responde en relación (Hayes, Gifford y Wilson, 1996).

La máxima estipulada por una posición conductista es que el diagnóstico *más probable* del comportamiento futuro de una persona es su comportamiento pasado. La cuestión es ¿cómo alterar los efectos de la historia cuando eso es lo que se demanda?, y la respuesta es: vía cambios sistemáticos en las contingencias y/o por la introducción de las fórmulas verbales que alteren o transformen las funciones o sea que compitan con la función provista en la historia. Cómo se ha señalado desde muy distintos foros (siendo la máxima del Conductismo Radical de Skinner), una persona es su historia (en tanto que su comportamiento es una función de su historia de contingencias), no obstante, *una comprensión funcional del concepto de historia* implica que una persona actúa de acuerdo a su historia de *contingencias directa* y a los *efectos derivados* de diferentes relaciones establecidas en su historia. Toman aquí especial importancia los efectos derivados del comportamiento verbal que resultan en nuevos comportamientos y cambios en otros *sin* una exposición a contingencias directas. Es decir, las *fórmulas verbales* (instruidas o moldeadas) producen *nuevos comportamientos* y *alteran las funciones o las relaciones* entre comportamientos sin entrenamiento explícito o contingencias directas (véase síntesis en Luciano, 1992, 1999, y Luciano y Gómez, 1999).

En tal perspectiva, los comportamientos calificados "como normales" así como los valorados "como anómalos" no son definidos de forma aislada sino siempre en las condiciones en las que ocurren de acuerdo a la función de su historia en cada momento, y se conceptúan en el marco de clases operantes en vez de episodios aislados. Es decir, no se conceptúan como comportamientos aislados sino que se circunscriben al concepto de clase operante donde no cabe la relevancia de la topografía o morfología de las respuestas sino las contingencias que operan en la clase y que proporcionan consistencia, extensión, o bien producen su ruptura.

De forma genérica, el concepto de clase operante (también calificado como clase generalizada) ha sido mostrado en diferentes momentos al exponer la formación de comportamientos generalizados como la clase imitativa o las clases instruccionales (Baer, Peterson y Sherman, 1967; Catania, 1992; Gerwitz y Stengle, 1968). Reproducimos aquí las palabras de Dougher (1997) para simplificar el concepto de clase operante al que hacemos referencia "...de hecho, todas las operantes son clases. Lo que una consecuencia contingente refuerza no es una respuesta sencilla, sino todas las respuestas definidas topográficamente que están funcionalmente relacionadas a esa consecuencia" (Dougher, 1997, pág. 68). Esta concepción abarca o se extiende a la calificación y comprensión de los problemas psicológicos como dimensiones diagnósticas funcionales en las que la topografía carece de importancia como es propio de una dimensión operante del comportamiento. Este es el nivel de una *dimensión diagnóstica funcional* que aunque pudiera vislumbrarse en tales términos respecto al mundo de la psicopatología hace ya tiempo (por ejemplo, Salzinger, 1975; Ullmann y Krasner, 1969), ha sido recientemente explicitada en contraposición a diferentes taxonomías descriptivas que pueden conceptuarse como una dimensión de evitación emocional o de las vivencias (por ejemplo, Friman, Hayes y Wilson, 1998; Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996) en la misma línea -podría señalarse- que otros autores iniciaran en relación a comportamientos perturbadores (Iwata, Dorsey, Slifer, Bauman y Richman, 1982).

Así, el fundamento de estas terapias no casa con las taxonomías formales o al uso, sino que realzan y requieren taxonomías funcionales, taxonomías sobre la base de clases operantes en vez de respuestas aisladas. En ese análisis, los problemas que parecen diferentes responden a contingencias equivalentes y por ello carece de importancia (aunque se use por razones de política clínica-social) un sistema taxonómico de las enfermedades mentales a nivel descriptivo en vez de funcional. Ni son enfermedades, ni son mentales como indicara hace ya tiempo Szasz (1960), pero estipularlo así genera problemas en la comunidad que gira, farmacológica y políticamente, en torno al sistema taxonómico.

Teniendo en consideración todo lo que se conoce al respecto de los efectos de la historia y la función derivada del comportamiento

verbal, y concibiendo los problemas psicológicos como problemas y dolores en la vida (no como problemas o dolores del cuerpo o de la mente), la perspectiva terapéutica se orienta en tales direcciones de una forma plenamente consciente. El acceso a la historia completa de los problemas de una persona que requiere tratamiento psicológico es mínimo, pero el terapeuta ha de conocer las numerosas opciones a través de las cuales la historia directa o derivada del cliente ha podido generar los problemas bajo análisis, de otro modo, su análisis de los problemas (y su actuación) se verá considerablemente mermado. Por ello, el análisis de lo que ocurre en terapia y su repercusión necesariamente implica entender que lo que el terapeuta haga, consciente o no, en relación a los comportamientos del cliente, son contingencias que operan directamente sobre alguna conducta, operan en las clases operantes mantenedoras de las respuestas a las que el terapeuta ha reaccionado. De este modo, el análisis del comportamiento del terapeuta se convierte en el punto de mira de un análisis funcional (como lo es el análisis de lo que el educador dice y hace en relación a lo que los niños dicen y hacen a través del proceso educativo que enmarca lo que una sociedad desea para los más pequeños).

La pregunta, pues, es *qué conoce el terapeuta respecto del comportamiento verbal en cuanto hablante y oyente "en dos pieles"* (el terapeuta y el cliente, y viceversa) y hablante y oyente "en la misma piel (tanto al nivel del cliente como al nivel del terapeuta). Un análisis exhaustivo al respecto está fuera del marco de este trabajo por lo que sólo se resumirán algunos aspectos que entendemos prioritarios con el interés más de llamar la atención en lo que debiera profundizarse que de conseguir un nivel de comprensión que entendemos sólo podría ser fruto de una revisión minuciosa al respecto de la investigación sobre los procesos verbales en general y su incardinación en los trastornos psicológicos en particular.

2. EL AUTOCONOCIMIENTO, LA DERIVACIÓN Y LAS RELACIONES ENTRE COMPORTAMIENTOS

El conocimiento sobre los procesos verbales en el cliente y el terapeuta, entendidos estos en el marco de la interacción y reco-

rridos en la terapia, son los intercambios o juegos de los comportamientos de ambos. Así, es conocido que muchas terapias no "curan", y otras sí, y también es conocido que no puede identificarse cómo ha ocurrido (Ellis, 1997; Hamilton, 1988; Hayes y Wilson, 1995; Hollon y Beck, 1986; Pérez-Alvarez, 1997; Robins y Hayes, 1993; Wilson, 1997). En menor grado cabe aún preguntarse, qué ha sido esencial no sólo para dar razón de lo que allí hubiera ocurrido con lo que el cliente "trajo" a consulta, sino para conocer porqué en otras ocasiones una actuación similar no ha funcionado a largo plazo, e incluso porqué no ha resultado eficaz ni siquiera tras un tiempo terapéutico "políticamente correcto" si algo así pudiera acaso concebirse.

La novedad de lo que presentamos -sí se permite tal valoración en una sociedad donde todo se recicla- es que ideas viejas, quehaceres de otras formas de terapias que fueran concebidas en el marco de teorías sin base empírica, formas de hacer de otras culturas que sopesan los problemas en la vida de una forma diferente (especialmente las afrontamientos ante el dolor o las contingencias negativas (de castigo o extinción) parece que pudieran ser responsables de un nivel menor de problemas psicológicos que el que acaece en la sociedad occidental. Muchas de estas estrategias quedan incorporadas en las terapias que presentamos (véase Hayes, 1994) pero no de una forma ecléctica sino que quedan incorporadas en un marco conceptual que tiene su fundamento en un análisis experimental del comportamiento verbal y sus derivaciones.

Específicamente, se considera el concepto de clase operante y los problemas psicológicos, el concepto de historia directa y derivada en el contexto de relaciones entre estímulos (de respuestas en relación a...) según la *Relational Frame Theory* (Hayes, Gifford y Wilson, 1996) y algunos puntos que hemos considerado especialmente importantes en torno al papel del hablante y del oyente. En ello, se ha presentado el proceso y factores implicados en la formación del comportamiento en relación a uno mismo (autocognoscimiento) (Skinner, 1945, 1974), de las valoraciones de uno (Hayes, Kohlenberg y Melacon, 1989) sobre todo en lo que concierne al papel de las emociones (de las contingencias, diríamos) en la organización de la personalidad (Greenberg y Safran, 1987; Kohlenberg y Tsai,

1991) o las relaciones arbitrarias condicionales (o contextualizadas) en torno a lo que una persona ha aprendido a verbalizar como sentir, pensar, actuar, decir.... (Ayllon, 1992; Hayes y Hayes, 1989; Hayes y Wilson, 1995). A estos temas ya hemos dedicado un espacio (Luciano, 1992; Luciano y Gómez, 1999) donde hemos resaltado lo más sobresaliente en el marco de actuación terapéutico para lo que remitimos a referencias que han quedado apuntadas en tales trabajos, resumiendo, a continuación, algunos aspectos.

Técnicamente, el análisis funcional del lenguaje es el sustento de ambas terapias en lo que concierne a la función del lenguaje sobre uno mismo, es decir, el *autoconocimiento y la valoración*. En primer lugar, somos enseñados directamente (y por derivación) a *notar o darnos cuenta de lo que nos ocurre (la conciencia)*. Lo que concierne a cómo llegamos a hablar de sentimientos, de emociones (lo que incluye cómo aprendimos a clasificar los y las mismas) son términos provistos por la comunidad verbal y que conceptualmente son igualmente confusos como ya indicara Kantor (1975). La comunidad enseña a hablar de emociones, de sentimientos, supuestamente en referencia a una parte de las contingencias y de las funciones de estímulos que son privadas (los estados del cuerpo *en las contingencias dadas al vivir*)². Pero ocurre que los oyentes cercanos al niño han de hacerlo sobre señales públicas lo que supone que quienes enseñan a discriminar las contingencias en el propio cuerpo, y a valorar las mismas con palabras y con alguna reacción han de focalizarse en señales públicas que ocurren paralelas a la estimulación privada de las contingencias y a la función de los estímulos condicionados. Sin duda, tal proceso contiene un riesgo muy elevado de variabilidad en relación a qué disposiciones se condicionan (si alguna), o se aprenden a notar verbalmente, siendo necesario para una adecuada formación del yo (Kohlenberg y Tsai, 1991) que la detección de las contingencias privadas (directa o derivada) -lo que se conoce colo-

² Por razones específicas, en el contexto del moldeamiento verbal a través de la historia de la especie debió ser útil el moldeamiento de este tipo de discriminaciones. Lo cierto es que la comunidad verbal está ya orientada a tales discriminaciones cuando un bebé llega al mundo (necesariamente social) o sea debe haber buenas razones en los progenitores para el establecimiento (accidental o deliberado) de tales discriminaciones que sean, recíprocamente, funcionales para el niño.

qualmente como sentir o emocionarse- deba ser justamente en ocurrencia de tal suceso, aunque su informe público deba ser contextualizado a otras circunstancias (presencia de alguien en particular, o informe público en relación a ciertas temáticas y emociones). Debido a la dificultad de accesibilidad a la parte privada de vivir (de las contingencias)³, por quienes enseñan las primeras -y básicas- discriminaciones (la conciencia de la propia conducta) ocurre que una descripción de sentimientos o también de necesidades (como coloquialmente se diría) pueden tener la misma forma en diferentes personas (o en la misma persona en marcos o contextos distintos) pero estar realmente bajo control de diferentes variables. Por ejemplo, no siempre la afirmación "tengo hambre" o responder "sí" a la pregunta "¿se siente triste o alegre?" o decir "estoy triste", estarían bajo control de la estimulación privada que suele acompañar a efectos públicos en relación a ambas respuestas verbales. Puede decir que siente hambre bajo la señal de la hora, o de un amigo, en vez de ante la estimulación privada discriminada como hambre por haber transcurrido mucho tiempo sin ingerir alimento; y puede responder ¡sí! a la pregunta sobre estar alegre ante un gesto de la cara de su madre o de su marido, o cualquier otro suceso, en vez de por la discriminación de una contingencia de reforzamiento positivo de un cierto nivel que hubiera cambiado algún estado corporal

³ Las sensaciones, los sentimientos socialmente establecidos se refieren a la discriminación de la propia conducta en, quizá, la parte privada de las contingencias más extremas y de las funciones verbales de lo que fuera (un estado del cuerpo o cualquier elemento en el ambiente físico o social) que vendrían dadas directa o derivadamente por la historia. Son en primer término otros quienes nombran -y reaccionan de particulares formas lo que nombran- asumiendo supuestamente que nombran algo que ocurre en el organismo (un estado del cuerpo más o menos activado) en relación a una contingencia pública (algo positivo ocurre para el niño y la mamá le dice, "estás contento", ¿cómo estás? ... "contento")

Considerando, pues, la procedencia social de los comportamientos verbales que hablan de emociones, de sentimientos (como del resto de comportamientos ya que los humanos vivimos en una comunidad verbal), podría indicarse, para el caso que nos ocupa, que el sentir en un momento dado supuestamente se refiere a (1) la discriminación verbal de estados que son parte de una contingencia operando en tal momento de forma directa (ocurre algo), (2) el sentir como la discriminación de estados que provienen del efecto derivado por la conducta verbal (debido a que la conducta verbal está en relación de equivalencia con contingencias, las funciones del pasado son "traídas" al presente), sea una función aversiva o indicativa de reforzamiento positivo, (3) el sentir sirva de elemento de control para su descripción / valoración (explícita a veces) con lenguaje de sentimientos o emociones compartido por la comunidad verbal.

(calificado como triste o alegre) o también ante la señal que tuviera la función condicionada de estímulo discriminativo (indicativo de reforzamiento según la historia directa y/o derivada).

Se ha de contemplar cómo se aprendió, si así ocurrió, a *mostrar o comunicar los sentimientos, o sea, menos dualísticamente, cómo se aprendió a hablar con un lenguaje de sentimientos, de emociones, de sensaciones*. Es decir, primero ha de ocurrir tal proceso de discriminación en ciertas contingencias más o menos fuertes (notar y notarse lo que fuere calificando la reacción, según la comunidad, con un lenguaje emocional o de sentimiento, incorporando topografías verbales y siendo esencial todas las circunstancias en las que se establece la discriminación, lo que incluye variados estímulos presentes al producirse la contingencia). Y segundo, ha de considerarse qué función se dio a tal comportamiento discriminativo. Es decir, una cuestión es darse cuenta y otra cómo se reacciona a ese darse cuenta. Por ejemplo, si aprendió a ser consciente o discriminar ciertos eventos privados bajo el nombre de sentir en situaciones o contingencias extremas, o bien le hicieron consciente de pequeños niveles de activación o contingencias y en cualquier situación o condición, o bien según y cómo (por ejemplo, según que función cumplan las personas presentes, o sólo con uno mismo como audiencia, o dependiendo de las temáticas, o de las actividades que se tenga entre manos -de más o menos responsabilidad).

Como hemos señalado, una persona pueda haber aprendido a discriminar parte de las contingencias operando o a describir la función de los estímulos, pero sus *reacciones a tales funciones* puede ser diversa (coloquialmente se diría que unos reaccionan o valoran los sentimientos de un modo y otros de otros, más aún, que unos son sensibles a sentimientos muy poco relevantes para otros). Se comunique a otros, o sólo a uno mismo, lo que se aprecia del propio comportamiento en ciertas circunstancias, es importante el proceso histórico a través del cual ante una respuesta emocional o de sentirse de una forma X, aprendimos a paralizar la actividad que estuviéramos haciendo o fuéramos a hacer, o si por el contrario, no se estableció una relación de dependencia (que se razona, coloquialmente, como causal) entre sentir de un modo (o pensar algo) y abandonar lo que es importante a largo plazo cuando así

ha de hacerse. Este aspecto se refiere directamente a cómo aprendimos a valorar (a reaccionar) los sentimientos (o los pensamientos). Podríamos señalar, siguiendo la conceptualización diferencial de Kantor (1975) entre reacciones emocionales y de sentimientos- que cuando las personas se hallan "atadas" a los sentimientos, son víctimas de ellos, ocurre que han tomado por emociones lo que sólo son sentimientos (la reacción emocional paraliza la acción al menos por breves segundos, mientras que el sentimiento es una respuesta a la función verbal de los estímulos o circunstancias que no paralizaría la acción).

Por ejemplo, tener un recuerdo que "se siente doloroso" (por derivación) puede ser la ocasión para: (1) comportarse como uno se hubiera comportado cuando ocurrió la experiencia dolorosa, o como verbalmente se ha relacionado con las cosas dolorosas, negativas, que no gustan (por ejemplo, hacer algo conscientemente para quitar o evitar el dolor del recuerdo); o bien (2) puede ocurrir que se observe que se tiene un pensamiento o un sentimiento negativo (o calificado como doloroso) y, no obstante, no paralizar la vida, la actividad, o sea seguir haciendo lo que es valioso para uno en la vida, sin que el sentir paralice o impida la vida, sin limitar la exposición a las contingencias. Así pues en el análisis de los problemas psicológicos, toma especial consideración la forma en que un paciente o cliente ha aprendido las relaciones arbitrarias entre comportamientos, especialmente entre sentir y hacer, cómo ha aprendido a lo largo de su historia a notar o ser sensible a un estado del cuerpo global, o a estímulos que funcionan verbalmente como tener un sentimiento de vacío, de ansiedad, de insatisfacción, de ira, etcétera). Más aún es esencial lo que aprendió a hacer con tales sentimientos (también valdrían lo que se denomina como pensamientos o recuerdos que tienen funciones aversivas y que molestan considerablemente al cliente).

Alteraciones en el proceso de formación del yo, de la valoración del comportamiento emocional, del sentir, del pensar, del tener recuerdos, así como el tipo de relaciones arbitrarias establecidas a lo largo de la historia entre pensar o sentir y hacer, son la base de numerosos problemas psicológicos que se retratan en la taxonomía oficial como trastornos formales en vez de funcionales, es decir, una taxonomía que no tiene en cuenta las condiciones en las que estos

problemas se producen y que responden necesariamente al contexto histórico de tal persona en la dirección apuntada por diferentes autores y mencionada previamente.

No obstante, habría de señalarse que las variables bajo las cuales se produjo el autoconocimiento y las *relaciones arbitrarias* establecidas en la historia de cada persona entre lo que coloquialmente se denomina como pensar, sentir y hacer son los pilares esenciales que se analizan desde el conocimiento disponible a nivel experimental en torno a (1) las condiciones que permiten el establecimiento de relaciones arbitrarias y en torno a (2) la emergencia de nuevos comportamientos o cambios de funciones por derivación (transferencia y transformación de funciones)⁴.

De una forma más genérica, y a nivel experimental, el estudio de las relaciones entre comportamientos establecidas bien directa o derivadamente (en el marco de procedimientos conocidos como correspondencias decir-hacer-describir, por ejemplo; los innumerables estudios sobre relaciones de equivalencia y no equivalencia) ha mostrado la formación de numerosas clases operantes (contextualizadas) así como la *transferencia y transformación de funciones a través del tipo de relación* entre estímulos o comportamientos (relaciones de equivalencia, de comparación, de oposición, etcétera) en las que el mismo estímulo o comportamiento puede estar en relaciones distintas con otros según claves o marcos contextuales⁴

⁴ Sirvan los siguientes ejemplos:

(1) las respuestas a las personas A, B, C, y D pueden ser de equivalencia en el contexto, o condición de un estado disposicional de "alegría", mientras que las respuestas a las personas A y B pueden ser de oposición en el contexto de un estado disposicional de tristeza.

(2) Cuando ante errores una persona ha sido calificada, ella misma en vez de la actividad realizada, como estúpida, inútil, sus sentimientos como malos, etcétera, podría mostrar rechazo de sí misma de una forma generalizada o contextualizada a ciertas situaciones en tanto que no se habría diferenciado el yo como contexto y como contenido. Por derivación, esa persona podría sentir rechazo de sí misma en nuevas situaciones que tuvieran una relación de equivalencia con la situación vivida, y comportarse en esa nueva situación de acuerdo a lo que se hace con lo que se rechaza.

(3) No proveer de responsabilidad a una persona en la condición X produce que la persona no se vea responsable en cualquier otra condición en relación de equivalencia con X. Igualmente, una persona puede verbalizar que lo que hizo en la condición Z le salió mal, y no intentar hacer nada en relación a otro aspecto o temática (que nunca ha intentado previamente) pero que está en relación de equivalencia con Z. Se transfieren las funciones a través de los elementos que forman parte de la clase, y la dirección de transferencia depende del tipo de relación que define la clase, en este caso de equivalencia.

(Continúa...)

(Ayllon, 1992; Gómez, 1998; Hayes y Wilson, 1995; Hayes, Kohlenberg y Melancon, 1989; Hayes, Gifford y Wilson, 1996; Luciano, 1992, 1999; Roche y Barnes, 1997).

Las combinaciones que pueden establecerse en la historia individual respecto de las relaciones entre comportamientos son numerosas, de modo que pensar o hablar sobre un sentimiento o estado disposicional puede, en ciertas situaciones, preceder una actuación (pudiendo ser diferentes actuaciones según diferentes condiciones o contextos -o personas-), o bien puede no servir de elemento de control, o bien no haber llegado a ser siquiera discriminativo para una persona (que no actúe como estímulo discriminativo, ni evento reforzador ni aversivo). En este sentido, Kohlenberg y Tsai (1991) han analizado críticamente la Terapia Cognitiva de Beck indicando diferentes combinaciones recogidas en su experiencia clínica en las que las relaciones entre comportamientos son numerosas. Enfatizan, además, la importancia que un análisis funcional particular de tales relaciones tiene en el tratamiento de los problemas frente a la admisión de creencias rígidas como los que denota una posición cognitiva que asume las relaciones como algo necesariamente dado a todos los organismos en vez de conformado a través de su historia de contingencias, y por ello mismo, diferencial de unos sujetos a otros y en el mismo según condiciones. El análisis que el terapeuta haga al respecto conducirá a unas estrategias u otras en sus intentos por cambiar el rumbo de los problemas del cliente.

(4) Si hay una relación de comparación entre tres personas (A más que B y B más que C) y ocurre que se tiene una interacción desagradable con B que conlleva una reacción emocional y de escape, se produce un efecto derivado de esa interacción a través de la relación entre A, B, y C. Así, ocurriría que ante C habría, por primera vez, una reacción emocional pero menor que la que hubo ante B, siendo la reacción emocional ante A mucho más pronunciada que la habida ante B y consiguientemente la respuesta de escape. Es decir, se transfiere la función de B a A y C pero la dirección de esa función derivada responde al tipo de relación entre los elementos de la clase, en este caso, de comparación.

(5) Se produce una transformación de funciones cuando ante una relación entre elementos, por ejemplo de equivalencia, y dadas unas reacciones precisas a tales elementos, se introduce una función incompatible con la dada previamente en relación a uno de ellos, teniendo la nueva función más fuerza que la función previa, hasta tal punto que cambia el signo de la relación entre elementos, o bien el signo de la función de todos ellos. Por ejemplo, ante la información provista respecto de A por alguien de gran confianza para una persona, ésta comienza a actuar de una forma diferente en relación a la persona A respecto a como había actuado previamente con ella (y por derivación a otras en relación con A).

Así, en los casos en que los pensamientos o los estados disposicionales son elementos de control de ciertas actuaciones "dan la apariencia de causas" pero sólo son razones convencionales que en modo alguno indican las causas de la relación entre diferentes comportamientos, por ejemplo, pensar y hacer (Hayes y Brownstein, 1986). Sin embargo, parece "lógico" según la comunidad verbal hacer afirmaciones del tipo: "no voy a hacer x *porque* no me siento de humor o no lo he hecho *porque* no estaba de humor", "no puedo jugar *porque* me acuerdo de mamá o lloro *porque* me acuerdo de mamá y por eso no juego ni como", "no puedo hacer el examen *porque* estoy nerviosa o no llegué a hacer el examen *porque* estaba nerviosa", "lo hice *sin* darme cuenta", "si me enfrento a ello, me saldrá bien o me salió bien *porque* me dije a mí misma que me enfrentaría a ello", "soy un genio y sé que tendré éxito o me ha salido genial *porque* soy un genio", "me siento tan triste que no puedo seguir", "eso que veo me produce tanta ira que haré x", etcétera.

No obstante, las relaciones, por ejemplo, entre decir de un modo particular y hacer; entre decir algo sobre cómo uno se siente, en público o para uno mismo como audiencia, y actuar de un modo particular son *correlaciones*, de modo que aunque sirvan de elementos de control no "explican" el comportamiento bajo su control que es lo que genera los problemas en la vida. La psicología convencional está plagada de este nivel de análisis que, sin duda alguna, resulta informativo -y predictivo según qué condiciones- pero en modo alguno, esas correlaciones indican el modo o las variables precisas para llegar a cambiar la relación entre comportamientos ni tampoco explican la procedencia de cada uno de ellos (Hayes y Brownstein, 1986). Un análisis funcional, no obstante, permite a partir de tal información correlacional (por ejemplo, "me tomo una pastilla *porque* me siento mal") establecer: (1) las condiciones en las que se aprendió a decir "me siento mal", (2) las condiciones determinantes de "tomar pastillas", y (3) las condiciones responsables de la relación entre (1) y (2). Dado que las relaciones entre comportamientos como sentir (el efecto derivado de las palabras, de las situaciones), o pensar y recordar algo (que incluye el efecto derivado de la experiencia recordada o pensada) y hacer o actuar, se establecen arbitrariamente en la historia individual por las contingencias

que operan las relaciones, pueden estar deliberadamente relacionadas a unos haceres u otros, o a nada en especial.

Desde ahí, y entendiendo que en los problemas psicológicos muchas relaciones entre comportamientos son plenamente conscientes para el cliente y son justamente las que contienen el problema, no se plantea la necesidad de cambiar la verbalización sobre el estado de ánimo para cambiar la relación, o sea para hacer lo que sea preciso hacer en vez de lo que es inhabilitante o no válido a la larga en la vida de uno (por ejemplo, sentirse mal en x o discriminar tal predisposición en cierta situación e ingerir alcohol o tomar pastillas o quedarse en cama, etcétera). Sin embargo, es insistente la literatura al respecto en términos de considerar las correlaciones como relaciones causales, de modo que no sólo el lenguaje que hemos aprendido muestra una tendencia claramente dualista como señalara Ribes (1990) sino que los modelos psicológicos potencian deliberadamente ese dualismo cuando no se contemplan los fenómenos psicológicos en el marco en el que ocurren y en el contexto de la historia personal.

Ha de indicarse que igual que la relación existe también puede romperse al generar otras relaciones y sin que sea necesario cambiar los contenidos de los pensamientos, ni cambiar el aspecto formal de sentimientos aunque sí su función. Las estrategias efectivas para conseguir tal cambio en las relaciones entre comportamientos adquieren una importancia considerable en el contexto clínico. Desde el manejo directo (cuando así es posible y aconsejable) de las contingencias que mantienen la clase operante, es decir el cambio por contingencias a través de muchos ejemplos de la clase (como sería el caso principal en FAP), hasta diferentes estrategias para romper las relaciones, generando otras sin necesidad de cambiar los contenidos, a través de diferentes fórmulas verbales (metáforas, por ejemplo) que colocan la relación antigua en un nuevo marco o contexto verbal que, si lo es, debe alterar la función de la relación previa entre comportamientos (como sería el caso principal en ACT) (véase revisión en Luciano y Gómez, 1999).

No obstante, la investigación básica de muchos de estos aspectos ha de continuar lo que sin duda redundará en un perfeccionamiento de los elementos terapéuticos y viceversa, la investigación clínica

con la aplicación de estas terapias indicará aspectos de investigación puntuales que sólo pueden surgir en el entorno clínico donde las relaciones entre comportamientos y los problemas de autoco-nocimiento son profundos y crónicos en la alteración o desajuste en la vida.

Recomendamos la lectura de la investigación básica con el objetivo de servir de base para una lectura comprensiva y funcional de las terapias en las que, a continuación focalizaremos la atención, especialmente la literatura dedicada al establecimiento de relaciones y la derivación.

En los apartados que siguen, como hemos advertido, no se utilizará un lenguaje estricto en el sentido funcional sino que se tendrá que hacer uso en numerosos momentos de las etiquetas verbales que los clientes utilizan, es decir, que el lenguaje que sigue va dirigido al trabajo con los pacientes o clientes. Significa que hemos de utilizar un lenguaje coloquial, el lenguaje ordinario producto de la comunidad verbal en la que globalmente se inserta y vive el terapeuta y el cliente. No se confunda, pues, la forma del lenguaje en terapia con la función que se provee al mismo, es decir, con el tratamiento que se dé a los comportamientos denominados como sentimientos, pensamientos, recuerdos que es un tratamiento esencialmente radical. Sin duda, añadiríamos, se requiere ya un análisis desde los términos coloquiales que proporcione una formulación técnica en relación al sentir, al emocionarse, al pensar, entre otros.

3. HISTORIA Y CARACTERÍSTICAS DE ACT Y FAP

FAP supuso -y supone- la forma de entender la relación terapéutica y el análisis de los problemas clínicos de una forma radical en tanto que se dirige a las raíces o fundamentación básica de la relación y del comportamiento verbal y eventos privados desde el Conductismo Radical de Skinner. Tanto estos autores como genéricamente los de ACT han salido "al paso" de -como siempre- posiciones anticientíficas, posiciones que muestran un grado de insensibilidad a las contingencias procedentes de los estudios sobre estos fenómenos que han dado pie a una fundamentación y tecno-

logía precisamente desde la posición filosófica que ha sido enjuiciada como "muerta", y como una aproximación que niega la existencia de los eventos privados; sin embargo esas afirmaciones indican un grado considerable de desconocimiento del Conductismo Radical⁵. Es paradójico que estas terapias estén siendo, a través del análisis experimental del comportamiento verbal y el análisis de la derivación y generalización, las que estén cubriendo los vacíos y estén permitiendo solventar los análisis de los errores de terapias conocidas como cognitivas que, fueren las que fueren, se fundamentan en una concepción dualista de lo psicológico. No obstante, la terapia como acto social no puede ciertamente hacerse cargo del pensamiento y los sentimientos más de que la única forma posible: a través de las equivalencias o condiciones que las traen "a colación" lo que supone necesariamente analizar el comportamiento verbal de una forma funcional.

FAP (Functional Analytic Psychotherapy) se publica formalmente en 1991 por Kohlenberg y Tsai sobre la base de un capítulo de los mismos autores en 1987. Desde entonces, su extensión es un hecho en relación a diferentes problemas y por diferentes autores como muestra la recopilación en Hayes, Jacobson, Follette y Dougher (1994)⁶, y la extensa Dialectic Behavior Therapy (DBT) diseñada por Linehan sobre la base de FAP como ella misma indica (Linehan, 1993).

La Terapia de Aceptación y Compromiso se conoce con una única palabra -ACT- (siglas de *Acceptance and Commitment Therapy*). Se concibe como una única palabra en el fiel sentido que los autores originales desean dar a estas letras, es decir, el significado básico de la terapia como ACTUAR, no de simular sino de hacer, de práctica, de implicarse en -o seguir- la vida como un valor estrictamente personal y notando o aceptando sin límites lo que no puede o no quiere cambiarse.

⁵ (véase para un análisis de estos errores, por ejemplo, Skinner, 1945, 1969; Bijou, 1976; Luciano, 1991; Todd y Morris, 1983; Ayllon, 1992, Pérez Alvarez, 1996, 1997)

⁶ En este texto se presenta una panorámica del concepto de Aceptación a través de terapias (ACT, RET, DBT y FAP). Se presenta también la extensión de ACT a diferentes problemas y en relación a FAP: para el tratamiento de parafilias, conductas adictivas, alcoholismo, en el contexto de la familia, de los ancianos, en problemas de pareja y en personas que han sufrido de abuso sexual.

Las primeras versiones de ACT formuladas por Hayes en 1987 fueron identificadas como *Comprehensive Distance*. Es posteriormente cuando se identifica como ACT y se publican sucesivas versiones de manuales (en 1991, 1995 y 1999). El último manual ha de ser utilizado en combinación con el compendio de ACT (Hayes, Stroschal y Wilson, en prensa)⁷ que evitará, o al menos facilitará, que esta terapia no sea entendida como un conjunto de metáforas y ejercicios fuera de contexto sino justamente en una perspectiva eminentemente funcional del comportamiento en aras a generar los cambios necesarios en cada caso sobre la base de las relaciones arbitrarias entre lo que el cliente ha de hacer para tener la vida que puede tener y sus sentimientos y pensamientos.

FAP estaría presente en ACT en lo que a relación terapéutica se refiere, aunque el interés y compromiso del terapeuta es más acuciante en unos casos que en otros. Kohlenberg, Hayes y Tsai, (1993) señalan que FAP se dirige al análisis y cambio de comportamiento a través de contingencias directas, mientras que ACT lo hace en el marco de la conducta con implicación verbal o regulada por el lenguaje o reglas, y concierne al control defectuoso de reglas. En modo alguno son incompatibles sino complementarias. FAP especialmente apropiada para clientes con dificultades en relaciones íntimas y/o problemas interpersonales difusos y penetrantes. La ACT se aconseja en clientes que luchan contra sus sentimientos, sus pensamientos, sus recuerdos, de un modo que la lucha "paraliza" o "limita" su vida hasta el punto que solicitan ayuda profesional para *encontrar*

⁷ Es un texto completo, tanto por el fundamento filosófico como por el basamento experimental y como por la descripción exhaustiva de las estrategias y sus fines funcionales. Recomendamos, pues, que los lectores interesados estén alerta a la edición en inglés si realmente desean disponer de la información directa sobre el cómo, y el qué de esta terapia. En castellano disponemos de los trabajos realizados por el profesor Marino Pérez Alvarez publicados en 1996 en los que expone una amplia y original aportación histórica de diferentes terapias con análisis sobre los elementos esenciales de las mismas para acabar describiendo un compendio de las terapias FAP y la ACT bajo el rótulo genérico de Terapia Contextual. Más pormenorizadamente ambas terapias han sido descritas por el mismo autor en su trabajo de 1996 aunque no se presentan como si de manuales en castellano se trataran. Cabe destacar la importancia que tendría la traducción de FAP (1991), los manuales de ACT y el texto completo (en prensa), e igualmente merecería la pena la traducción del manual y el texto de la DBT de Linehan.

modos a veces más sofisticados de lucha contra aquello que les molesta, les agobia, les da miedo. Sin duda, no es ésa la solución. No obstante, según la concepción que el terapeuta pueda tener en torno a los problemas del cliente, podría conducir al cliente por recorridos que sólo alentaran más su problema, simplemente por fomentar o instruir nuevas fórmulas para acabar con las molestias como, por ejemplo, indica Dougher (1994): colocación de cristales, perfumes, distracciones, meditación, parada de pensamiento, valium, masajes, razonamientos, disociación, etcétera).

La interrelación entre ambas terapias se muestra claramente en cuanto que muchos clientes con problemas típicos de ACT también muestran problemas interpersonales y el contexto terapéutico se convierte, así, en el lugar ideal -y necesario- para su análisis y cambio⁸. Por otro lado, datos muy recientes apuntan al uso ya de FAP o ACT o ambas en relación a problemas similares (ABA, 1999). FAP y ACT quedarían combinadas sin incompatibilidad conceptual alguna en tanto que las asunciones sobre los problemas son las mismas, así como el análisis funcional del comportamiento verbal del cliente y terapeuta aunque en FAP el terapeuta apunta más directamente a los ejemplos de las clases operantes que ocurren - y se provocan- en sesión, mientras que ACT se orienta mucho más al análisis del comportamiento bajo reglas y la intervención a través de las relaciones de equivalencia y no equivalencia.

FAP fue presentada en sus diferencias y similitudes respecto de la Terapia de Conducta Cognitiva y el Psicoanálisis. Específicamente se ha hecho relación a lo que puede añadir a la Terapia Cognitiva de Beck en la resolución de trastornos depresivos. En este sentido, Kohlenberg y colaboradores (1999) presentan una nueva aplicación de FAP específica para Depresión (FECT: FAP Enhanced Cognitive Therapy) y que resuelve a través de FAP los problemas identificados por terapeutas cognitivos en lo que supone una mejora de la tera-

⁸ De hecho, el uso de ACT y FAP en clientes con trastornos depresivos en quienes se observa un problema de personalidad borderline, parece facilitar la intervención global. Esta información podría permitir un análisis de la dificultad de según y qué tratamientos respecto de clientes con diferentes problemas y trastornos de personalidad según los datos provistos en Pelechano (1999; en prensa).

pia cognitiva diseñada por Beck. Se presenta en FAP un análisis en relación a las relaciones diferentes que concurren en el análisis funcional de los problemas clínicos de modo que no siempre B (el pensamiento o creencia) se postula como previa a C (los sentimientos, la actuación, el comportamiento en el esquema ABC). De hecho las combinaciones son numerosas (véase Figura 1) y de acuerdo a las mismas cabría intervenir en diferentes direcciones. Más aún, no tener en cuenta las combinaciones que han podido generarse en la historia de cada cliente, puede conducir a intervenciones iatrogénicas que realcen alguna clases de comportamientos que sean justamente lo que impiden a la persona tener una vida de acuerdo a sus valores.

Por otro lado, y como hemos indicado previamente, Linehan (1993) ha generado la Dialectic Behavior Therapy (BDT) desde las bases formuladas por Kohlenberg y Tsai en FAP y los conceptos radicales de aceptación en Hayes (1987) resultando una terapia dirigida especialmente a la conceptualización y tratamiento de las personas con trastornos de la personalidad borderline. De hecho, la BDT es una forma de hacer en la que se combinan fórmulas ACT y FAP así como otras técnicas que al igual que en las anteriores terapias son entendidas en el contexto de la relación entre las funciones que recíprocamente ejercen los comportamientos del cliente y del terapeuta en el proceso de la sesión.

Finalmente, ambas terapias comparten el concepto de Aceptación no en términos de aceptación verbal de lo que fuere sino en términos estrictamente radicales en tanto que "aceptar es actuar en dirección a lo que vale en la vida de cada persona". Es una aceptación activa (en contra de ser víctima) de lo que no puede cambiarse o no se desea cambiar o evitar. En términos estrictos aceptar es actuar en la dirección oportuna. El concepto y acto de Aceptación están presente en diferentes formas de vida, filosofías o religiones. Son formas de funcionamiento ante la vida que forman parte más en unas culturas que otras, y en cada cultura, más en unos grupos sociales que en otros, así como en cada familia, más en unos individuos que en otros. Más aún, en cada individuo más en unos aspectos de la vida que en otros. Las terapias psicológicas no han sido una excepción.

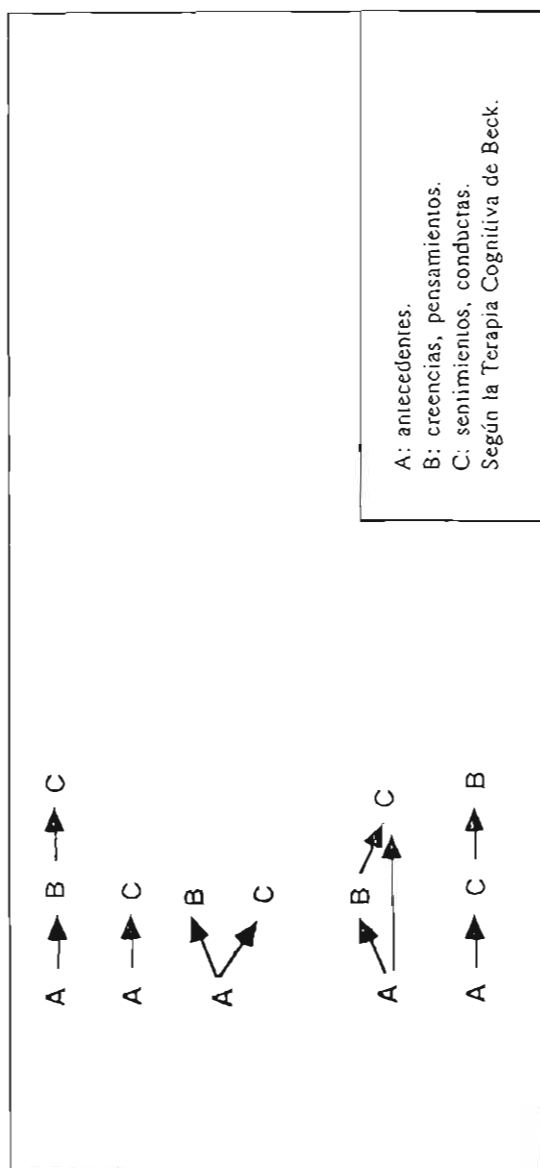


Figura 1.- Clasificación de relaciones según Kohlenberg y Tsai (1991) y Kohlenberg y cols. (1999) en su análisis de la Terapia Cognitiva de Beck

El *concepto de Aceptación* se halla en diferentes formas terapéuticas sin embargo lo que *diferencia* a unas de otras es el comportamiento que se refiere a la Aceptación y *el modo a través del cual se lleva a cabo*. Por ejemplo, Ellis sostiene un concepto de Aceptación verbal, de aceptar verbalmente lo que fuere pero no es una aceptación activa en los términos expuestos en ACT. En ACT, la aceptación se entiende en el contexto de las actuaciones respecto de los valores de uno, es decir, no es la aceptación razonada, no es una aceptación de estar dispuesto a hacer, sino de hacer en lo que vale para uno, vengan o no los pensamientos, los recuerdos, los estados disposicionales.

Hayes (1994) señala el análisis de la aceptación respecto a varios niveles: (1) la aceptación de la historia personal en tanto que es algo que uno no puede "eliminar" y es siempre aditivo, es decir, se ha de aceptar lo habido como algo que estará presente de muy diversas maneras, especialmente por las características del comportamiento verbal que nos permite contactar "verbalmente" con el pasado y con el futuro; (2) la aceptación de los eventos privados para los que no es útil la actuación que los elimine (no es lo mismo que duela una muela, siendo su eliminación efectiva que el dolor de sentirse vacío e intentar eliminar ese pensamiento y sentimiento); (3) valorar los riesgos, a nivel del cliente, de la aceptación o el cambio directo - y que puede realmente hacerse- de un comportamiento que molesta o puede generar problemas a corto o largo plazo (por ejemplo, alta velocidad, hacer ejercicios, hablar con tonalidad muy alta, etcétera); (4) la aceptación de uno mismo, como un cuerpo físico y como un repertorio integrado⁹. Es decir, aceptar el *yo como contenido* en tanto que un yo que habla de la propia conducta (que la valora, que la interpreta, que predice, que explica, que razona), sería el yo conceptual, el sistema verbal que ha sido conformado en la historia de cada uno. Aceptar el *yo como proceso de conocer*, un yo que permita el conocimiento, incluyendo el conocimiento de tener emociones, que permita la conciencia del conocimiento de uno. Por último, el yo como contexto o el sentido de la perspectiva en tanto

⁹ Véase una recopilación del concepto de Aceptación en Ferro (1998).

que todo el contenido y el proceso de conocimiento ocurre siempre en el mismo locus abstracto que trasciende al tiempo, al propio cuerpo con sus cambios sucesivos, al propio conocimiento y valoración de uno, en diferentes momentos de la vida y del día. En este mismo contexto, Hayes señala algunos ejemplos en los que la aceptación sería útil, requiriéndose en cada caso un análisis de la efectividad y posibilidad del cambio siempre de acuerdo a los valores para la persona, o de la aceptación en aquello que no es posible.

Cabe preguntarse, qué ofrece la Aceptación de aquello que no puede evitarse o cambiarse. Cordova y Kohlenberg (1994) indican algunos de los beneficios de la Aceptación (activa) que se fomenta en FAP. Se resalta que la Aceptación resulta en el contacto con actividades reforzantes (por ello, abren posibilidades y generan otros sentimientos); también incrementa el potencial para las acciones efectivas; y, reduce, a la larga, el nivel de sentimientos negativos.

Justamente por estos beneficios, añadiríamos, es por lo que la mayoría de las terapias actuales, incluso las terapias que en otros momentos fomentaban otros tipo de estrategias (como cambiar los pensamientos) están dirigiendo sus pasos hacia la aceptación, cuestión diferente es *cómo se fomenta o genera* lo que, sin duda, no puede separarse del éxito en conseguir un buen resultado o bien del fracaso en tal fin. Como hemos señalado en otro lugar (Luciano, y Gómez, 1999), la forma en la que se genera la ruptura de clases, la ruptura de una relación entre pensar o sentir y actuar puede ser de diferentes formas. Queda mucha investigación al respecto entre las que cabe señalar si la instrucción de la aceptación sería efectiva en la misma dirección planteada por Haas (1994), y, sin duda, la investigación en los procesos verbales implicados en la ruptura a través del uso de metáforas y ejemplos de diversa índole que conectan con la función de relaciones desadaptativas. Aceptar, como ya hemos señalado, es actuar en una dirección valiosa para uno.

Como podrá observarse en las sucesivas páginas, todas estas consideraciones -y muchas otras que no hemos incluido aquí- serán retomadas en un marco clínico. Reiteramos que sin la exhaustiva comprensión de los fundamentos básicos de estas terapias se corre el riesgo de que no signifiquen más que un listado de recomendaciones, ejercicios y metáforas, en suma, quehaceres terapéuticos

que podrían llegar a ser iatrogénicos, por lo que nuevamente resaltamos la importancia de buscar las fórmulas para comprender y seguir los basamentos experimentales y paralelamente para conocer el efecto de la puesta en práctica lo que uno crea haber entendido. Volveremos en diferentes momentos sobre estos aspectos mientras exponemos un análisis fundamentado en la lectura y la experiencia en diferentes casos en FAP y ACT con el objetivo de facilitar -quizá- su puesta en práctica.

4. LO CENTRAL O “EL CORAZÓN” DE FAP

Al conceptualizar la clase de comportamientos problemáticos en el marco de clases funcionales con contingencias naturales provistas en el entorno del individuo, el comportamiento en sesión se entiende como una parte de la historia del individuo sin poder ser de otro modo. De ese modo, el terapeuta ha de estar alerta para generar condiciones que puedan tener diferentes funciones y para aplicar las contingencias oportunas y naturales. Igualmente ha de provocar numerosas respuestas en el cliente a fin de facilitar la generalización desde el nivel de funcionamiento conseguido en las circunstancias clínicas a otros contextos que son precisamente aquellos en los que se detectó la presencia de un problema. FAP ejemplifica con adultos un quehacer totalmente activo del terapeuta de manera que su compromiso se advierte extenso en la relación terapéutica. Como hemos ejemplificado en otro momento, las estrategias en FAP suponen diferenciar las conductas clínicamente relevantes que han de ser tratadas diferencialmente ahí a fin de alterar las contingencias que comportan las clases operantes a las que pertenezcan. De ese modo, se influye en los comportamientos que se producen fuera del contexto clínico a través de precisamente los que se producen en el mismo. A la par, FAP comporta la necesidad de que el cliente llegue a advertir y discriminar las “razones” de su comportamiento en relación a las condiciones en las que se produce. El establecimiento de modos de actuación que sean útiles en su vida entendiendo la sesión como una parte de su vida en la que la clave no es razonar sobre los problemas sin que, en todo caso, se actúe en

ellos mismos. El papel activo del terapeuta es esencial como un miembro de la comunidad social con sus propias actitudes, creencias, conocimientos y habilidades.

En FAP, el comportamiento del cliente en sesión cobra o "es" el agente principal del problema y de su resolución. Pero no es la forma del comportamiento lo que resultaría de interés sino la función que puede cumplir en el contexto terapéutico que ha de ser interpretada por el terapeuta de manera que conduzca a una reacción u otra por su parte, justamente según las hipótesis que realiza sobre la relación entre el comportamiento del cliente en sesión en particulares circunstancias y los problemas a los que el cliente quiere dar solución fuera de la sesión. En una perspectiva funcional, los comportamientos desadaptativos están mantenidos por contingencias reforzantes positiva o negativamente en un momento puntual aunque a la larga lleguen a propiciar un resultado o tendencia de respuesta desadaptativa o, lo que es igual, que resultan en un fracaso en lo que es fundamental para el cliente en sus condiciones de vida.

El comportamiento del cliente es una respuesta "consciente o no" en las condiciones funcionales que provee la situación clínica lo que incluye lógicamente la función que cumplen las características y el comportamiento específico del terapeuta. Las respuestas provistas en tales situaciones, tanto por parte del cliente como del terapeuta, son fruto de la función dada por la historia en situaciones física o funcionalmente similares o equivalentes. Así, el terapeuta se ve comprometido en la relación con el cliente de manera tal que el proceso o curso de las sesiones es una parte del objetivo a conseguir. El comportamiento del terapeuta es esencial habiendo de ser plenamente consciente de las "herramientas en sus manos" lo que significa que su comportamiento ha de ser natural pero en la dirección conscientemente considerada como más correcta para el cliente con el cual trabaja. No se trata de "gastar un rato -profesional- en charla con el cliente mientras cuenta sus problemas" sino de actuar naturalmente ante la detección de los comportamientos del cliente y lo que sea más beneficioso para él siendo consciente de las múltiples variables que pudieran estar controlando y operando en los comportamientos del cliente y el suyo propio. La relación en el pro-

ceso terapéutico es flexible y el terapeuta habrá de guiarse por lo que considera es de interés para el cliente aunque a veces el proceso requiere potenciar respuestas que podrían ser entendidas como superadas y que si no se reforzaban en tal momento terapéutico pudieran estancar el proceso de moldeamiento. Supone un análisis crítico y constructivo por parte del terapeuta en tanto que habrá de discriminar su propia conducta sobre los efectos en los comportamientos del cliente (como clase) en sesión y fuera de ella.

En los siguientes párrafos enumeramos los aspectos esenciales de FAP siguiendo a Kohlenberg y Tsai (1991) resaltando aspectos que en la práctica de FAP hemos detectado quizá más necesitados de énfasis lo que en alguna ocasión nos remite a formulaciones de DBT. Igualmente, resaltamos cómo se contempla, en todo momento, la aceptación en FAP. Se trata, pues, de establecer el recorrido de esta terapia para apuntar algunas precauciones y alentar su estudio dirigiéndose a los textos originales. Por ello, no se entiendan los párrafos que a continuación siguen como si de un manual fugaz se tratase. Tal reconversión no es el objetivo por cuanto se pretende en este trabajo *resaltar la lectura de la obra original*.

FAP no provee guías específicas para el terapeuta sesión a sesión sino que ofrece un marco de actuación conceptual y técnico en el que el terapeuta ha de mostrarse natural ya que el uso de guías específicas iría en contra de ello. Se trata de que el terapeuta actúe naturalmente y ello significa que el comportamiento del terapeuta en lo que supone la reacción a los comportamientos del cliente, presente oportunidades para el cliente y sirva de modelo en situación cuando así convenga. Tales habilidades deben formar parte de su repertorio de una forma casi tan "inocente" que no haya de utilizar "reglas" o "guías" recordatorias para "actuar en sesión". No obstante, y señalada esa filosofía, los autores apuntan unas reglas que pueden servir de indicios para que los terapeutas lleguen a concebir la terapia y queden advertidos justamente de algunos peligros que redundarían en fracasos terapéuticos en tanto que potencien, provoquen o generen comportamientos clínicos desadaptativos e interpretaciones que no se acompañen de los necesarios cambios en el comportamiento del cliente ajustados a las circunstancias sociales en las que el cliente ha de seguir viviendo. Como se habrá detectado

a estas alturas, FAP resalta, (1) la importancia del reforzamiento natural que provee el terapeuta, (2) resalta el comportamiento problema y el alternativo ocurriendo en la sesión (los comportamientos clínicamente relevantes), (3) entendidos los comportamientos como clases de respuesta en vez de respuestas o comportamientos puntuales, desde ahí (4) la relación entre el resultado en sesión y el resultado en circunstancias extrasesión, y en relación a diferentes miembros de la clase funcional, y (5) conceptúa el proceso terapéutico como un proceso dialéctico en la misma dirección que es contemplado en ACT y también retomado en DBT (Linehan, 1993). Un proceso dialéctico en el que la marcha del mismo es una función de las contingencias habidas en cada momento en un marco de actuación abierto que permite que ciertas formas de comportamiento del cliente queden seleccionadas por las contingencias generadas por el terapeuta.

FAP conceptúa las diversas posibilidades de relación entre los pensamientos, sentimientos y acciones que tienen un efecto en el medio físico y social, analizando, desde ahí, las conceptualizaciones al respecto en terapias cognitivas desde las que las relaciones son uniformes en vez de funcionales. FAP presenta diferentes modos de actuación a fin de resultar acordes al tipo de historias que hubieran generado los problemas que los sujetos presentan en sesión. En este sentido se analizan diferentes modos de hacer en terapia cognitiva que pueden ser tanto efectivas como inefectivas según las historias de los comportamientos problemáticos. FAP analiza los comportamientos del cliente en términos de las relaciones verbales básicas del hablante y analiza cómo éstas se convierten en estímulos para el oyente en la misma piel de modo que pueda actuarse sobre la base de las primeras. Se diferencian los varios tipos de tactos, de mandos y mandos disfrazados, las intraverbales y su papel funcional en el propio hablante, o sea como oyente. La descripción respecto de la formulación verbal de lo que ocurre y de lo que a uno le ocurre en términos de eventos privados es uno de los referentes más radicales en torno a la formación del yo como contexto y como contenido desde la conceptualización del yo que hiciera Hayes (1984), punto en el que nuevamente se unen a ACT. Igualmente, trabajan los problemas en un contexto de aceptación activa de lo más temido, un aspecto que retomaremos al final de este apartado.

Es, finalmente, una concepción constructiva que recoge modos de hacer diversos conceptualizando el comportamiento verbal y los eventos privados en un plano funcional que se diferencia totalmente de un entendimiento del quehacer terapéutico y los comportamientos del cliente sobre la base del reflejo de entidades subyacentes que no sean otras que las relativas a la historia del cliente (véase un análisis pormenorizado de diferentes formulaciones terapéuticas en Pérez Alvarez, 1996). Se describen a continuación, brevemente, dos apartados en lo que sería el corazón o lo central de FAP, las conductas clínicamente relevantes y las guías o reglas de actuación.

(1) *Las conductas clínicamente relevantes (CC)*. Así se denominan a tres tipos de comportamientos en el cliente que lo son siempre en el contexto del comportamiento del terapeuta. Las CC1 que serían las que han de decrecer, las que han de fomentarse (CC2), y las interpretaciones del propio comportamiento o CC3. El primer tipo agrupa los comportamientos que han de reducirse en sesión por contingencias naturales y por el desarrollo de los comportamientos del segundo tipo. Son valorados como CC en la sesión y se entienden relacionados funcionalmente a comportamientos en las condiciones e historia que sostienen la vida del cliente.

Como ejemplos de CC1 valdrían: (1) un cliente, cuyo problema sean las relaciones personales íntimas¹⁰ podría activarse emocionalmente en sesión ante una pregunta sobre sus sentimientos con su mujer y desviar la pregunta; (2) una cliente que tiene problemas interpersonales de diferente grado (por ejemplo, se queja de que nadie la quiere, que si están con ella es por interés, incluso su marido, porque algo "sacan de ella") crítica al terapeuta en una sesión, señalándole que hace la terapia -realmente- porque recibe dinero (que paga su marido) pero no porque desee ni le importa lo que a ella le pueda pasar, ni porque sienta nada por ella.

Como ejemplo de CC2 valdría: un sujeto (obsesionado) que gusta hacer todo de manera ordenado y premeditada, sin demora, sin sorpresas, llega a sesión un día de forma alterada, algo tarde, y sin demasiado preámbulo cuenta al terapeuta que ha olvidado hacer algo (como llamar para avisar de la demora).

¹⁰ Por ejemplo, debido a una historia de castigo por describir o mostrar sus sentimientos, el sujeto evitaría o escaparía a cualquier tema o situación relacionada con los sentimientos, incluso le resultaría aversivo notar ciertos sentimientos o que alguien le preguntase sobre los mismos. La propiedad aversiva de todas estas situaciones habría fomentado -y seguiría haciéndolo- respuestas de escape con formas muy variadas (excusas variadas, dar razones de diferente tipo, evitar contactos, etcétera).

Ha de resaltarse que tanto las CC1 como las CC2 se conceptúan como clases y no como conductas específicas y definidas por su forma. Es la función motivacional en la que ocurren unas respuestas y las contingencias que operan sobre las mismas lo que auna a diferentes respuestas como miembros de la misma clase funcional¹¹. De ese modo, si se interviene sobre diferentes comportamientos en sesión, otras topografías que formen parte de la misma clase que los comportamientos tratados, y que no se producen en sesión, puedan verse afectados allá donde tuvieran que ocurrir (precisamente por formar parte de la misma clase, bien por historia de contingencias directas o por derivación). Algunas CC1 y CC2 se relacionan en tanto que las condiciones que conduce a CC1 han de ser, en el curso del tratamiento, las que propicien CC2. Por ejemplo, si una CC1 es que el sujeto responde agresivamente (amenaza por ejemplo) cuando se pone en duda algo de lo que ha afirmado, una CC2 será que ante la misma clase de situación el sujeto responda de una forma más apropiada para poder mantener relaciones sociales (para poder mantener la relación terapéutica como un ejemplo de tales relaciones).

El grupo de CC3 se refiere a las interpretaciones que el cliente ha de formular sobre su comportamiento en sesión y las relaciones entre esas interpretaciones de los comportamiento en y fuera de la sesión. La estipulación de razones (que no causas) en las que se comporta- de una forma u otra- significa permitir que el cliente llegue

¹¹ Tómese como ejemplo el amplio rango de respuestas que topográficamente pudieran caer en una clase definida por la función de resultar amables de forma condicional a unas circunstancias u otras o bien en general. Cabrían muchas que vendrían definidas por las claves contextuales en las que tuvieran que ser producidas. Los errores que emanan de una concepción genérica de, por ejemplo, las habilidades sociales cuando se utilizan situaciones artificiales (ya reforzadores artificiales como simulaciones tipo role-playing) muestran limitaciones al faltar la variable principal que es motivacional siendo tal aspecto necesario para colocar al cliente en la situación "real" en la que justamente tiene problemas. Supóngase la dificultad de moldear la clase de conductas "ser amable". Incluiría numerosas respuestas cuya forma dependería del sistema social en el que el cliente se ubique, es decir de las funciones que pudiera cumplir el comportamiento del cliente en otros con los que convive (y con los que tuviera problemas). El terapeuta ha de reaccionar naturalmente según las reacciones del cliente y habrá de ser habilidoso en las mismas a fin de servir de ocasión como modelo natural en la situación apropiada. No es una respuesta sino un conjunto de ellas que podrían tener una función reforzante para una mayoría de individuos.

a discriminar su propio comportamiento según su propia historia y situación actual (esto implica las situaciones provistas por el comportamiento de otros y las reacciones de estos ante el comportamiento del cliente). Desde ahí se facilita su discriminación en otras circunstancias fuera de la sesión y con ello se le sitúa en una posición ventajosa para actuar de forma más efectiva en tal entorno.

Un ejemplo de CC3 que incluye CC1 sería una cliente que entre otros problemas está en terapia porque no consigue acabar lo que se propone, abandona los proyectos, las relaciones. Un día dice al terapeuta, al cabo de ciertas sesiones, que va a dejar la terapia porque algunos días no ha salido bien, incluso lo ha pasado mal en la sesión, debido a que ella (la terapeuta) no ha hecho lo suficiente para comprenderla en esos momentos que se sentía mal. Un ejemplo de CC3 y CC2 sería: una cliente con problemas similares dice al terapeuta que tiene la sensación de abandonar la terapia porque le exige mucho en sesión. Sin embargo, ha pensado que debe continuar porque lo que siente se parece a lo que siente en su casa cuando en su trabajo la exigen hacer más cosas, o su marido le pedía que hiciera algo. Antes abandonaba por ello y no llegaba a mantener una relación ni laboral ni personal.

(2) Las *reglas de actuación* son presentadas como un medio o ayuda para que el terapeuta pueda llevar a cabo su tarea de forma apropiada a FAP. Kohlenberg y Tsai (1991) advierten que tales reglas deben ser entendidas por el terapeuta como sugerencias que han de resultar en un efecto reforzante por lo que de ello tiene la consecución del objetivo a corto plazo (o "aproximación hacia") en el proceso hacia un objetivo a largo plazo. Explícitamente advierten de que se trata más de un "inténtalo" para el terapeuta que de un "deberías hacer tal y tal...". La relación terapéutica se inicia, como es habitual, recogiendo la información pertinente sobre las descripciones que el cliente proporciona del problema y de su historia haciendo uso del material que en cada caso se estime conveniente e interpretado siempre según la función que pudiera tener en las condiciones en las que se solicita que el sujeto responda. La formulación de preguntas, a modo de exploración, para conocer las funciones del comportamiento del cliente ya sirve para ir conformando el marco de actuación al respecto en tanto que lo importante en un análisis funcional no es la información que provee (el contenido *per se*) sino en relación a qué, en qué circunstancias y qué relación puede encontrarse entre esas formas de responder en la sesión y

otras que puedan ser familiares para el cliente en otras circunstancias de su vida. Así esta exploración orienta hacia las conductas clínicamente relevantes.

Estas reglas son guías generales que el terapeuta ha de considerar en cada caso, es decir, en cada sujeto con historias personales y circunstancias presentes muy diferentes así como en relación a sus habilidades terapéuticas. En este sentido, estas reglas vendrían a situar los límites o relaciones que gobernarían varias clases de comportamientos terapéuticos en tanto que en ellas se describen las funciones y ha de ser el terapeuta en cada caso quien habrá de validar hasta qué punto las distintas señales o comportamientos de los clientes quedan seleccionados por las contingencias descritas en estas "guías" relativas a su actuación "terapéutica". Justamente por ello, la forma por la cual el terapeuta llega a disponer de estos repertorios clínicos es la experiencia directa, de manera tal que las reglas emanan de ahí (descripciones moldeadas por las contingencias que provee el comportamiento del propio cliente en relación al suyo).

Sin embargo, ese proceso de moldeamiento de las habilidades que se indican en estas reglas de actuación es, como todo proceso de moldeamiento, uno en el que el propio terapeuta (y la supervisión que se lleve a cabo) corrija las aproximaciones de respuesta que se desvíen de una forma de hacer natural y terapéutica. En este sentido es en el que las reglas de actuación -instruidas (bajo la experiencia de la lectura o por haber oído a otro cómo puede hacerse)- tendrían que servir de señales iniciales que han de desvanecerse con la experiencia. De ese modo, tales reglas sobre cómo hacer la terapia llegan a tener carácter moldeado al contactar con las contingencias que provee la propia experiencia. La supervisión sistemática del quehacer terapéutico (por el propio terapeuta o por otros) facilita que el terapeuta discrimine sus propios comportamientos y en relación a los que produzca el cliente en sesión como clases de comportamientos clínicos y pueda valorar el producto terapéutico. Sólo así el terapeuta podrá actuar natural y terapéuticamente en FAP de forma tal que, como ocurre en otros usos, el experto llega a actuar correctamente sin que su tarea se vea interrumpida por la necesidad

de una elaboración y valoración constante respecto de cómo se está conduciendo en la sesión¹².

Se describen a continuación las características principales de FAP siguiendo a Kohlenberg y Tsai (1991) añadiendo algunas ideas desde nuestra experiencia personal. Remitimos, en cualquier caso, al texto original y a la exposición contenida en Pérez Álvarez (1996), respecto a tales reglas:

Guía 1: *Observar las conductas clínicamente relevantes*. Se trata de que el terapeuta sea consciente de las mismas (o sea las detecte) a fin de poder responder lo más naturalmente posible a tales conductas del cliente como clases operantes. La clasificación de las CC1 y CC2 ocurre en el proceso dinámico de la terapia por lo que en un momento dado y en relación a un tipo de circunstancias, el mismo modo de responder puede ser CC1 y más tarde ser CC2 en otras condiciones. Como ya se ha señalado, la clasificación de las conductas clínicas no se hace por las topografías ni el mismo comportamiento ha de ser CC1 o CC2 en diferentes clientes. Según la historia y circunstancias de cada cliente (en lo que atañe también al resto de sus características personales), una respuesta será de un tipo u otro pero en todo caso siempre lo será según las condiciones en las que se produzca, nunca como un análisis topográfico, morfológico o formal de sus respuestas y ambientes físicos.

Por ejemplo, (1) hablar de un modo asertivo puede ser una CC1 o una CC2 según las diferentes condiciones o contextos en los que una persona se halle y según diferentes clientes; (2) llegar tarde a sesión puede ser una CC2 en un cliente cuyo problema es el orden (rigidez), mientras que sería una CC1 en una persona cuyo problema fuera lo contrario (no ocuparse de nada, falta de responsabilidad en las relaciones, etcétera); (3) un cliente que pide al terapeuta que llame a su médico para que le reduzca la dosis de cierto fármaco puede ser una CC1 en

¹² No es aconsejable autoobservarse y valorar la propia actuación mientras se realiza la terapia. Cuando así ocurre y el terapeuta se encuentra más pensando en su propia conducta de reacción ante el comportamiento del cliente, *deja de "estar" con* el comportamiento del cliente y la relación terapéutica se desvanece generando numerosos errores en tanto que contingencias inapropiadas entre el comportamiento del terapeuta y del cliente. Valdría señalar que hay que conseguir una actuación natural que no sea interrumpida con frecuencia por el comportamiento del terapeuta en relación a qué ha hecho y qué ha de hacer a continuación; la discriminación de los comportamientos del cliente (como uno u otro tipo de conductas clínicas) ha de hacerse rápida y eficazmente y, a la par, conseguir en el cliente un mínimo de discriminaciones erróneas.

un cliente dependiente de otros para solucionar problemas, mientras que puede ser una CC2 en un cliente cuyos problemas interpersonales y personales tienen que ver con no solicitar ayuda a otros o no comunicar sus sentimientos.

La observación de las conductas clínicas es la guía esencial de FAP ya que desde ahí el terapeuta reacciona necesariamente ante ellas así como llegará a provocar o propiciar situaciones para ello. Es decir, sus respuestas pueden servir de estímulos evocador de emociones, de sentimientos, puede servir de estímulo discriminativo para producir ciertas respuestas, y puede servir de estímulo consecuente con funciones diversas (como extinción, reforzante o aversivo). Lo mismo ha de decirse respecto de las funciones que puede ejercer el comportamiento del cliente para el terapeuta. La reacción del terapeuta a lo que haga el cliente lleva consigo el balanceo de las consecuencias aplicadas en torno a las clases de conductas 1 y 2 y presenta un dilema constante para el terapeuta. Un dilema ya que no ha de forzar en exceso la situación para CC1 pero sí ha de hacerlo en alguna medida a fin de facilitar CC2 en esa situación, lo que significa un equilibrio relativo entre las oportunidades que provoque para que se produzcan respuestas adaptativas que pueda reforzar mientras bloquea (extingue) las CC1 para producir variabilidad y generar respuestas adaptativas (ahí cabrían comportamientos de escape y evitación que el cliente ofrezca en situaciones temidas o desagradables a lo que el terapeuta ha de responder bloqueando tales reacciones y fomentando respuestas apropiadas en el proceso de moldeamiento hacia otros objetivos). El dilema es el juego en el que el terapeuta se encuentra en la relación terapéutica en términos de oportunidades de reforzamiento natural y otras contingencias que han de ocurrir, respectivamente, y que pueden resultar desagradables (como los sentimientos que no quiere sentir o pensamientos que no quiere tener porque entorpecen su vida).

La relación terapéutica es un proceso con altibajos como cualquier otro tipo de relación pero en ésta el terapeuta ha de ser plenamente consciente de ese proceso para mantener la relación en el proceso terapéutico, lo que en cierta medida, especialmente al principio, se facilita con la aceptación de un compromiso en tales términos por parte de ambos. En muchos casos, este mismo acto de compromiso para mantenerse en terapia tanto en momentos

bajos como altos servirá como una conducta clínica con equivalente funcional, por ejemplo, para aprender a mantenerse en algo aunque no siempre el resultado sea el esperado o simplemente no siempre uno se sienta bien (soportar una situación que no provee reforzamiento positivo siempre o que incluso llega a producir angustia)¹³ en el curso de aprender a funcionar de modo más exitoso para cada uno.

Guía 2: *Evocar o generar las condiciones para las conductas clínicamente relevantes.* Es un aspecto esencial en la terapia en tanto que se trata de incrementar las posibilidades de aprendizaje de conductas apropiadas para el cliente por lo que el terapeuta ha de valerse de técnicas diversas que en todo caso cumplan la función que considere apropiada para generar unas condiciones funcionalmente equivalentes a las que ocurren en la vida del cliente y ante las cuales responde de forma desadaptativa a largo plazo. Las oportunidades que el terapeuta ha de brindar en el contexto de la relación terapéutica deben mantener el equilibrio al que se ha hecho mención previamente de forma que la exposición a situaciones no deseadas (emocionalmente negativas para él, que son sentidas mal por el cliente, y a las que ha de aprender a responder de manera que le sea útil) den lugar al moldeamiento cuidadoso de formas de respuesta exitosas y por tanto reforzadas socialmente por el terapeuta de una manera natural y terapéutica. Se enfatiza aquí el concepto de moldeamiento por su importancia en el proceso terapéutico de FAP. El terapeuta debe estar alerta a las oportunidades que le brinda el cliente (con sus respuestas) para reforzar oportunamente lo que puedan ser aproximaciones hacia una clase de respuestas. Una concepción rígida del proceso de moldeamiento puede significar no aplicar el criterio de “volver atrás”, o sea, reforzar algo que pueda no concebirse en ese momento como un paso hacia

¹³ Sirva de ejemplo el planteamiento ante casos tan frecuentes definidos por la falta de habilidad para mantenerse en una relación (entendida como un proceso donde el objetivo es justamente el proceso de relación en la misma lógica de ACT) cuando los resultados momentáneos de la relación no son los esperados y se entienden como fracaso. Lo mismo puede ocurrir al terapeuta en tanto que debe mantenerse en la relación terapéutica aunque a veces la misma no sea valorada por él mismo como todo lo fructífera o exitosa que deseara. Es por éste, y otros muchos sentidos, por los que el terapeuta conviene que forme parte de un equipo de terapeutas que puedan analizar su propio comportamiento, dudas, etcétera, en la marcha de cualquier caso con este tipo de terapias.

adelante aunque en el proceso dinámico de la relación terapéutica pueda ser útil hacerlo, bien por afirmar la relación o bien porque la aproximación reforzada forme parte de otra clase de respuestas que ha de incrementarse.

En este punto cabe resaltar que los autores de FAP mencionan algunas situaciones terapéuticas que frecuentemente evocan conductas clínicamente relevantes de ambos tipos, pero que han de concebirse como unas y otras según el análisis funcional realizado. Se mencionan varias situaciones durante el proceso terapéutico que puede contener diversas funciones según cada cliente, y remitimos al texto original y a Pérez-Alvarez (1996). Por ejemplo, la estructura temporal de la terapia, las vacaciones del terapeuta, la finalización de la terapia, la demora en el pago de las sesiones, los errores del terapeuta, los silencios, el exceso o déficit en la expresión del afecto por parte del terapeuta, hacer evidente que el cliente va bien o que el cliente llegue a sentirse bien, el feedback y expresiones de afecto y cuidado del terapeuta, las características del terapeuta que faciliten o entorpezcan la relación, la casuística de los acontecimientos no previstos, los sentimientos o estados privados del terapeuta ante los comportamientos del cliente, la búsqueda de ayuda y hacerlo ante la figura social correspondiente (psicólogo o psiquiatra).

Estas situaciones son genéricas y pueden llegar a ser factores que controlen un tipo u otro de comportamientos (según la historia del cliente) permitiendo con ello que el terapeuta llegue a operar en la dirección que estime conveniente según las necesidades del caso en cuestión. Es la relación terapéutica con numerosas situaciones el lugar en el que deben producirse los sentimientos, los agobios más temidos, vengan de donde vengan. El aprendizaje de nuevas reacciones se ha de dar en situación funcionalmente equivalente a las que concurren en su vida, por ejemplo, desde el sentimiento generado en sesión ante el cual se ha de aprender a responder de forma adaptativa, hasta la detección de tal sentimiento en otras circunstancias de modo que se generalice la forma de respuesta apropiada fomentada directamente en sesión. Igualmente, el terapeuta puede producir un silencio tras una queja a fin de que el sujeto pueda notar el efecto en otros de sus quejas y así aprender a discriminar su propio comportamiento.

Guía 3: *Reforzar las conductas clínicas 2*. Las dos reglas o guías anteriores se aunan en la tercera donde se trata de alertar al terapeuta sobre cómo establecer contingencias que resulten en condiciones o factores de control para otras respuestas. Kohlenberg y Tsai estipulan que para conseguir un reforzamiento natural puede ser útil considerar dos tipos de aproximaciones denominadas directas e indirectas. Las primeras indicarían situaciones en las que el terapeuta se pondría “de antemano” sobre aviso para acordar cómo actuar (su forma) según el comportamiento del cliente pero, con ello, colocaría la relación terapéutica en una situación de riesgo por lo que de arbitrario podría tener la reacción “estudiada” del terapeuta (y así escasamente natural) como ya ha sido mencionado.

Entre las recomendaciones calificadas como *directas* se incluyen cuidar el *reforzamiento de una clase de respuestas* lo que ha de advertir al terapeuta de la importancia del concepto de moldeamiento en tanto que se refuercen aproximaciones que, a veces, no estarían en los criterios de reforzamiento sucesivos. A veces el terapeuta debe volver a un criterio menor que quizá el estipulado a priori para mantener la relación o el proceso en dirección a una respuesta eficaz o bien al analizar unos objetivos terapéuticos frente a otros¹⁴.

Otras formas directas de reforzamiento de las conductas a potenciar en el contexto clínico sería la *amplificación de los sentimientos del terapeuta de forma que fueran “salientes” o “explícitos” para*

¹⁴ Por ejemplo, si se tratara, por un lado, de realizar la clase de expresar los sentimientos en ciertas condiciones y, por otro lado, de reducir los comportamientos de evitación ante situaciones que “amenacen” al cliente con tener que solucionar un problema, valdrían muchos tipos de respuestas que a veces pueden competir entre ellas como objetivos terapéuticos. Un ejemplo proveniente del texto original sería que un cliente exprese un sentimiento de necesidad (CC2) y ahí solicite la ayuda del terapeuta para no enfrentarse a la resolución del problema (sería una CC1). Nuevamente el dilema del terapeuta ante las opciones que le plantea la situación está en juego.

Si de expresar los sentimientos se tratase como objetivo terapéutico valdrían numerosas ocasiones siempre que fueran entendidas funcionalmente como bajo control de la estimulación privada que sólo el cliente puede sentir. En este punto pudiera ser que la petición de algo al terapeuta en una situación estresante para el cliente debiera ser reforzada por lo que llene de conducta clínica a potenciar (expresa un sentimiento de agobio al pedir algo cuando previamente no ocurría). Puede, no obstante, significar también el reforzamiento de otra clase de comportamiento que interesara decrecer por lo que de evitación a resolver un problema sin ayuda pudiera tener tal petición.

el cliente en su función de reforzamiento. Es decir, se trata de hacer notar al cliente claramente cual es el efecto en el terapeuta de su comportamiento. A veces, los gestos que el terapeuta pueda hacer ante el comportamiento del cliente (de asentimiento, duda, perplejidad, sonrisas, etcétera) no llegan a cumplir su función porque el cliente resulta insensible a los mismos. Entonces, debe ser explicado el efecto que su comportamiento ha producido en el terapeuta, es decir, el sentimiento del propio terapeuta ante lo que el cliente haya podido hacer. Otras recomendaciones relativas al efecto del comportamiento del terapeuta respecto al cliente apelan a su ética para no hacer uso (abuso) del sentimiento producido en el cliente por el efecto reforzante de las reacciones del terapeuta hacia él (es decir, por la vulnerabilidad que las contingencias sociales pueden generar). El comportamiento del terapeuta ha de orientarse sólo hacia lo que es eficaz para él cliente y no viceversa. Igualmente y en el contexto de una filosofía funcional, el uso de reforzadores atípicos, no naturales, debiera ser sólo extraordinario por los problemas ya conocidos.

Una de las últimas recomendaciones es alertar para *evitar el uso de castigo* lo que no significa que el terapeuta no haya de presentar situaciones que puedan resultar aversivas o lo que es igual que no haya de comportarse de forma que pueda resultar agobiante o tensa al cliente. Parte de la relación terapéutica ha de transcurrir a través de numerosas situaciones: *unas* en las que el sujeto no se sienta bien, se sienta incluso muy mal (desea escapar) y haya de aprender ahí otras formas de reacción (por ejemplo, mantenerse en la sesión aún con esos sentimientos de malestar) de forma que se produzca un reforzamiento negativo a la larga y un reforzamiento positivo por haberlo conseguido, y *otras* situaciones que propicien respuestas apropiadas en un marco de reforzamiento positivo. Se trata, en cualquier caso, de propiciar y aprovechar comportamientos clínicos que sirvan de equivalente funcional para otras circunstancias en su vida. Las primeras situaciones (con cierto carácter aversivo pero terapéuticas) puedan ser entrelazadas y "sostenidas" por las segundas en el proceso de la terapia. No obstante, no se trata de mantener estoicamente una situación de desasosiego sino que en tal situación, se ha de ayudar a que el sujeto reaccione ahí de forma activa, más

adaptativa para lo que es útil en su vida. Ocurre igual si se trata de contextualizar el hecho de mostrar las emociones o describirlas explícitamente en un sujeto para quien la falta de contextualizar las emociones es justamente el problema. No obstante, no debe entenderse como generar una situación teatral; no es un role-playing que simule emociones sino que es hacerlo con toda la emoción o sentimiento que corresponda, ya sea por necesidad de expresar emociones, o por necesidad de que el cliente lo haga sólo en ciertas situaciones (condicional a lo que sea preciso).

En cualquier caso, sin un desequilibrio siempre a favor de interacciones de reforzamiento, el proceso terapéutico se convierte en abusivo, no ético, y no estaría justificado en aras al objetivo final. Las situaciones desagradables a las que el cliente haya de someterse por razones terapéuticas han de hacerse como en cualquier otro tratamiento psicológico bien entendido, es decir en un contexto de reforzamiento positivo que, en este caso, permita la tolerancia a situaciones desagradables que sean provistas o mantenidas por el terapeuta con el reforzamiento de respuestas efectivas.

Finalmente, en consonancia a lo mencionado a lo largo de estos párrafos se recomienda al terapeuta que sea él mismo -sin disfraces- siempre bajo la condición del constreñimiento terapéutico. Esta ayuda conduce a las características generales del terapeuta como miembro de la cultura que ha de enfrentarse a comportamientos clínicos de forma natural y con su estilo personal al cuidado de otras personas.

Las aproximaciones que se califican como *indirectas*, para facilitar que el terapeuta pueda ser un agente de reforzamiento natural cuyo comportamiento reforzante seleccione unos y otros tipos de conductas en el cliente, son fórmulas generales que revierten en los conocimientos y habilidades del terapeuta personal y profesionalmente. Así, se resaltan las disposiciones o sensaciones del terapeuta que ocurren en respuesta a algo que el cliente haya hecho. Es importante que el terapeuta tenga un grado de conciencia respecto de la ocurrencia de las conductas clínicas. Por ello, se recomienda el estudio del impacto de su comportamiento en el cliente a través de la revisión del trabajo realizado y registrado en video, audio y a

través del feedback de otros miembros del equipo. De forma más genérica, se resalta la implicación del terapeuta en actividades que supongan ayudar a otros como métodos eficaces de aprender a reforzar naturalmente, y sin duda, se menciona la selección de clientes apropiados para este tipo de terapias en tanto que parte de los comportamientos de la clase operante sean objeto específico de moldeamiento en el contexto clínico.

Guía 4: *Observar los efectos "potencialmente" reforzantes de la conducta del terapeuta en relación a las conductas del cliente.* Esta recomendación es esencial en una terapia que entiende la aplicación de "técnicas" como el modo en el que se conforma la relación terapéutica. No se trataría de sopesar sólo si el cliente lo hace de un modo u otro como si la terapia sólo fuera con él y para él. Se trata de analizar cómo lo va haciendo en el contexto de los comportamientos que el terapeuta va produciendo al hilo de los comportamientos clínicos del cliente y la relación de equivalencia entre las situaciones clínicas y las situaciones extrasesión. Valen en este punto algunos de los aspectos ya mencionados como naturales en las operaciones terapéuticas y el análisis del comportamiento del terapeuta como métodos indirectos para incrementar la probabilidad de un reforzamiento natural.

Guía 5: *Proveer las condiciones para generar interpretaciones del cliente sobre su comportamiento* es la última regla dirigida a facilitar la interpretación que el cliente llega a formular de su comportamiento en las circunstancias en que ocurre. Esta conducta clínica, como ya fue indicado, permite detectar si el cliente dispone de formulaciones verbales ajustadas a las variables que controlan su comportamiento de modo que pueda disponer de un nivel de autoconocimiento que, como señalaba Skinner (1974), le permita ser más efectivo en ciertas circunstancias de la vida. Las descripciones del propio comportamiento en relación a diferentes circunstancias disposicionales (generadas por el terapeuta o por la disposición motivacional o emocional del cliente) pueden llegar a actuar como reglas a seguir (generando conductas de *pliance* o *trackings*) o bien pueden servir como *augmental* en tanto que pueden alterar la función de otros estímulos o situaciones de modo que el cliente responda de forma diferente ante situaciones que previamente resultaban en respuestas

escasamente funcionales a largo plazo¹⁵. Sobra señalar que las fórmulas verbales o reglas (Hayes y Hayes, 1989; Zettle y Young, 1982; Luciano, 1992, 1999) no se analizan formalmente sino funcionalmente.

Las interpretaciones que se fomentan en FAP son aquellas que describen no sólo las relaciones entre los factores de control y las respuestas del cliente sino especialmente las interpretaciones que relacionan las variables de control que ocurren fuera de la sesión con las que ocurren en sesión (sentimientos o pensamientos equivalentes, ¿en qué otras circunstancias?). El terapeuta debe estar advertido para fortalecer y reforzar las descripciones del cliente que se relacionan con estímulos y estados presentes en el ambiente terapéutico. Para ello, se puede servir de metáforas (como se hace en ACT donde las metáforas han de capturar la función de condiciones que se dan en la vida cotidiana del cliente). Se aconsejan ejemplos que el terapeuta explícitamente puede producir en sesión o comparaciones explícitas que el cliente pueda realizar. Es decir, se han de fortalecer las interpretaciones de comparaciones entre los comportamientos intra y extrasesión.

Cabe señalar para ejemplificar la relación entre FAP y ACT el grado explícito que los autores de FAP han llegado a especificar en relación a las estrategias a través de las cuales, de forma abierta, se promueve la aceptación en FAP en la dirección que se postulará en ACT. Lo mismo se indica respecto de DBT en tanto que ésta surge a través de FAP. Explícitamente, Cordova y Follete (1994) han

¹⁵ Conductas de *pliance* son comportamientos controlados por la fórmula verbal pero bajo la motivación que se deriva de las contingencias sociales de quien proporciona la fórmula (conseguir afecto -o similar- o evitar consecuencias aversivos por no hacerlo).

Conductas de *tracking* son comportamientos controlados por la fórmula verbal pero bajo la motivación que se deriva de las contingencias directas de la conducta producida.

Conductas de *augmenting* se refieren a que el sujeto responde en una situación de forma diferente a cómo lo hacía antes debido a que una regla (*augmental*) proporcionó funciones verbales más fuertes que las que pudiera tener antes de estar expuesto a ellas. Por ejemplo, una persona puede cambiar su manera de actuar con la persona A tras estar expuesto a una fórmula verbal proporcionada por alguien de confianza (de acuerdo a su historia). Desde ahí se comportará de otra forma en relación a la persona A (siguiendo la función de la fórmula verbal).

(Según Hayes, Zettle y Rosenfarb, 1989)

realizado cómo FAP promueve directamente la aceptación activa de sentimientos y pensamientos valorados como desagradables y que atrapan a personas con diferentes trastornos. FAP promovería la aceptación cuando fomenta la tolerancia emocional a través de: (1) la autoobservación de lo que proceda de uno mismo, los recuerdos, los pensamientos y sentimientos que no pueden modificarse ni evitarse (en la misma dirección a ACT); (2) a través de la reducción de valoraciones de culpabilidad, de valoraciones o interpretaciones no críticas de las situaciones aversivas; y (3) se promueve la aceptación en la evocación de respuestas emocionales ante las que se propugna una observación e interpretación no crítica que permita la tolerancia de la emoción sin escapar frente a una valoración crítica y negativa.

Volvemos la atención, ahora, a ACT de modo que podremos ejemplificar más claramente lo que ambas terapias tienen de compatibilidad, diferenciándose en la forma en la que rompen relaciones desadaptativas entre sentir, pensar y actuar eficazmente: en ACT se utilizan principalmente, metáforas o ejercicios que pretenden situar los problemas en otro contexto verbal que permita una actuación adaptativa aunque incluye, sin poder ser de otro modo, el análisis funcional del comportamiento del cliente en sesión en relación al que ocurre fuera de allí. FAP se utiliza para fomentar habilidades sociales y también para romper relaciones inapropiadas entre sentir, hacer, pensar, hacer, sentir... La ruptura de relaciones y génesis de nuevas relaciones se haría directamente en sesión por la observación (y provocación) de comportamientos clínicamente relevantes y funcionalmente equivalentes a los que ocurren fuera de la sesión. Lógicamente la utilización de ambas es un hecho, especialmente la posibilidad de incorporar el manejo del comportamiento clínico a la par que se trabaja en los componentes esenciales de ACT y a través de reglas semimoldeadas que alteren la función de estímulos.

5. LO PRINCIPAL O "EL CORAZÓN" DE LA ACT

Como ha sido señalado, ACT se fundamenta en una filosofía en torno a la reflexión sobre lo que puede y quiere cambiarse, y lo que no puede cambiarse aunque así se quisiera. Enfatiza el carácter

eminente social de los problemas psicológicos, tengan o no limitaciones biológicas, como es típico en una perspectiva radical (véase Salzinger, 1975), realzando el juego de la conducta verbal en la génesis, extensión y mantenimiento de los problemas, un aspecto, sin duda, extraordinario y que se fundamenta mucho más aún que hace años en los hallazgos en torno a la ambivalencia funcional de la conducta verbal en sus efectos en la selección cultural (véase a este nivel también Harris, 1995). La posibilidad que tienen los humanos de construir verbalmente futuros (Hayes, L.J, 1992; Hayes, S.C, 1994) y comportarse de acuerdo a tales construcciones es el dato que resulta común en diferentes problemas psicológicos en tanto que la reacción a tales construcciones resulte en limitaciones para el individuo.

En ACT, el análisis de las psicopatologías se focaliza en las características del comportamiento verbal, ese comportamiento que provee muchos beneficios pero que también crea problemas según haya sido la historia directa y derivada en torno al lenguaje y su uso. Retomando las asunciones de Aceptación que ya han sido mencionadas, sólo señalaremos aquí que los problemas se entienden sobre las (des) ventajas que conlleva el ser personas verbales. Hayes (1995, 1999), Hayes y Wilson (1993), Dougher (1994) señalan varios problemas: (1) la literalidad del lenguaje (cuando se confunde la palabra y su función o referente; (2) cuando no se diferencia el contenido de lo que se dice u oye respecto del locus desde el que se oye o lee, o dice (el yo como contexto y yo como contenido); y (3) cuando la comunidad verbal ha fomentado valoraciones (en bueno o malo, positivo o negativo...) especialmente de lo que concierne a uno mismo (sean pensamientos, recuerdos, sensaciones, etcétera) y se actúa en relación a ellas sin la perspectiva necesaria para entender que son unas valoraciones y que podrían ser otras. Las valoraciones no están en el objeto, persona o situación valoradas sino que son comportamientos del oyente; por ello se podría coincidir en describir algo pero las valoraciones en torno a ello pueden ser múltiples así como las funciones de la valoración que pertenecen a las historias de cada uno. Un último problema, (4) es debido a la necesidad establecida socialmente de dar razones convencionales (aparentemente como causas) sobre nuestro comportamiento y el de los demás. Los ejemplos son constantes en la vida cotidiana.

Desde ahí, *la aceptación* de lo que no puede evitarse o cambiarse (por ejemplo, ciertos sentimientos y pensamientos, la historia personal) es un compromiso que realmente *es un acto o comportamiento activo* en el contexto de lo que, para cada uno, es relevante o da valor en su vida, de modo que el concepto de Aceptación en FAP y en DBT es el mismo como ya hemos ejemplificado. No es aceptar verbalmente algo. Aceptar es actuar en una dirección. Para ilustrar más la relación de estas terapias, señalamos que incluso el cliente -cuando así sea el caso, habrá de llegar a aceptar un pasado en términos de "ser una persona establemente inestable" como definiría Millon (1981) a los sujetos que no gustaba denominar como borderline. En una comprensión radical de Aceptación, nuevamente señalamos que significa "actuar en lo que da sentido a la vida aún con los pensamientos de saberse una persona establemente inestable y notarse en tal ciclo de inestabilidad".

Hayes y Wilson (1994) establecen seis componentes esenciales de ACT no excluyentes ni independientes lo que no significa, como abundaremos más adelante, que el énfasis en diferentes casos, respecto a cada uno de los elementos, haya de ser equivalente. Son los siguientes:

1. Generar una desesperanza creativa, activa..
2. Notar que el control de los pensamientos, de las emociones, es el problema
3. Discriminar entre el yo como contexto y el yo como contenido
4. Elegir lo que vale (valores y tomar una dirección)
5. Abandonar la lucha y abrazar los síntomas (es hacer), tomando una dirección
6. Compromiso y Cambio (ruptura).

Al ejemplificar tales componentes se indican en cada uno el tipo de conducta bajo reglas, el propósito y las técnicas para conseguirlo. Ha de señalarse que los sucesivos manuales publicados (1991, 1995 y 1999) apenas han cambiado tales componentes aunque si difieren en el nivel de estructuración y quizás énfasis en los componentes. A continuación se presentan estos elementos en tres apartados que proporcionan la coherencia necesaria en ACT donde la inclusión de un elemento sin contemplar -en el grado que corresponda en cada caso- el resto conduce necesariamente a una apli-

cación parcial, incompleta y por tanto incorrecta de esta aproximación terapéutica.

Los seis componentes esenciales se conjugan en las dos líneas maestras de esta terapia: la *aceptación sin límites* (de lo que no puede o no quiere cambiarse por el costo de la operación) *en el contexto del compromiso al cambio*, es decir, *la actuación en dirección a lo que para cada uno tiene significado en la vida sin depender del nivel de angustia sentido por cuales fueren circunstancias*, es decir, "sin ser víctima" de los sentimientos, los recuerdos, u otras condiciones. Ambos objetivos definitorios de esta aproximación terapéutica queda ejemplificado a lo largo de toda la terapia por el énfasis que durante el proceso se hace sobre la metáfora de dos escalas necesariamente presentes y que se mantienen dependientes una de la otra en los clientes a quienes esta terapia se aplica. Han de mantenerse independientes aunque presentes ya que traen a colación el nivel de angustia, ansiedad y desasosiego producido funcionalmente por cualesquiera situación o pensamiento, y la escala de actuar, de hacer las cosas que dan significado a la vida de cada uno.

Los modos en que estos elementos se aplican no han de seguir un patrón idéntico para cada caso como resulta obvio de la aplicación de estrategias funcionales que acogen la puntualizaciones de Paul (1967) y que aquí retomamos (véase Luciano, 1996) la reiterada frase de "una terapia o técnica para qué cliente, con qué tipo de problema, desarrollado en qué circunstancias, etcétera". Se requiere un análisis global de las funciones que genera la clase de comportamientos que están siendo desadaptativos a largo plazo ya que de forma inmediata o a corto plazo pueden ser útiles al cliente. Para conocer, pues, *lo desadaptativo* de una clase de respuestas (muy diferentes topográficamente) pero que conducen a la evitación o escape de sentimientos aversivos o situaciones con carácter aversivo, es necesario *conocer la contrapartida* que los hace desadaptativos, es decir, *el costo de comportarse de tal forma*: lo que una persona deja de hacer o los límites impuestos (autoimpuestos a estas alturas) en su vida; dicho de otro modo, por las consecuencias que se derivan de sus comportamientos en relación a lo que da y tiene sentido en su vida. Desde ese análisis se dispone de una formulación

en torno no sólo a las características del problema sino al costo que ello supone en su vida y el grado de desestructuración en torno a lo último, una fórmula que marca una gran diferencia.

Las precauciones que se exponen en el apartado final de este trabajo ejemplifican algunas de las barreras terapéuticas que pueden generar un problema si el terapeuta no las detecta. Así, por ejemplo, los casos más sencillos son aquellos en los que un análisis funcional permite al cliente detectar las circunstancias físicas en las que con probabilidad puede ocurrir una reacción que se valora como desagradable al hilo de su historia de contingencias directa (y derivada), necesariamente personal (por ejemplo, una fobia o comportamiento de evitación y escape específico). Cuando ése no es el caso, y no se detectan tales circunstancias o bien son muchas las circunstancias que producen una reacción negativa, es más difícil contextualizar el problema en el marco de "ir a por la emoción en específicas circunstancias" ya que no están disponibles tales señales. En tales casos, el terapeuta debe organizar la terapia de forma que haya numerosas oportunidades en las que el cliente se "vea" pillado por la emoción y estando en ella, pueda dar "dos pasos hacia atrás" lo que facilita la toma de perspectiva (que si lo es supone que ya actuaría de otro modo respecto de la emoción). Esta es una diferencia marcada que actúa sustancialmente en la intervención, facilitándola por lo que tiene de posibilidad de generalización¹⁶.

Así pues y habiendo resaltado la necesaria *individualidad del tratamiento* en cuanto a compaginar los diferentes elementos terapéuticos respecto de las características generales del cliente por sus

¹⁶ Un problema que en nuestra experiencia con clientes borderline hemos resuelto haciendo o colocando la atención o conciencia del cliente en relación al sentimiento o angustia provocado por cualesquiera situaciones o recuerdos, es decir, unificar la relación de ruptura entre sentir y actuar en torno al sentimiento o emoción (en dirección a los valores del cliente a largo plazo) en vez de "buscar" las circunstancias que le llevan a una emoción, a sentirse de una determinada manera. La capacidad de generalización así es considerablemente mayor. Explicaría también porqué muchos clientes (tratados por terapeutas que se centran en una situación física) aún y cuando son capaces de remontar la evitación a esa situación, al cabo del tiempo recaen en otras situaciones en las que el paradigma de evitación es el mismo. Al focalizarse fundamentalmente en el sentimiento o emoción, no importa de donde proceda, se fomenta el tratamiento hacia la raíz o elemento que une unas u otras situaciones y respuestas de evitación de manera que facilita la generalización.

tendencias personales, por sus objetivos en la vida y por las *características funcionales de su problema*, a continuación se resumirán algunos aspectos de ACT en relación a cómo y en qué circunstancias tales elementos son incorporados. Llamamos la atención del lector en relación a la necesidad de comprender los aspectos descritos previamente ya que la relación terapéutica es esencial y ello supone la activa concentración del terapeuta en el comportamiento del cliente en sesión siempre en relación al propio comportamiento del terapeuta.

Se presenta, desde aquí, una síntesis de los elementos resaltando su carácter dependiente en el proceso terapéutico y haciendo notar que *este trabajo no es un manual* ni una guía recetaria sino una puesta en consideración de aspectos esenciales en ACT desde la experiencia en ACT. En esa línea, se dirige la atención del lector interesado hacia la lectura específica de los fundamentos y práctica terapéutica completa original (Hayes y cols, 1995, 1999 y Hayes, Stroschal y Wilson, en prensa). Tres bloques podrían resumir lo anterior en una visión global de los fundamentos y estrategias presentadas que también pueden ampliarse en castellano en Pérez-Ivarez (1996). El primer bloque se refiere a la desesperanza creativa y la detección del verdadero problema. Un segundo bloque sobre la literalidad de las palabras y la necesidad de fomentar el distanciamiento, el yo como contexto y como contenido, especialmente en las situaciones que generan problemas. El tercer bloque analiza la acción en lo que es importante para el cliente, y así, la relación costo-beneficio de las respuestas (múltiples) para "controlar" sus emociones y pensamientos (evitando o escapando de sentimientos, pensamientos y situaciones desagradables) respecto de lo que da significado a su vida (sus valores en la vida en cuanto "lo que elige hacer").

5.1. La desesperanza y la detección del problema

En todos los casos resulta ser el aspecto inicial y generador de un *establishing operation* en el contexto clínico que advierte de una situación aparente de indefensión y que cumple la función de una situación de extinción y a la par de desestabilización ante una presentación del problema en términos "chocantes" con su sistema de operaciones hasta el momento. A la par supone una alternativa

en tanto que no significa un punto de llegada sino un punto de partida donde las posibilidades (o bazas que jugar) que pueden empezar a ser vislumbradas por el cliente, no son necesariamente funcionales aún. ¿Qué es la desesperanza?: El cliente "ha de advertir" que lo que desea (quitar-se la ansiedad, los pensamientos, los sentimientos de malestar, ya por ira, por remordimiento, por lo que fuere) no es algo que pueda ser obtenido, no es la solución a su problema sino al contrario, sus acciones ejercitadas todos los días para escapar, para eliminar son exactamente el problema (y se le dice que "ha trabajado duro y muy duro para quitarse el malestar, el agobio pero ¿qué ha conseguido?"). Así, el problema no es buscar nuevas fórmulas terapéuticas o soluciones mágicas que eliminen las molestias sino que el problema del cual el cliente ha de hacerse cargo es justamente que conscientemente hace muchas cosas (no importa cuales) para quitarse la angustia, la ansiedad, los pensamientos, los recuerdos. Ciertamente, si esa fuera la fórmula él cliente no estaría allí ya que en el momento de solicitar ayuda, los intentos en esa dirección habrán sido muchos y variados.

El terapeuta habrá de recoger y así tener presente (incluso como un esquema escrito entre el cliente y él, en nuestra experiencia) todas las emociones, los pensamientos de interés y haceres de manera que quede ejemplificado abiertamente todo lo que (hasta el momento ha dicho el cliente) ha hecho y hace para solucionar lo que cree es el problema (la angustia, los recuerdos, los pensamientos). La angustia sentida por lo que fuere (por los recuerdos o los pensamientos que no quiere tener) a veces sin saber qué circunstancias llevan a esa angustia,¹⁷ sería la ocasión para evitar o escapar, pudiendo haberlo hecho de numerosas formas (por ejemplo, drogas, alcohol, pastillas, acostarse, llorar, pedir ayudar, ir al médico, al hospital, agredir, agredirse, disociarse, etcétera). Y ha de quedar presente también lo que el cliente consigue con ello de forma inmediata (seguramente algo de alivio) y a largo plazo en relación a lo que es importante en su vida (su trabajo, su relación con otros,

¹⁷ Por ello es especialmente importante focalizarse más en el sentimiento o emoción que llega a producirse que invertir demasiado tiempo intentando analizar qué situaciones provocan o generan (dada la historia) una sensación de desasosiego, ansiedad, o malestar.

ocio, etcétera). Sin duda, como hemos indicado, el efecto inmediato puede haber sido alentador para el cliente pero ¿y a largo plazo?, ¿acaso la angustia se ha ido, acaso los recuerdos han desaparecido, y los pensamientos obsesivos? ¿acaso no son más frecuentes o extendidos a más situaciones, más penetrantes e insistentes? ¿acaso el costo por disfrutar de unos momentos de aliento, de liberación de la angustia, merece la pena a largo plazo?, es decir, ¿cuánto ha dejado a un lado, cuánto ha limitado su vida por conseguir un poquito de “alivio” o placer? si ése fuese el caso.

Es decir, la lógica es que no es posible proveer lo que pide: “algo” para quitarse los sentimientos que le hacen sufrir, “algo” para eliminar los recuerdos que le atormentan, “algo” para eliminar los pensamientos que le obsesionan, que invaden su vida y conducen “a un sinvivir”. Este estado de desesperanza *ha de ser real*, no es razonado, ni comprendido, es decir, no podría ser fruto nunca de la instrucción por sentir desesperanza, sino que *ha de ser sentido por el cliente* y así provocado por el terapeuta para ello (fijese el aspecto de conducta clínica que tiene este proceso en tanto que el terapeuta ha de producir una situación real, no simulada). Esta fase debe realizarse con mucho apoyo en cuanto a “estar con el cliente en el sentimiento sin esperanza” que tiene, en el sufrimiento que, visto así, es una alternativa ya que es sólo desde ahí, justamente, de saberse y notarse en esa situación, desde ese sentimiento de desesperanza, de sufrimiento, desde la plena vivencia de que todo los intentos por “quitar”, por “no tener” han fracasado, y que lo que busca no es la solución al problema, justo desde ese lugar y la historia habida, desde el sentimiento profundo de no haber conseguido nada, es desde donde algo puede hacer. En ese punto de apoyo al estado de desesperanza, de extinción en torno a darse cuenta de que lo que ha estado haciendo (lo que hace para salir de su angustia) no son más que nuevas fórmulas que amplían el problema en vez de reducirlo, justamente ahí, la *desesperanza* es una de tipo *creadora*, de una *desesperanza verdaderamente activa*, de *apreciar y notar la naturaleza del problema* para desde ahí poder realmente hacer algo eficaz a largo plazo y en relación a lo que es importante en su vida.

Veamos cómo puede hacerse. Cuando quedan planteadas sobre la mesa todas las estrategias que el cliente lleva haciendo desde que es consciente de ello, se da un buen momento para introducir las metáforas cuidadosamente de modo que lleguen a cumplir el objetivo funcional que es hacerle ver que el problema es lo que hace, que no le ha sido eficaz a largo plazo, o sea las acciones (cuales fueren) que emprende *para eliminar* lo que le molesta (sean pensamientos, sentimientos de ansiedad, recuerdos, situaciones o personas específicas, etcétera) le conducen, a veces, a sentirse mucho peor, a sentir casi un “destripamiento” (Hayes, 1994), y desde luego, le conducen a poner unos límites en su vida que resultan en una inhabilitación para él. En todo caso, estos intentos (acciones que no intentos) sólo han producido, y no siempre, un alivio momentáneo pero su efecto es paradójico ya que, por ejemplo, “No querer pensar en A, es pensar en A”, como “no querer ser consciente de algo supone necesariamente atender a ese algo” lo que explicaría algunos efectos que el cliente conoce muy bien por experiencia (no obstante, se ejemplifica este efecto por ejercicios en vez de una manera instruida). Este estado de desesperanza hace que frecuentemente el cliente sienta los estados del cuerpo condicionados verbalmente a “haberlo hecho mal”, que se sienta culpable (sienta el darse cuenta de que la lucha por quitar o por no llegar a sentir algo que valora como negativo o agobiante es el problema).

Este sentimiento de desesperanza es un aspecto que ha de ser cuidadosamente manejado por el terapeuta a varios niveles, primero ha de quedar claro que es la comunidad verbal (a muy numerosos niveles) quien desde la más tierna infancia va perfilando estrategias en torno a lo que conscientemente se valora como negativo (la angustia, tener pensamientos o sentimientos negativos: sentirse inseguro, verse con ciertos aspectos físicos, ciertos recuerdos). En segundo lugar, se ha de advertir explícitamente que lo anterior no significa que en otras facetas de la vida, las acciones conscientemente emprendidas para eliminar o evitar calamidades no sean efectivas, de hecho el cliente tendrá experiencia en numerosos ejemplos a este nivel y en ellos debe focalizarse el terapeuta. Es decir, se trata de hacer explícito que a veces nuestro sistema verbal (en forma de descripciones o habla pública o privada en torno a qué

hacer para conseguir x, o evitar x) es efectivo mientras que en otras ocasiones (al referirse al funcionamiento de los pensamientos, sentimientos, y recuerdos) puede no ser eficaz. Por ejemplo, cuando duele una muela, o molesta algo encima de una mesa, o molesta una música, o un programa de TV, uno simplemente *lo quita* y al hacerlo desaparece el problema. Es decir, la distancia física está implicada ya que o se aleja o evita lo que molesta situándolo lejos). Igualmente, la planificación es útil para evitar errores cuando se trata de evitar una enfermedad, o conseguir un título, o planificar un viaje, o construir una carretera, como ejemplos de muchísimas actividades humanas, pero la *planificación deliberada para no tener* o para "quitarse de encima" un sentimiento o evitar un recuerdo es simplemente inútil. Efectos paradójicos de estos intentos deliberados forman parte de las características del comportamiento consciente como ha sido señalado en diferentes ocasiones incluso queda reflejado en textos infantiles¹⁸. Es decir, no querer deliberadamente pensar en X requiere necesariamente pensar en X como implica que no podemos saber conscientemente cuando hacemos algo de forma no consciente ya que para ello necesariamente hemos de ser conscientes.

Las *fórmulas terapéuticas* que en este punto se emplean son metafóricas o ejemplos acordes a las características del cliente así como ejercicios para que el cliente evidencia lo paradójico del lenguaje a diferentes niveles.

En ACT se utilizan *ejercicios* para ejemplificar el efecto paradójico que supone el acto deliberado de no querer tener algo: es tenerlo. Por ejemplo, se le dice "no piense en números ¿en qué piensa?; o no piense en el mar, ¿en qué piensa?; o no piense en elefantes, ¿qué tiene?". Una de las metáforas esenciales para mostrar el efecto paradójico del lenguaje y de querer controlar las emociones y los pensamientos es la metáfora del polígrafo. Como en todos los casos, las metáforas han de ser presentadas en relación a algún comportamiento del cliente que pueda ser clínicamente significativo.

¹⁸ Se cuenta que cuando uno intenta hacerse preguntas, no se le ocurre ninguna pero cuando uno quiere no preguntarse, lo único que ocurre es que numerosas preguntas afloran (El Ponche de los Deseos de Michael Ende).

Por ejemplo, supongamos que un cliente menciona al hilo de la provocación de la desesperanza creativa algo como "el problema es que no puedo parar mis pensamientos, no consigo controlar mis emociones...". Se puede ahí señalar lo siguiente: "Veamos, imagine que está Vd. conectado a una máquina que indica sin error su nivel de ansiedad. Suponga también que cuando la ansiedad llega a un punto x, entonces la máquina activa una pistola que apunta directamente a su cabeza. En esa situación, le pido que haga todo lo que esté en su poder para no ponerse nervioso, ni un ápice. Recuerde que el más mínimo nivel de ansiedad es detectado por esta máquina. Se le pregunta, entonces, ¿qué pasaría?..... "no duraría un minuto" contestaría con seguridad si la metáfora se ha introducido bien en el momento apropiado. Se le indica que él tiene una máquina aún mucho más perfecta para detectar lo que fuere (su sistema verbal) de forma que esa es la paradoja o la trampa de las acciones para controlar ciertas cosas, que no otras.

Dado que los componentes terapéuticos no han de seguir un orden específico, otras fórmulas terapéuticas dirigidas a la literalidad del lenguaje, no sólo su efecto paradójico, pueden ser incorporadas en la dirección que señalamos en el apartado siguiente. Igualmente, además de los *ejercicios* y *metáforas* seleccionadas en cada caso, en estos primeros momentos de la intervención, cuando se trata de generar la desesperanza creativa, el terapeuta ha de *actuar directamente* en relación a diferentes señales que ofrezca el comportamiento del cliente, como confusión, sentimiento de estar en la desesperanza, racionalizar la terapia (cuando ésta ha de ser especialmente vivencial). En la misma dirección habrá de evidenciar las fórmulas que el cliente emplee y que sean parte del problema en vez de soluciones (que es como las verá el cliente); reacciones puntuales del terapeuta para bloquear -y dejar sin función- los razonamientos, excusas sobre su problema, o cualquier intento por racionalizar la terapia por parte del cliente. Nos detendremos un poco en la función de estas fórmulas que han de ser terapéuticas.

Las *reacciones directas* pueden tener numerosas formas y aplicarse incluso durante los ejercicios o mientras se cuenta la metáfora. Por ejemplo, *preguntas* como ¿qué siente ahora? (cuando el terapeuta observe que el sentimiento de desesperanza, la confusión se están produciendo) facilita comportamientos clínicos en tanto que se coloca al sujeto en la necesidad de prestar atención a lo que siente pudiendo *facilitar la generalización de la detección del sentimiento* en situaciones fuera de la sesión y ahí la actuación precisa cuando

más lo requiere. Ante razonamientos o excusas sobre el problema que no será más que una parte del problema puede preguntársele, ¿de qué le vale decir tal y tal?, ¿Para qué le sirve justificar o dar razones de porqué está así? ¿Y si fueran otras las razones, qué cambiaría?. Ante afirmaciones de la comprensión de esta terapia en esta fase inicial han de introducirse preguntas que garanticen la confusión como estrategia para romper el contexto de los problemas y que el cliente pueda actuar desde otro marco. Por ejemplo, se le dirá: "si lo comprende, entonces no es", esta terapia no es para comprender es para actuar, ya se verá. Más aún, si señala que "entiende al terapeuta, está de acuerdo con él" se le dirá "no crea una palabra de lo que le digo", no es una cuestión de creer, si funciona se verá". El objetivo es, en todo momento, *conducir el cliente a la experiencia*, a la actuación *sin que sea instruido para hacerlo* sino a través de una firme ruptura de la raíz de las relaciones entre comportamientos que son desadaptativos, generando tal ruptura por el manejo de ejercicios y metáforas que sitúen las relaciones pasadas en un contexto nuevo desde el cual actuar.

Otras reacciones terapéuticas directas son: los *silencios* (a fin de generar situaciones de extinción en las que se produzcan sentimientos ante lo que fuere, y de ahí variabilidad de respuesta a ser seleccionada por el terapeuta para lo que corresponda en cada momento terapéutico); reacciones de asentimientos (por ejemplo, ante comparaciones entre metáforas y ejemplos de su vida y problema, o cualquier otro comportamiento clínico que pueda ser de interés en un momento dado); reacciones de duda, perplejidad (ante afirmaciones sobre la lógica de la terapia, el raciocinio del cliente sobre lo que ha de hacerse); bloqueos ante el escape de preguntas, o temas, etcétera. En suma situaciones clínicamente relevantes que generan comportamientos relevantes en la dirección expuesta en FAP.

Las *metáforas* que se emplean para producir el efecto o sentimiento de desesperanza pueden ser varias. En cualquier caso, al producirse el efecto, la relación terapeuta-cliente debe conducir al terapeuta a ofrecer el apoyo en el dolor que el cliente siente en el contexto de proveerle que esa situación es una alternativa al permitirle darse cuenta, conscientemente, de la trampa en la que se

encuentra; de la trampa en la que el sistema verbal convencional nos tiene a todos pero de la cual sólo algunos serán plenamente conscientes: él es uno de ellos precisamente por "estar atrapado" de forma más intensa que otros¹⁹. El sistema verbal (nuestra mente, puede decirse) o nuestras formulaciones para solucionar los problemas -se le hace ver- es útil para algunas cosas pero no lo es en relación a quitar pensamientos, recuerdos....., al menos no lo es para él. Se trata de *focalizar la atención en su experiencia*, es decir, ha de valorar lo que le ha sido útil, ha de valorar si ha sido útil hacer lo que su mente (su sistema verbal) le dice en torno a sus pensamientos, recuerdos, ansiedad, angustia, en suma si todas las estrategias que emprende para "solucionar" su ansiedad, para "controlar su ansiedad, su tristeza" le han servido. Se trata de hacerle consciente de su experiencia en estas áreas (no de la experiencia de otros) y hacerle consciente del resto de áreas en las que su sistema verbal le ha sido útil, donde "su mente" ha sido y "es su amiga", metafóricamente hablando. Por ello, todos los intentos de razonamientos sobre el problema han de ser manejados por el terapeuta en términos de poner sobre la mesa la utilidad de los mismos, incluso si fueran otros razonamientos diferentes, de forma que se distingue entre las razones verbales socialmente instauradas y las causas de las relaciones, lo que no significa que saber la responsabilidad de su historia sea la solución al problema o que éste vaya a cambiar por sentirse víctima de la vida. Hay que empezar desde donde se

¹⁹ Más explícitamente significaría que al estar atrapado por la relación entre sentimientos o pensamientos y lo que ha de hacer en la vida, éste último no ocurre de la manera que él quisiera y por ello requiere ayuda. El resto de los humanos, más o menos, funcionan con alibajos en los que uno se halla atrapado en esa relación pero sin llegar a ser lo suficientemente penetrante como para que convertirse en un problema que requiera un tratamiento clínico. Por otro lado, la afirmación del terapeuta en este punto (y dado que el cliente no tiene más que perder en la situación de "estancamiento" y "sufrimiento" en la que se encuentra) ha de cumplir funciones motivacionales para que desee *continuar* en la terapia a pesar de que lo que está sintiendo, y de la confusión generada (incluso porque aquello, "no le cuadre" o no case con lo que coloquialmente ha oído y evidenciado). La confusión puede incluso "tocar" el quehacer de otros profesionales que "casan" con las opciones coloquiales relativas a que puede eliminarse el dolor que produce un sentimiento o un recuerdo o un pensamiento, como si de un dolor del cuerpo se tratase (fármacos de por vida, o estrategias psicológicas en la dirección a quitar). No es un dolor del cuerpo lo que el cliente tiene sino un dolor en la vida.

está no desde donde se quisiera estar. Estos aspectos también pueden ir acompañados de ejercicios diversos donde se presenta lo paradójico del lenguaje, la literalidad del mismo y la diferenciación entre descripciones y valoraciones. Estos ejercicios no han de quedar sólo como ejercicios sino que, como hemos indicado, el terapeuta ha de ser ágil manejando directamente el comportamiento verbal del cliente y el suyo en cualquier momento de la terapia, en términos de la deliteralización así como para “atacar” los razonamientos, las excusas, siempre en la misma dirección: ¿cuál es su efectividad en lo que es relevante para él en su vida²⁰?

Es importante clarificar esto ya que el cliente habrá de aprender, incluso, que a pesar de dar razones -y “muchas”- el problema planteado siempre es seguir a pesar de razonamientos, seguir en los valores propuestos remitiendo siempre a la escala de la angustia, de la ansiedad respecto de la escala de hacer lo que es relevante para él en su vida (sus valores). Es especialmente importante señalar aquí la metáfora de la dos escalas, o de la escala de la angustia y la escala de hacer lo que uno haya elegido hacer (guste o no, pero así elegido por el cliente). Las escalas serían el referente continuo de su nivel de angustia (por cualesquiera condiciones) y la relación de dependencia, de víctima, entre el nivel de la escala de angustia o ansiedad y la escala o curso de su vida que no es una escala verbal de razonar sobre cómo actuar, sobre intentar actuar, sino una escala empírica de hacer. Es una escala de actuar, de hacer, de seguir y cumplir lo que uno entiende de valor en la vida. La escala de actuar es un continuo que ha de seguirse independientemente de la angustia generada por lo que fuere (recuerdos, pensamientos, sentimientos....) ya que estos no pueden ser controlados por el cliente (!ya tiene experiencia en ello!) pero sí está bajo su control lo que hace con ellos, lo que hace con la escala de la angustia,

²⁰ Interacciones en cualquier momento apropiado en los que se pone en evidencia que las razones que el cliente da pueden ser ciertas pero también pueden ser otras, y muchas. Entonces, qué hacer. Y en cualquier caso, qué utilidad tienen para el trabajo que ha de realizarse en la resolución de los problemas que allí le traen (es decir, le ha sido útil antes razonar, valorar, cuántas valoraciones y razonamientos ha tenido a lo largo de su historia y cuál ha sido su utilidad? ¿por qué hacer algo que ya se ha mostrado inefectivo?.

la ansiedad), o sea, si está bajo su control la escala de hacer, de actuar, esté como esté la ansiedad o vengan los recuerdos y los sentimientos que vengan.

Las *metáforas* empleadas pueden ser numerosas y siempre han de ajustarse al lenguaje del cliente, lo que significa que las metáforas pueden ser meros ejemplos o comparaciones, e incluso refranes apropiados y conocidos por el cliente, siempre que cumplan el objetivo. De hecho tanto el terapeuta como los clientes proveen metáforas que sirven para evidenciar los problemas y que sirven para incrementar el volumen de las mismas en estas terapias²¹. La clave es que el terapeuta identifique la función de la metáfora y su relación con el problema del cliente. La conexión entre ambos elementos es absolutamente necesaria y ha de procurarse -siempre que sea posible- que sea el cliente quien conecte el contenido funcional de la metáfora con su problema. Esta conexión ocurrirá sólo si la metáfora, o el ejemplo, o el refrán, llega a contactar o entrar en relación con las funciones del problema a través de ejemplos del mismo que el cliente sitúe en ese momento, o traiga a colación tras la información recogida sobre lo que le agobia, le ahoga, y lo que hace con ello.

La metáfora ha de cumplir una función equivalente a la que genera el problema; en este punto se trata de evidenciar que lo que hace el cliente no vale más que de forma inmediata pero que "rompe" o "cambia" el curso o la dirección de "su" vida, inhabilitándole para hacer lo que es valioso. Las metáforas han de ejemplificar eso sin que sean los mismos valores, sin que las formas sean las mismas, ya que se trata de aislar las funciones. Indicamos a continuación una de las metáforas claves para generar el sentimiento de desesperan-

²¹ Las metáforas actuales en la terapia ACT han sido un recuento de las utilizadas por los terapeutas y de las propuestas por clientes en el curso de la realización de sesiones terapéuticas. En modo alguno deben entenderse como algo estático sino flexible. De hecho, cada caso proporciona nuevas metáforas. En este punto cabe señalar la importancia de la flexibilidad en la comprensión de la terapia en tanto que se ofrecen metáforas que no son útiles en según qué contextos culturales ni apropiados a todos los clientes. La creatividad del terapeuta aquí es nuevamente un reto para formular metáforas acordes a la historia y valores del cliente. En nuestra experiencia son numerosas las metáforas que han sido desarrolladas tanto por los terapeutas como por los clientes. Igualmente, se ha hecho uso de refranes que propician muchas conexiones con los problemas de la gente y son fáciles de recordar por ellos en diferentes momentos de su vida (véase a este nivel Pelechano, 1991).

za creativa (la metáfora del campo de hoyos). Valen otras, según los clientes, como la metáfora del pantano, o las desarrolladas en nuestra experiencia (la del fuego, o la espiral). Situado sobre la mesa lo que el cliente esté haciendo (al respecto del problema), el terapeuta planteará ¿cuál es el problema de todo aquello? y tras algunos segundos de confusión, de silencio, se puede indicar algo así como “veamos si esto ayuda”, momento en el cual situará la metáfora que el terapeuta considere más apropiada al lenguaje metafórico del cliente. En la metáfora que indicamos a continuación se ha introducido información adicional a la que se plantearía al cliente a fin de que el lector pueda disponer de más elementos que favorezcan su discriminación de los elementos funcionales relevantes entre el problema y el ejemplo metafórico.

En la metáfora del campo de hoyos se explica que un hombre camina por un campo de hoyos con los ojos vendados (se trata de poner en la situación al cliente de que el campo de hoyos es la vida pero no sabemos dónde están los hoyos (las situaciones que producen dolor y angustia) aunque no queremos caer en ninguno de ellos, de ahí que el hombre vaya vendado). Se le provee de una pala (que es el equivalente a las reglas verbales que la gente da sobre qué hacer si sentimos malestar o angustia por recuerdos, pensamientos, etc.: quitar la angustia, no pensar, no recordar..). Vendado y con la pala, el hombre cae en un hoyo y quiere salir de allí ya que estar allí no le gusta y además le impide hacer lo que es valioso en su vida, pero ¿qué puede hacer con la herramienta que tiene?: sólo cavar, pero al cavar resulta que consigue hacer el hoyo más grande; no importa si cava en un lado, luego en otro, la cuestión es que sólo sabe cavar y así no puede salir del hoyo (cava en un lugar del hoyo, luego en otro, luego vuelve al anterior, luego hace un nuevo hueco en el agujero cuando le dicen que hay otra posibilidad, otra solución mágica para su problema). No obstante, a veces tales acciones reducen un poco el “dolor”, lo que es equivalente a cavar en otro lugar que antes no había cavado. La cuestión es que sea lo que sea, siempre cava, siempre hace lo que sea para quitar, para reducir.... Y la cuestión no es la herramienta. El problema es que lo único que sabe hacer es cavar de forma que aunque tuviera una escoba o una escalera, la usaría “para cavar” *porque sólo saber hacer eso: cavar*. El problema es el programa (cavar) que en este caso se refiere a “quitar” a “eliminar lo que molesta”, a hacer cualquier cosa para no sentirse así, para no recordar, para que desaparezca el dolor. Y justamente todos los intentos por quitar no hacen más que, paradójicamente, incrementar los recuerdos, los pensamientos., la angustia (hacer el agujero más grande).

Se hará explícito que él y sólo él sabrá cuando está cavando: "lo notará en su corazón, en sus entrañas" (el terapeuta puede colocar su mano extendida en su abdomen). Sólo aprenderá otras formas que no sean cavar desde un conocimiento profundo de la inutilidad de su actividad de cavar, desde un conocimiento profundo del sentimiento que le produce cavar. Por eso no se pueden proporcionar fórmulas en ese momento que, sin duda, los clientes solicitan ante la situación agobiante de no ver satisfecho su deseo de conseguir una nueva "pócima" para reducir el dolor. Lo que le diéramos lo usaría para cavar (para tratar de no sentir, no recordar, no pensar). En ese momento, todo lo que puede hacer es darse cuenta, detectarse en la acción del cavar, del sentimiento de estar cavando" (o sea, haciendo lo que sea para no tener, para no sentir, para quitarse). Como situación clínica que facilita la discriminación en el cliente del sentimiento asociado a tal actividad, el terapeuta lo hará explícito siempre que el cliente reaccione en la sesión con alguna formulación (o con cualquier acción emprendida o que vaya a emprender para eliminar la angustia) que funcionalmente signifique "cavar" Así, el terapeuta indicaría al cliente vocal o gestualmente "¿eso es cavar? o gestualmente: cavar...").

Estos elementos representan los primeros intentos que el terapeuta ejerce para comenzar a activar la clase de comportamientos relativos a diferenciar entre el yo como contexto y el como contenido, es decir, a no sólo pensar, sino "darse cuenta de que está pensando, o haciendo, o sintiendo", una perspectiva que es completamente necesaria para poder dar salida al problema en curso. Son, pues, los primeros intentos por poner al cliente en la situación de que utilice la parte de su historia relativa al autoconocimiento. No obstante, el terapeuta desconoce cómo ha sido esa historia, cuál es la práctica del cliente o la habilidad de distanciarse viéndose, discriminando su propio comportamiento, sus propios sentimientos, sus pensamientos..., o bien fundiéndose en ellos y sin diferenciar el yo como contexto del yo como contenido.

El curso de la terapia puede ser muy variable dependiendo de cómo resulte la historia de cada cliente sobre el autoconocimiento, ya que en algunos casos, esta fase de desesperanza puede conducir sólo a detectar que su actuación (del cliente) es una fuente de alimento del problema sin que comience a actuar en dirección valiosa, o bien puede colocar el problema en otro contexto verbal, en otra condición, que permita trastocar la relación entre sentir, pensar y hacer algo útil para lo que vale en su vida. Las metáforas dirigidas

a establecer que el problema es precisamente todo lo que deliberadamente hace para acabar o no tener algo son apropiados nuevamente en este punto.

La ruptura de la relación entre lo que siente, piensa, y cualquier cosa que acabe con una situación altamente angustiada es un proceso complejo, a veces doloroso y cuanto menos desagradable en muchos momentos, que supone el compromiso para ello tanto en la práctica intrasesión como extrasesión. La facilidad con la que esta ruptura pueda producirse debe contemplar numerosos y diferentes niveles de ansiedad (en la escala 0-100) que han de acompañarse con numerosos ejercicios de *exposición in vivo* a los sentimientos más dolorosos, los pensamientos más evitados, o cualesquiera otras verbalizaciones y situaciones desagradables. Estos ejercicios no se entienden en ACT como simulaciones sino interacciones que provoquen los sentimientos o recuerdos (no siempre placenteros pero necesarios en el curso de la terapia) para que ésta sea realmente "terapéutica" en tanto que no se trata, como hemos señalado, de una actuación pasiva en el contexto clínico, de llevar al cliente una vez más a ser *víctima de* los sentimientos o pensamientos; no se trata de una exposición sin más, no se trata de razonar la terapia, los ejercicios, sino que se trata de enseñar al cliente a no ser víctima de los sentimientos, de los pensamientos, a "notarlos" sin cambiar su contenido, actuando en una dirección válida para él. Por ello y aunque dolorosa es también terapéutica teniendo en consideración en todo momento que los ejercicios que puedan tener un valor doloroso o aversivo en algún grado deben proponerse en un contexto de reforzamiento positivo de modo que su efecto se compense en el proceso dirigido a un resultado terapéutico²². Los ejercicios deben

²² En este punto, valen metáforas sobre algún tratamiento médico como la que sigue desarrollada en nuestra experiencia. Por ejemplo, la *metáfora de un tratamiento al cáncer* en el que tanto -quizás- el médico como-seguro- el enfermo tengan que pasarlo mal y sin que el resultado pueda garantizarse. El tratamiento puede ser largo, doloroso y sin garantías, pero hay que hacerlo o aceptar quedar víctima de la enfermedad (en nuestro caso, el cliente al renunciar al dolor que le puede suponer el tratamiento, quedaría víctima del recuerdo, de los pensamientos, de los sentimientos en tanto que de ellos dependa lo que haga cada día). La ruptura de la relación de dependencia (en este caso entre sentirse mal o bien y actuar de un modo u otro) es doloroso en algún grado y sobre todo es difícil ya que la tendencia establecida durante el tiempo que sea en cada caso ha sido potentemente reforzada con

ir precedidos de metáforas. Entre ellas valdrían como ejemplificación en este trabajo, la relativa a "ser una gran burbuja a quien otras burbujas pretenden impedir el paso. La única forma de seguir el camino es absorber las burbujas pequeñas y seguir el curso de la vida con ellas en uno mismo, absorbiéndolas activa y conscientemente", lo que sería equivalente a "abrazar" los sentimientos como fueren mientras se sigue el curso de lo que es relevante en la vida para el cliente. Valdría igualmente, la magnífica metáfora del autobús. No obstante, muchas de estas metáforas se acompañan de ejercicios y presentación de situaciones por el terapeuta que garanticen un grado de autoconocimiento (de la perspectiva de verse). Y tales estrategias ocurren en el contexto de los elementos que hemos señalado en el segundo apartado.

5.2. la necesidad de fomentar el autoconocimiento en las situaciones más temidas, la literalidad de las palabras, y las valoraciones

Los compromisos para ejercitar la ruptura de las relaciones (notar el sentimiento y conductas que inhabilitan en lo que es fundamental para el cliente) son un ingrediente esencial que ha de producir malestar en los ejercicios en los que se alcance un nivel de ansiedad alto. En general, se trata de llevar al cliente a vivir la perspectiva, o el autoconocimiento en cuanto que él ha sido, es y será siempre un lugar en el que ocurren pensamientos, sentimientos, apetencias, se realizan actividades variadas, es decir, a diferenciar el yo como contexto y el yo como contenido. El yo como contexto es un "lugar" que siempre es el mismo, como un testigo u *observador del contenido producido a lo largo de la vida y en el presente*, es decir, es observador de los sentimientos, pensamientos, recuerdos, de todo

sus resultados, a veces, a corto plazo. Valen igualmente otras metáforas que el cliente pueda poner (incluso es terapéutico pedirle equivalentes) de modo que ejemplifiquen que no hacer lo acostumbrado produce un cambio en los sentimientos o afectos acostumbrados que sin duda pueden notarse y en este caso han de ser dolorosos siendo ése el único medio de llegar a hacer lo que uno quiere hacer a pesar del sentimiento. Cumple la misma función la metáfora que se menciona en ACT relativa al vaso con posos que para limpiarlo ha de echarse agua y al hacerlo los posos se mueven, el vaso parece más sucio, y adicionalmente, podemos ver mucho menos a su través que cuando los posos estaban en el fondo. Sin embargo, la única forma de limpiar el vaso es echar agua.

lo que hacemos en diferentes condiciones. Los ejercicios que se realizan son numerosos y en todos ellos se trata de hacer consciente al cliente del observador consciente que hay en él. El objetivo es enseñarle o fomentar el distanciamiento, la trascendencia del yo a través de sentimientos, pensamientos, situaciones, momentos en la vida de modo que pueda debilitarse o romperse la fusión entre los sentimientos, pensamientos y actuar de acuerdo a ellos como si no fueran palabras. Las metáforas en este punto son esenciales, sirviendo como central en ACT (aunque valdrían otras cualesquiera que puedan ser efectivas para los objetivos propuestos) la metáfora del tablero y las fichas (el tablero sería el yo como contexto y las fichas se refieren al yo como contenido, es decir, los recuerdos, pensamientos, sentimientos, tanto positivos como negativos). En diferentes momentos de la terapia se han de hacer preguntas en relación a esta metáfora cuando se aprecie que el cliente se halla al nivel de la fichas en vez del tablero y viceversa (por ejemplo, ahora en qué nivel está, al nivel del tablero o las fichas?. Adicionalmente, cabe aprovechar al máximo una situación como la indicada para establecer un grado de autoconocimiento que pueda ser efectivo para el cliente²³.

Los ejercicios varían en el rango en el que se fomenta el contacto con pensamientos y sentimientos desde no temidos hasta dolorosos, no deseados, y relacionados a altos niveles de ansiedad. Estos ejercicios, especialmente, los últimos se realizan como un compromiso del cliente a estar abierto a la experiencia de sentir sin límites. Cuando se consigue un cierto nivel de ansiedad (siempre según el cliente), se alienta a que el sujeto esté y note esos sentimientos

²³ Cuando interesa que el sujeto se dé cuenta de lo que está haciendo, por ejemplo, en el caso de ser relevante que el cliente sea consciente de una situación o disposición específica. Supóngase que el terapeuta atisba la presencia posible de un sentimiento negativo o positivo (el terapeuta nota que el cliente deja sus ojos fijos en algo, respira de un modo diferente, suspira, aprieta las manos,, etcétera..) El terapeuta podría, ahí, preguntar cómo se siente, o qué ocurre,, o qué nota, y en relación a qué, si es algo familiar en su vida, a qué otros momentos de su vida se parece lo que siente Incluso (si fuera el momento) generar la condición para que el cliente afronte el sentimiento, primero percatándose de ello (si no fuera ya el caso) y después actuando en una dirección apropiada al problema que el cliente presente (bien comunicándolo, o notándolo y siguiendo con lo que tuviera que hacer en ese momento sin especificaciones públicas, etcétera).

como observador activo de los mismos, a que note su mente valorativa, crítica, consejera (incluso de abandonar el ejercicio y la terapia) de manera que pueda seguir en el ejercicio *con* ellos, pasando de unos a otros, recuperándolos -deliberadamente- a fin de darse cuenta del efecto que produce el intento deliberado por tener lo temido, cuando "se busca" conscientemente, mientras continua en el compromiso acordado (en el ejercicio correspondiente) como un valor en su vida, en este caso en el ámbito de la terapia. Las metáforas en este punto tienen que ver con la diferenciación que se hace en ACT respecto de *decidir* y *elegir*. El primer tipo de compromiso (se le denomina como "decidir") tiene que ver con describir algo a hacer con y *por* razones, mientras que el segundo (se le denomina "elegir") es el compromiso *a hacer algo con razones pero no por ellas*. Valen metáforas como la del río desarrollada en nuestra experiencia (si se elige cruzar un pequeño río, nadie puede garantizar -ni el propio cliente- que al hacerlo sus pies no chocarán con alguna piedra, incluso hundirse un poco, ni tampoco puede garantizarse la temperatura del agua, etc. No obstante uno irá bien equipado. Elegir cruzar el río es equivalente a elegir algo en la vida (como una relación con alguien o iniciar un proceso de preparación para una oposición, como terminar una relación, como asistir a reuniones familiares, o ir a lugares donde siempre fue con su marido -fallecido ya, etcétera). Nadie puede garantizar cómo será, paso a paso, esa relación. Elegimos hacer algo porque *forma parte de lo que es valioso en nuestra vida*, pero sin "cerrar" o quedar atrapados en el presente por un resultado específico en el futuro. En cualquier caso, no es cuestión de describir el resultado de una relación u objetivo de forma cerrada o abierta, es simplemente que incluso vengan las valoraciones que vengan sobre el resultado, deben ser tenidas como palabras y dada la bienvenida mientras nos implicamos en aquello que es válido para nosotros. El objetivo en ACT es el proceso, de manera que el proceso se convierte en el objetivo en aquellas temáticas de la vida en las que no podemos tener control sobre el resultado.

Se trata, por otro lado, de enseñar al cliente a *ver los pensamientos y sentimientos como lo que son y no como lo que dicen ser* (lo que describen). En este punto, los ejercicios que se presentan se dirigen a romper la literalidad de las palabras, de las frases, de modo

que se vean como palabras y pueda separarse la palabra de la función que cumple, ya que la literalidad hace que las palabras, los pensamientos parezcan ser lo que no son, generando problemas si se actúa en relación a ellas, justamente por lo que no son. Las palabras (en pensamientos, en recuerdos...) no son las experiencias que relatan, aunque algunos de los efectos o sentimientos que ocurrieron en determinadas experiencias vengan a colación cuando ocurren pensamientos o palabras. Nuevamente, la literalidad de las palabras se ejemplifica *con ejercicios sin razonar* al respecto.

Por ejemplo, se selecciona una palabra que pueda tener asociadas diferentes sensaciones y que tenga una o dos sílabas de modo que pueda perder fácilmente el significado (palabras con muchas sílabas y muy diferentes entre ellas, puede dificultar la evidencia de lo que las palabras son y lo que parecen). Por ejemplo, se le dice que diga la palabra leche (o vino o yoghourt o cualquier otra), y se le pide ¿qué otras palabras y sensaciones le vienen a colación, y le vienen a la mente? (cremosa, blanca, sabor...). Ahora se le invita a repetir (con el propio terapeuta) rápidamente esa palabra por dos o tres minutos continuados, de modo que veamos que ocurre. Cuando se actúa en esa dirección se le pregunta, qué queda del sabor, del color, de la textura...? Nada. Si en otro momento volvemos a mencionar la palabra leche probablemente vuelvan a venir con ella las sensaciones relacionadas en la historia de cada uno. Con ello se evidencia que una cosa es la palabra y otra la función. La palabra o el pensamiento no es un problema (sólo son sonidos articulados) sino la función que está relacionada a algo en nuestra historia pero que no es la experiencia sino un efecto derivado. En este mismo contexto se han de utilizar metáforas como la de los dos ordenadores o dos pantallas.

Es decir, se trata de enseñar a separar las numerosas funciones que según contextos, o condiciones, una palabra puede llegar a tener por las contingencias que definen la clase bajo tal señal o contexto de acuerdo a la historia individual del cliente (es decir, las palabras según contextos sugieren sentimientos y viceversa, y según los contextos las palabras generan diferentes funciones). En este sentido, por ejemplo, al repetir y repetir y repetir una palabra queda fuera del contexto verbal y queda como lo que es: un conjunto de sonidos. Se trata de mostrar que al cambiar el contexto de las palabras, éstas cambian de función. Este proceso es un "arma terapéutica poderosa" que rompe con algo que al cliente le es "familiar": *tomar las palabras* (los pensamientos, los recuerdos, las

emociones) *por lo que no son* (no son ni la acción recordada, ni lo que dice el pensamiento, ni lo que se dicen al respecto de la emoción). Se realizan ejercicios dirigidos a cambiar el contexto verbal de los pensamientos o recuerdos, un cambio que aunque resulte algo artificial en un principio (y sin duda, artificial, en el contexto cotidiano) es considerablemente efectivo. Por ejemplo, cuando el cliente diga o piense algo como "voy a morir, mi cabeza no para, me está matando, no me soporto mas" se fomenta directamente su sustitución por "estoy notando el pensamiento de ...", "estoy observado mi pensamiento de ...", "soy yo y noto mis recuerdos", etcétera.

Se trata, también de diferenciar la palabra o la frase en su aspecto descriptivo y en su *aspecto valorativo* de modo que el cliente discrimine la descripción de algo respecto de la valoración que, en numerosas ocasiones, le hace actuar de un modo desadaptativo; que tome la valoración como palabras y no como característica del acto, objeto o persona al que se refiere (una puesta de sol puede describirse en parámetros específicamente físicos pero puede valorarse como bella, taciturna, alegre). La valoración estaría en el observador (según su historia y funciones presentes) e igual que hay una puede haber otra (se hace observar que la valoración sobre x desaparece cuando el observador muere, pero la descripción puede permanecer). La metáfora, a la que hemos aludido antes, de la frase en la pantalla (aunque vale otra equivalente) sirve a estos fines: se sitúa al cliente en una situación en la que hay una pantalla (podría ser alguien diciendo una frase) y dos personas (A y B). En la pantalla aparece "Eres un canalla, un indeseable, no se entiende que puedas seguir viviendo....". La persona A intenta apagar la pantalla, que nadie vea que está escrito, se siente muy mal y abandona la oficina. La persona B, por el contrario, llama a otros y comenta con ellos lo que pone o juega con las palabras, se levanta y las ve desde diferentes sitios, etcétera". Se le dice, la frase es igual, son palabras y podemos actuar de diferentes maneras. Se plantea, ¿a qué se parece en su vida?.

Las metáforas descritas y en vivo, los ejercicios y las reacciones in vivo rompen las relaciones entre notarse valorando algo como malo, desagradable, deshonesto y actuar de acuerdo a sus valores a pesar de ocurrir tal valoración, a pesar de tener tal pensamiento,

a pesar de notarse sintiendo algo que no quiere. Ejercicios y reacciones del terapeuta (cuando ocurra en sesión) dirigidos a colocar el comportamiento sin perspectiva en otro contexto que permita tomar tal perspectiva como hemos señalado (por ejemplo, si el cliente indicase "soy estúpida" se diría, es una valoración, es mejor "soy yo y noto el pensamiento que me dice o me da la frase. ¡soy estúpida!). El cliente es enseñado que uno puede pensar X (la pantalla o mi madre dice X) y hacer lo que es útil, que uno puede sentir X y hacer lo que es útil; que uno puede recordar algo desagradable y hacer lo que elige hacer como valor en su vida. Ejemplos de este tipo son típicos en nuestro quehacer cotidiano (como indicaremos más adelante), pero en el contexto clínico pueden llegar a sorprender al cliente por la literalidad de sus palabras, por la creencia que tiene de sus palabras. Por ejemplo, se le conduce a tocar algo (una caja de pañuelos), luego se le conduce a decir "no quiero tocar la caja de pañuelos, me desagrada, no me gusta, me produce malestar" y a la par "tocarla"²⁴.

Se enfatizan las metáforas y los ejercicios directos para romper las relaciones entre sentir, pensar y hacer de forma que el cliente

²⁴ Es una interacción típica en la vida cotidiana como cuando un niño dice que no quiere ir y se le dice "ya veo que no quieres ir y hemos de ir". El modelado de estos comportamientos es amplio, cuando el padre dice "siento ganas de no hacerlo y voy a hacerlo porque es importante". Con ello se aprende a separar los sentimientos de las acciones que emprenden en tales circunstancias, de manera que la relación entre decir algo y hacerlo es arbitraria, o sea igual que la hay puede no haberla o haber distintas relaciones según qué condiciones. Por eso no es menester cambiar el contenido para que la relación entre una conducta y otra deje de producirse si la última es inefectiva, sino que lo que hay que cambiar es la relación de unos sentimiento o comportamientos y otros. La relación entre sentir y hacer de forma arbitraria ha de ser contextualizada o condicional y así habrá de ocurrir al unirlo a los valores de forma que según qué circunstancias habría que hacer más caso o menos a lo que nuestro sistema verbal dice acerca de los sentimientos y pensamientos. Por ejemplo, un niño ha de aprender a cumplir lo prometido o a seguir a un modelo de forma condicional, es decir, en ciertos temas o circunstancias, pero no en otras. Igualmente, ha de aprender a describir lo que ha hecho en ciertas situaciones y no en otras (como las anteriores son relaciones establecidas de forma arbitraria por la comunidad verbal). Otro ejemplo más sería actuar siguiendo el pensamiento cuando conduce a un buen resultado (la construcción de una máquina, construir una casa, escribir un artículo), y no hacerle caso en ocasiones en los que se ha mostrado bastante o totalmente inefectivo (bailar, hacer poesía, enamorarse por mandato). Por razones equivalentes, puedo pensar que "no siento ganas de hablar con Alberto" y a la par estoy hablando porque así lo elijo (valores)", "no quiero estar aquí y estoy"; "quiero fumar y sigo hablando sin coger un cigarro"; siento el pensamiento de hacer x en la reunión y hago z porque es un valor en mi vida".

aprenda otras relaciones entre tales comportamientos. Por ejemplo, el terapeuta hará explícito en relación al comportamiento del cliente: "gracias, mente" o "gracias, consejero, pero hacerte caso no me ha servido" cuando el cliente verbalice comportamientos clínicamente relevantes que le han resultado limitantes pero que seguirán ocurriendo debido a la larga historia en la que han estado implicados en contingencias de reforzamiento (directas o derivadas). Por ejemplo, en algunos casos, esos comportamientos pueden tomar la forma de quejas, razonamientos, excusas sobre el fallo en mantener el compromiso o la razón por no hacer algo. Lo mismo ocurre con la diferenciación entre descripción y valoración que se ejercita en sesión a fin de que la discriminación en el cliente llegue a estar "automatizada" y llegue a cumplir funciones de distanciamiento y así facilitar la actuación en otra dirección (por ejemplo, "gracias mente o consejero por tus valoraciones pero no me sirves y haré lo que es útil a la larga"). Los ejercicios son numerosos resaltando, por ejemplo, el que se refiere a "saca tu mente a pasear" que permite un grado agudo de concienciación en torno a cómo trabaja su sistema verbal o su mente (que valora, aconseja, critica, da instrucciones, desanima, anima, etcétera). No obstante, el objetivo de estos ejercicios y modos terapéuticos, que han de incorporarse siempre en relación a los compromisos del cliente, es facilitar la generalización de tales mecanismos o nuevas relaciones en otros contextos, es decir, romper la literalidad del lenguaje y romper las relaciones entre sentimientos y/o pensamientos, y otras actividades de escape y evitación tanto en sesión como fuera. Es equivalente a activar las clases respectivas y así facilitar al máximo la generalización en otras circunstancias y la derivación a través de otras conductas de la misma clase funcional.

El autoconocimiento o la discriminación del propio comportamiento (notar que uno piensa, que uno ve, que uno oye, que uno siente tal...) es un elemento primordial para quienes la distancia entre sus sentimientos y ellos mismos apenas existe, de forma que se encuentran "fundidos" en sus pensamientos, sentimientos, y así *víctimas de ellos* en el sentido de que las formulaciones verbales sobre tales sentimientos y pensamientos conducen la vida del cliente hacia

resultados claramente ineficaces. Es un trabajo terapéutico difícil que puede tener momentos desagradables para el terapeuta y para el cliente, pero considerablemente efectivo y del cual se derivan compromisos de ejercicios en otros momentos de su vida, fuera de la sesión, y compromisos no sólo de ejercicios para vivir recuerdos, y sentimientos sino siempre actuando en el contexto de lo que da significado a su vida. Como indicaremos más adelante es importante que el terapeuta no entienda los ejercicios relativos al autoconocimiento como algo separado de lo que da sentido a la vida del cliente. Si así fuere, difícilmente el cliente estaría dirigiendo su vida en una dirección distinta a la que llevaba al iniciar la terapia. Ha de ser un objetivo paralelo que puede ejercitarse si siempre utilizamos como referente la escala paralela del nivel de angustia (por lo que fuere), y a la par, el recorrido continuo de lo que uno elige hacer, no importa el nivel de la escala de ansiedad.

5.3. La relación costo-beneficio por controlar emociones respecto del significado en la vida

Del último apartado se desprende que todos los ingredientes terapéuticos en ACT están dirigidos a no perder ni una oportunidad para la exposición del cliente a sus sentimientos, pensamientos y a hacerlo siempre en el contexto de lo que realmente quiere en su vida, lo que para él es importante no como objetivo sino proceso que no acaba mientras vivimos. Detengámonos en esto ya que en tal punto se ubica la relación costo-beneficio entre quedar atrapado por los sentimientos y hacer lo que merezca la pena con ellos. El cliente *ha de saber pero especialmente ha de vivir* que sus formas de *actuación ineficaces pueden resurgir durante la terapia* e incluso pueden *resurgir a lo largo de su vida* aunque el *significado de las recaídas será distinto* al que pudiera tener antes de comenzar la terapia. Así, muchos clientes creen que la terapia no será dolorosa, que encontrarán las fórmulas mágicas para poner fin a sus problemas y ciertamente no desean volver a sentirse mal. Tras la implicación en esta terapia, el cliente debe quedar inmunizado a los errores o las recaídas, lo que significa que “habrá” aprendido a

"levantarse" tras fallar en un compromiso, a "retomar la posición" del jinete si casi ha ido cabalgando rozando el suelo, casi sin saber hacia donde cabalgaba al no poder llevar realmente las riendas del caballo (en la metáfora del jinete o la bicicleta), a redirigir el autobús en la dirección que él ha elegido tras haber conducido según señalaban los pensamientos y los sentimientos (como pasajeros), negociando con ellos), es decir, en la metáfora del autobús, a reconducir sin hacerle caso, sin hacer caso al consejero o sistema verbal ineficaz aunque notándolo. La terapia ha de servir para que el cliente pueda "andar por la vida" y ha de quedar inmunizado a la idea de que lo que aprenda allí le permitirá tener una vida sin problemas. Por ello, aunque pueda resultar paradójico, la mejor vacuna y por tanto algo *positivo en la terapia* serían las *recaídas como parte del proceso terapéutico*, y han de ser entendidas como un resultado positivo tanto más cuanto más hayan sido detectadas por el cliente y haya reaccionado en dirección a sus valores aún con niveles de desasosiego, de pérdida de sentido a la vida, de sentimientos, en general, desagradables y altamente ansiosos.

En nuestra experiencia entendemos terapéutico que el sujeto llegue a niveles máximos (casi a "caerse del caballo en la metáfora del jinete", casi a dejar la vida), y desde -y con- ese dolor debe aprender a "levantarse", metafóricamente hablando, lo que significa que vuelva a coger las riendas de aquello que tenga que hacer como un valor en sus condiciones de vida, ya que al levantarse entrará en contacto con lo relevante en su vida, con otras contingencias (y así con otros estados o sentimientos). Tras ello, se generan reglas de tipo track (dependiente de las contingencias directas, naturales en la experiencia) que probablemente faciliten el hecho de levantarse en futuras ocasiones tanto más si la detección y el proceso de levantarse ha ocurrido por sí mismo o con la mínima ayuda del terapeuta o familiares. En último término, esta terapia ha de servir para que el cliente aprenda a detectar cuando algo empieza a ir mal (cuando se desplaza de la posición del jinete) y levantarse así como a levantarse después de "haber caído" (de haber cavado) casi hasta el fondo, metafóricamente hablando.

Esto ha de ser cuidadosamente contemplado en especial en casos en los que no se consiguen detectar situaciones que inicien un

sentimiento desagradable, negativo, y malvivido. Ahí, el sujeto habrá de detectar los primeros eslabones de una cadena de respuestas que puede conducir a un resultado inhabilitante²⁵. En cualquier caso, como hemos indicado antes, el sujeto ha de aprender en dos situaciones. La primera ha de aprender a actuar en la dirección válida para él ante el sentimiento de dolor más profundo, casi completamente caído del caballo (donde antes dejaba todo), y ha de aprender, a levantarse al detectar los primeros eslabones.

Como puede apreciarse de todos los párrafos precedentes, el *interés en los valores (lo que es válido para el cliente)* es extremo ya que es el elemento hacia el que se dirige el proceso terapéutico. El terapeuta ha de poner especial atención en este punto desde el principio.

Los valores deben ser entendidos como *lo que para uno es válido en la vida*, no como algo "ideal" sino como lo que le gustaría que permaneciese en el recuerdo de quienes le rodean y en el mismo si pudiera analizar su vida tras morir. Para ello, ACT contempla un *recorrido por diferentes áreas en la vida* de la persona de modo que el cliente se exprese al respecto en general, y en particular en cuanto a las acciones que está emprendiendo para ser válido en la faceta de la vida correspondiente. Por ejemplo, en su relación con otros (pareja, cada uno de sus hijos), en su trabajo, en sus estudios o educación, en su tiempo libre, etcétera. Por otro lado, y para ayudar en tales menesteres, se utilizan ejercicios en los que se pide al cliente que "asista a su funeral" y oiga a la gente que acompaña su cuerpo sin vida lo que a él le gustaría que dijeran, enfatizando que no ponga límites a las palabras de aquellas personas. Es un

²⁵ Es decir, que *después de experiencias* (en sesión y fuera de ella) en los que el cliente ha llegado a notar el efecto profundamente doloroso del sentimiento y ante el cual el cliente haya abrazado tales sentimientos y haya arrancado en la dirección útil para su vida (aún notándolos), parece una forma adicional de actuación eficaz, en nuestra experiencia, que aunque el cliente no pueda (o no sea aconsejable) detectar qué situaciones le generan sentimientos de angustia, si pueda *detectar las primeras reacciones de ese sentimiento*, de manera que desde ese conocimiento "arranque" o continúe en las actividades o senderos que dan sentido a su vida. Por ejemplo, puede aprender a conocer que agachar la cabeza, lágrimas, ciertos gestos, no querer establecer contacto visual, descolgar un teléfono, decir X, dejar de comer, etcétera..) son componentes psicológicos que de acuerdo a su historia inician una cadena inhabilitante que acaba en un ataque o una crisis..., y tras ello el ingreso en un hospital y permanencia en cama con numerosos fármacos durante meses.

ejercicio intenso y altamente emocional para el cliente pero muy efectivo en tanto que el objetivo es utilizar tal información para ser contrapuesta a lo que él está haciendo en su vida, al costo que realmente supone lo que él está haciendo en relación a lo que es valioso realmente para él. Ese es *el costo de la operación* ya que no puede tener ambas cosas: si renuncia a enfrentarse a sus pensamientos, sus sentimientos, también renuncia a su vida, es decir, fundirse en ellos haciendo caso de lo que sólo le vale un "segundo" tiene el costo de quedar atrapado ahí y por tanto de no poder conducir su vida hacia lo que para él es importante, ¿cuál es su elección²⁶?

El abandono de la lucha contra los sentimientos o pensamientos significa actuar en lo que es válido mientras se abrazan (se da la bienvenida a) los sentimientos, y pensamientos como lo que son y no como lo que dicen ser. Es un objetivo paralelo al distanciamiento que va produciéndose a través de ejercicios deliberados (estando el cliente *avisado y comprometido* expresamente para hacer el mismo) en los que se provoca que surjan los sentimientos o pensamientos que desea evitar, y se "invita al cliente a estar no en ellos sino con ellos", o sea a abrazar activamente haciendo lo que sea menester hacer como un valor en la vida (metáforas útiles, en este punto, son la del "invitado grosero" o la burbuja grande y pequeña). Igualmente, es útil poner en situación al cliente en términos de la resistencia que

²⁶ Vale aquí la *metáfora del niño en el dique* o cualquier otro ejemplo que pueda cumplir una función equivalente: En nuestra experiencia, esta metáfora ha sido presentada con los movimientos oportunos para ejemplificar mucho más el hecho que se pretende. Esta metáfora describe una situación en la que una muchacho se halla frente a un dique y observa que hay un agujero por el cual sale agua. No quiere que salga agua y entonces coloca un dedo en el agujero con lo que el agua queda "controlada". Al rato, observa otro agujero por el que nuevamente sale agua y hace la misma operación con otro dedo de la mano. Más tarde es otro agujero y consigue controlar el agua con el dedo de otra mano. Luego otro agujero que controla ahora con el dedo de un pie. Claro luego ha de usar la nariz para tapar otro agujero, luego no quedan dedos y ha de colocar otras partes del cuerpo en los agujeros. Es decir, "consigue" evitar que el agua fluya, pero ¿cómo está, cuál es su posición? Realmente está atrapado en el dique y ahí no puede hacer más que eso. No puede disfrutar de otras cosas porque sólo está pendiente del agua que fluye por los agujeros, es decir, no puede llevar a cabo lo que es importante en su vida. Ese es el costo que la operación tiene al "no querer ver como el agua corre" (no querer ver y notar su ansiedad, sus sentimientos, sus recuerdos...?). Y ahí, ¿cuál es el costo de esa operación respecto a sus valores en la vida?, ¿cuál es su elección?

tiene a abrazar sus sentimientos y pensamientos dolorosos mientras si abrazaría a su nieto (se le pregunta) si llegase un día abatido y dolorido por alguna experiencia desagradable. Contestar que abrazaría al nieto, o al niño es útil. La pregunta inmediata es ¿por qué no hacer lo mismo cuando esos sentimientos de dolor están en uno?. Resulta especialmente necesario que se realicen ejercicios directos en sesión, que se potencie que los sentimientos de dolor ocurran con toda la intensidad posible de modo que el terapeuta ayude al cliente a notarlos con perspectiva y a abrazarlos²⁷.

Por otro lado, también se han de *generar tales sentimientos y pensamientos* de una forma en la que *el cliente no esté avisado*, resaltando la importancia que, como hemos indicado, tiene que todas estas cuestiones se realicen en el contexto del compromiso de lo que para uno es importante en la vida, siendo el quehacer en la relación terapéutica una de las muchas situaciones hacia las que el cliente se compromete como un valor más en el proceso de su vida.

A estas alturas, el lector quizás haya podido llegar a comprender que FAP y ACT se funden en el quehacer terapéutico, siendo tal fusión más evidente y necesaria en unos casos que en otros. Aún y cuando en el contexto clínico siempre habrá conductas clínicamente relevantes, FAP puede aplicarse sin la introducción necesaria de todos los componentes de ACT, y ésta puede aplicarse sin comprometerse en la relación social con el cliente de una forma tan exhaustiva como ha de hacerse en FAP, o lo que es igual sin que el terapeuta haya de estar tan atento a las conductas clínicamente relevantes a fin de "moldear" una clase de comportamientos y otros. En la misma línea, numerosos ejercicios en DBT pueden ser incorporados siempre según las necesidades de los clientes al punto de ser detectados por el terapeuta como conductas clínicamente rele-

²⁷Cabe aquí una metáfora generada en nuestra experiencia en la que el *acto de abrazar* se lleva a cabo físicamente, es decir, en vez de disponer los brazos rígidos pegados al cuerpo o de cualquier otra forma que fuera típica en el cliente cuando se halla en un estado emocional faciturno, negativo (de no querer sentirse como está, totalmente deprimido) se invita a abrir los brazos en un acto amplio de abrazar lo que tiene. El efecto de abrazar físicamente es más efectivo que utilizar el equivalente verbal. Más adelante, ese gesto metafórico de abrazar los sentimientos menos queridos, se desvanece de forma que en cualquier otra situación el mero hecho de separar los brazos del cuerpo o cualquier otro gesto ayuda al cliente a abrazar lo que tenga en cada momento mientras sigue con lo que tuviera que hacer.

vantes, haciendo especial énfasis en aquellos casos donde se hace mucho más necesario que en otros la formulación de interpretaciones que faciliten su autoconocimiento de forma que pueda aprender a manejar mucho mejor las reacciones que puedan producirse en numerosas circunstancias en su vida cotidiana.

6. COMENTARIOS ADICIONALES

A lo largo de este trabajo el lector habrá detectado, como fue advertido, que se ha utilizado un lenguaje coloquial para hablar de emociones, pensamientos, sentimientos, y actos, aunque su concepción haya sido radical en relación a la génesis y establecimiento de relaciones entre comportamientos. Este aspecto puede observarse si el lector no se queda con la forma del habla sino que se focaliza en la función que a los mismos ha de dar el terapeuta, o sea al trato de los sentimientos, los pensamientos, las sensaciones, de manera que sea un tratamiento efectivo para cada cliente según su historia y lo que resulta válido para él. Ese trato se dirige a que, por diferentes estrategias, el sujeto tome perspectiva ya que cuando la emoción, o el sentimiento se apoderan de él significa una parálisis ante la vida como si -aunque no lo es- de un bloqueo corporal se tratase (véase Kantor, 1975), o sea como si la emoción fuera más figura que fondo en ciertas situaciones (véase Pérez Alvarez, 1997). Se trata de que el sujeto actúe en la dirección valiosa con la discriminación activa de contingencias o funciones que fuere, y con ello se someta a nuevas contingencias, a nuevas sensaciones.

Llegados a este punto sólo caben resaltar algunos aspectos que, desde nuestra experiencia, entendemos de especial interés, más casi como precauciones que como aspectos novedosos. Los siguientes puntos tendrían ese objetivo.

Primero, el *concepto de aceptación* no es un argumento o razonamiento sino *una acción*. La aceptación se produce en el contexto del cambio de la relación entre lo que no puede cambiarse y lo que es valioso para uno en la vida. Así, la aceptación ocurre al actuar "abrazando" (sin luchar contra) aquello que uno no puede cambiar. No es exponerse como un valiente, no es una exposición estoica,

no es asumir el papel de víctima de los sentimientos, memorias, o pensamientos, de una forma aún más evidente, no es exponerse para quitar algo, es exponerse para abrazar, para aprender a vivir con lo que uno necesariamente tiene como parte de la historia y las circunstancias actuales, es abrazar para notarlo sin hacer nada con ello y -en y con ello- para hacer lo que tenga que hacerse en lo que es valioso para uno. La precaución aquí ha de ser extrema para no propiciar una aceptación razonado, una aceptación verbal.

Segundo, la resolución de muchos problemas conlleva que el cliente aprenda a funcionar desde el *elemento común* que tienen muchas situaciones diferentes en su vida del cliente: un sentimiento de malestar, de agobio, de ansiedad, sin que importe de donde venga. Enseñar a responder ahí de una forma valiosa para su vida es funcionalmente apropiado ya que produce generalización, mientras que exponer al cliente a situaciones específicas limita el tratamiento y puede producir recuperaciones del problema. Focalizar la atención del cliente en el sentimiento de malestar que produce -no importa qué- producirá un grado de inmunización al mismo, ya que ha de aprender a seguir en lo que es valioso en tales circunstancias.

Tercero, se trata de introducir en la terapia (en la que han de comportarse de acuerdo a lo que es valioso y hacerlo en el contexto de lo que más les duele) *señales que avisen* incluso permisos explícitos para realizar uno u otro ejercicio sin garantizar lo que va a ocurrir en el proceso de realización del ejercicio. Empero se trata, adicionalmente, de hacerlo *sin aviso, sin un marco de protección*; dicho en otras palabras, se trata de introducir o aprovechar cualquier situación que pueda producir malestar y ansiedad a fin de que el sujeto pueda "sentirse pillado" de modo que detecte tal hecho y pueda reaccionar en tales circunstancias. Lo último es más terapéutico que los avisos explícitos pero han de producirse antes en la terapia. Las situaciones señalizadas o indicadores de que algo quizás ocurra (nadie puede garantizar qué va a ocurrir) e incluso situaciones en las que se invite al sujeto a ir a buscar lo más temido, a dar la bienvenida a lo que más tema. Son situaciones en las que uno trata de "ir a por algo deliberadamente" y, sin duda, ese es un contexto completamente diferente en el que los sentimientos, o pensamientos, ven transformada la función que antes tenían (es otra forma de

ver los pensamientos, o sentimientos como lo que son y no como lo que parecen). En unas y otras circunstancias, los sujetos han de aprender a notar, observar sus pensamientos, sus sentimientos, y a dar pasos hacia atrás y comportarse con lo que es valioso en su vida.

Cuarto, el uso de *metáforas* se ha de hacer en consonancia y en relación a los problemas del cliente. No consiste en recitar o contar las metáforas como si de una historia se tratase. Siempre ha de tener una relación con la función que muestra el problema del cliente ya que el objetivo es que él llegue a identificar la equivalencia entre la función de la metáfora y la función de su comportamiento, de tal modo que ocurra una reacción en la dirección a la solución del problema, una acción en la dirección apropiada. Es decir, si la metáfora (como augmental) ha colocado el problema en otro contexto verbal, se notará porque el sujeto habrá de actuar, no razonando las metáforas y la terapia sino actuando donde sea preciso en la dirección válida en su vida. El terapeuta ha de ser cuidadoso y hábil en la metáfora que elija y en el momento o en relación a qué comportamientos es situada de modo que la metáfora ha de ser acorde a la habilidad del cliente con las palabras, a su lenguaje metafórico (dirigir la atención a ejemplos metafóricos concernientes a su experiencia es un aspecto relevante para el terapeuta).

Es esencial resaltar que la cuestión es que el "choque" entre la metáfora y el problema no se lleve a cabo en términos instruidos sino que el cliente ha de conectar la metáfora y el problema. Si la relación se instruye, la probabilidad de su efecto, si alguno, es considerablemente menor. Cuando se utilizan metáforas "físicas" y ejercicios, el efecto puede ser aún mucho más pronunciado de forma que han de entenderse como ejemplos en los que en vez de instruir lo que sería más adecuado para el cliente se pretende que sea el cliente quien llegue a formular reglas sobre la experiencia realizada. Especialmente este aspecto es principal cuando el cliente es uno en quien "razonar" y "hablar del problema, sus razones, etcétera" ya han sido utilizados en otros momentos (es lo más genérico en la sociedad y lo más genérico en numerosos profesionales), habiendo

resultado ineficaz. En circunstancias clínicas, se trataría más de sentir la experiencia que de formular una regla sobre lo que puede o no hacerse en relación a decir, o pensar, o sentir algo y hacer algo diferente a lo que dicta el sistema verbal aprendido por el sujeto.

Por ejemplo, "siento un gran malestar por mi recuerdo, no lo quiero tener, voy a dejar de hacer esto y se me pasará" frente a "noto el sentimiento de malestar, noto mi pensamiento sobre recuerdos que no quiero tener y continuo haciendo lo que quiero hacer", "siento que tocar eso es repugnante (y) lo toco" como equivalente de "tengo ansiedad y voy" (frente a "me gustaría ir pero tengo ansiedad"). Este tipo de ejercicios han de ser vividos directamente lo que, sin duda, produce una diferencia marcada en el cliente quien se implicará en ellos, a veces, con dudas, reticencia, siendo importante no que lo "intente" sino que lo haga mientras verbaliza lo que corresponda (es decir, ha de tocar X mientras dice que no siente ganas de tocar X, es más le parece una estupidez y no le gusta el tacto de X. No obstante, lo toca porque es un valor en su vida, en este caso al nivel del compromiso en la terapia). Es importante, como señalábamos antes, trabajar directamente más de un ejemplo de la ruptura de relaciones (las que fueren en cada caso) a fin de poder afectar a la clase operante correspondiente en cada caso sobre la relación pensar o sentir y hacer.

Quinto, retomamos la precaución ya señalada en este trabajo respecto a que las *metáforas pueden ser diferentes* a las que se indican en el manual, ya que lo importante es captar la función de los problemas en el cliente. Las metáforas han de ajustarse a los clientes y el repertorio disponible es múltiple no sólo por las ofrecidas en ACT sino las que el terapeuta generará en el curso de la terapia a la par que los clientes proporcionan ejemplos, refranes, y nuevas metáforas. La clave es conseguir que al ser presentadas se produzca el cambio de contexto de los problemas, es decir, que pueda proveerse de una función verbal diferente a las condiciones en las cuales el sujeto ha de comportarse en su vida cotidiana, allá donde su comportamiento antes de la terapia limitaba el curso de su vida. Es magnífica la situación en

la que los clientes llegan a proveer metáforas o ejemplos más o menos sofisticados²⁹.

Sexto, resaltamos la importancia de las *preguntas y reacciones directas* cuando el terapeuta "atisba" que la situación clínica puede estar produciendo un sentimiento clínicamente relevante. Preguntas como ¿qué siente ahora?, ¿con qué lo relaciona en su vida? cumplirían varias funciones que ya hemos señalado, entre las que merece la pena resaltar en este punto algo que en nuestra experiencia ha sido muy eficaz. Nos referimos a hacer explícito que al preguntar en el momento en el que se atisba una emoción, por ejemplo, no sólo puede conseguirse una verbalización pública (si eso fuera también importante) sino hacer consciente al cliente de lo que siente en ese momento, de la estimulación interna que concurre en tales circunstancias. Con ello, el sujeto aprenderá a detectar el estado disposicional y pueda reaccionar en una dirección valiosa. Trabajando de ese momento en el contexto terapéutico, resultará más fácil la detección de esos estados disposicionales fuera de la sesión, pudiendo distanciarse oportunamente y así actuar en tanto que esté más *observando* a los sentimientos que *actuando desde* los sentimientos en la dirección señalada en ACT.

Séptimo, resaltamos los *silencios* en momentos oportunos por el papel de extinción que generan y así de variabilidad para seleccionar respuestas valiosas en el proceso de moldeamiento y por el valor de resurgencia de respuestas que puedan ser abordadas clínicamente.

Octavo, la *estructura física en sesión* respecto a la ubicación de quienes participan y los objetos allí presentes así como otras características como la duración, frecuencia, y otros aspectos son de extraordinaria importancia en tanto que sirven funciones clínicas a diversos niveles. Algunas de ellas han sido señaladas en FAP, como

²⁹ Por ejemplo, en relación a ejemplificar el problema de creer que los pensamientos obsesivos o los sentimientos dolorosos pueden eliminarse al distraerse, al dejar de hacer y pedir una baja, al drogarse, al intentar no pensar, al irse, al permanecer en cama, etcétera... una cliente señaló "Claro es como cuando siempre te han dicho que puedes llenar un vaso pero siempre te lo colocan al revés; echas agua pero apenas queda algo en el vaso; finalmente no sirve para nada porque no puedes beber agua".

los períodos de vacaciones, las llamadas de teléfono, la duración, comentarios incidentales. Resaltamos en este apartado un aspecto apenas señalado. Por ejemplo, el manejo de la posición del terapeuta con funciones clínicas. Es decir, un terapeuta frente al sujeto en el empleo de ciertos ejercicios puede reducir su función (tal es el caso si el terapeuta realiza el ejercicio de “llévate tu mente a pasear” colocándose frente al sujeto, mirándole)²⁹. Igualmente, cuando se requiere una proximidad del terapeuta al cliente, por ejemplo, cuando el terapeuta está acompañándole en su dolor para que pueda notarlo, “saludarlo” mientras sigue en el ejercicio, o con lo que fuera menester en tal momento (como compromiso en sesión). En tal situación no es igual si el terapeuta cambia la posición (de estar frente al sujeto a colocarse a su lado). Son situaciones más naturales en una relación y la relación terapéutica es una relación. Una relación que en momentos críticos ha de ser cuidada con esmero lo que significa que las situaciones críticas en sesión, por lo que suponen para el cliente y el terapeuta, deben realizarse en un contexto histórico y “presente” de reforzamiento positivo.

Novena, el *valor de las recaídas* ha de ser analizado en los términos ya señalados. Es decir, representan situaciones críticas que se convierten en positivas siempre que el cliente las detecta y reacciona ante ellas aunque pueda iniciar, en algún grado, el conjunto de comportamientos que corresponden fuertemente a su historia y que, a la larga, no le ha sido efectivo. No obstante, el valor es darse cuenta y reaccionar aún con el dolor que eso supone. Metafóricamente hablando supone aprender a detectar que se cae del caballo, que está bien volcado hacia un lado, que casi no lleva las riendas, y desde ahí (con mucho más dolor que si sólo se vuelca un poquito) levantarse”.

²⁹ Este ejercicio trata de que el terapeuta hable al cliente como estipula que lo hace su mente, su sistema verbal (criticando, evaluando, aconsejando, planificando, etcétera) cuando es ineficaz (al paralizar lo que el sujeto tuviera que hacer de valor en su vida). Se señala que el ejercicio no permite que el cliente “instruya a su mente”. El ejercicio debe hacerse paseando en una dirección particular, mientras que el terapeuta iría cerca del cliente, a su lado, o detrás de forma que el cliente oiga lo que dice “su mente” pero no la vea, ni se sitúe frente al cliente. Luego el cliente haría lo mismo con el terapeuta, y luego cada uno haría lo propio con su propia mente o sistema verbal a fin de notarla sin hacer nada con lo que diga sino siguiendo el camino marcado.

Décima, en nuestra experiencia ha sido eficaz *iniciar pronto los compromisos de actuar* en dirección a actividades, a veces muy básicas, valiosas en la vida del cliente pero que requieren algo de esfuerzo en la dirección sugerida en otro momento (Luciano y Herruzo, 1992). Representa la activación de la clase instruccional relativa a hacer lo que uno entiende debe hacer en el contexto de un poquito de agobio, de dolor, de no tener muchas ganas. El mantenimiento de estas actividades en tales circunstancias no sólo activa una clase de comportamientos sino que al hacerlo de forma sistemática enseña el valor de hacer algo diariamente "esté uno como esté". En muchos casos, eso mismo es un comportamiento clínico relevante, y en otros casos representa oportunidades de organización que producen un cambio sustancial en el estado de ánimo, mientras que suponen oportunidades para establecer compromisos desde casi el inicio. Y más importante aún si esas actividades forman parte de los recorridos que el cliente ha de hacer en el proceso de hacer valer algo en su vida y desde el inicio de la terapia.

Undécima, en nuestra aplicación de ACT ha sido eficaz el uso de las *dos escalas* desde el principio en términos de facilitar que el sujeto advierta el nivel de angustia, de pesadumbre, de agobio, en un momento dado (al relatar algo acaecido fuera de la sesión, o cuando ocurre algo en sesión) y lo que haya hecho con ello. Ahí, se trata de indicarle que señale cuál es el nivel (en la escala de 0-100), necesariamente personal y con independencia del nivel que otra persona, lógicamente, pudiera señalar en situaciones similares. El punto es cómo él lo siente y no cómo otros creen que debiera sentirse. La clave es que se sienta como se sienta no abandone la escala de hacer, de seguir en lo que corresponda en su vida.

Duodécima. Los *instrumentos de medida* sugeridos pueden ser cualesquiera lo que incluye cuestionarios típicos de los problemas en curso, hasta sistemas de registro y análisis que están siendo fabricados por diferentes grupos de investigación a fin de resolver los problemas que engendran los sistemas tradicionales de valoración de los problemas. Problemas que lo son ya por la iatrogenia que pueden producir o por la falta de contextualización de lo que preguntan. En este último sentido, podemos indicar que los propios clientes detectan durante el curso de la terapia los problemas de las

condiciones de medida. Por ejemplo, mencionar “esto no lo puedo contestar ya”, “tengo que decir que depende”, “tengo que decir que ahora lo noto pero ya no vale lo mismo, no me afecta igual”, etcétera). Es decir, hay que generar instrumentos acordes a contextualizar los problemas, los sentimientos, los pensamientos, etcétera, a diferentes condiciones y funciones. Los diarios es una estrategia válida en algunos casos que pueden servir incluso como actividad a realizar (esté uno como esté) haciendo que se resalte los aspectos que en cada caso puedan ser de interés, o bien para que el cliente relate lo que le parezca relevante cada día de forma que coloque la situación diaria en un marco más directo con la terapia.

Decimotercera, el *valor de un periodo prolongado de seguimiento* como una parte del proceso de la terapia es algo que el terapeuta ha de considerar clínicamente por diferentes aspectos. Uno, por lo que tiene de proceso en el que han de desvanecerse las “muletas” (metafóricas) en términos del contacto con el terapeuta para “dar cuenta de cómo va”, o de “solventar dudas”, o de lo que fuere en cada caso. El segundo aspecto de interés concierne a que el efecto terapéutico se ha de valorar en relación a las numerosas y variopinta circunstancias funcionales en las que el cliente viva actuando en ellos en un largo seguimiento. Quedaría mucho más garantizada la generalización de lo ocurrido hasta ese momento si el cliente se expone o le ocurren numerosas situaciones referidas funcionalmente (no físicamente) a lo que era un problema en su vida, como ocurre con cualquier problema psicológico. En determinados casos como los que provienen de una historia cronificada o bien personas con trastornos de personalidad, el tratamiento o seguimiento psicológico ha de entenderse también como *crónico*. Es decir, la gente debería acostumbrarse a acudir al especialista para conocer el efecto del tratamiento según el cliente “vaya andando por la vida”; el experto haría una valoración de cómo el cliente ha ido resolviendo los problemas que antes tenía al hilo de nuevas circunstancias y nuevos avatares en su vida.

Decimocuarto, los *sentimientos que se produzcan en el terapeuta* durante la sesión son, por un lado, una fuente de detección de comportamientos clínicos en el cliente (y así posibilidad de actuar como se ha indicado en FAP), y por otro lado, representan una

fuentes de información para el terapeuta en relación a cómo está aplicando ACT y FAP. Una aplicación apropiada de ACT requiere que el terapeuta sienta algo de incomodidad e incluso confusión. Esto es así ya que él también dispone de un sistema verbal que compite con lo que ha de hacer en el contexto clínico para que su relación sea terapéutica. Es equivalente al ejemplo de alguien que ha de operar para ser efectivo aún a sabiendas de que tal operación producirá dolor y notándose él también incómodo por tener que hacerlo.

Paralelamente, el terapeuta ha de estar atento al comportamiento del cliente. Apreciar que está más en él que con el cliente ha de ser una señal de alerta para flexibilizar su comportamiento y entrar en supervisión por otro terapeuta.

Decimoquinta. La *autocrítica* del propio comportamiento es esencial en relación al efecto de su comportamiento en los matices ya señalados en diferentes ocasiones. Sentirse bien tras concluir una sesión o estando en ella no significa que se produzca una mejora en el cliente. Sólo la experiencia del cliente en y, necesariamente, fuera de sesión es lo que marca la diferencia real respecto del efecto que la terapia produce. Las precauciones relativas a la ética del terapeuta señaladas en FAP deben ser frecuentemente reconsideradas.

Decimosexta. Los *riesgos* que se derivan de una *inadecuada comprensión de ACT y FAP* (es decir el hacer del terapeuta) son numerosos. Por ejemplo, se puede inhabilitar la función de las metáforas o los ejercicios, produciendo efectos iatrogénicos en tanto que la terapia no haya servido para dar salida al problema, y en tanto que la terapia haya incrementado los problemas del cliente. Por ejemplo, si un problema del cliente es racionalizar todo lo que le ocurre a él y a los demás (siendo tal comportamiento limitante a otros niveles), una inadecuada aplicación de estas terapias haría que el cliente dispusiera de más razonamientos, de más racionalización sobre su problema. El riesgo que se deriva de una terapia razonada (por ejemplo, el cliente menciona que lo entiende pero no puede hacerlo) generaría más problemas que soluciones, el cliente y el terapeuta se hallarían estancados. Esto ocurre, por ejemplo, cuando el terapeuta confunde la escala de hacer como una escala verbal en vez de una escala de actuar en dirección a lo válido para el

cliente. O, por ejemplo, cuando FAP se orienta más a hablar de lo que ocurre fuera de la sesión sin que el terapeuta atienda a lo relevante en sesión y funcionalmente equivalente a clases de comportamientos fuera de la sesión.

Desde todos estos puntos o sugerencias-advertencias, la cuestión que fácilmente surge es cómo conseguir llegar a ser un terapeuta ACT o FAP. Es un tema complejo que debiera poner en guardia o alerta a quienes hemos de enseñar aquello que pueda ser útil en el quehacer profesional. Hayes y cols. (1995) advierte del riesgo de su práctica sin una supervisión, sin un contacto directo no sólo con el decir escrito sino con el hacer. Esas posibilidades son limitadas mientras que los libros están disponibles y el uso inadecuado -iatrogénico- que de estas terapias ya se está advirtiendo. Nuestra sugerencias al hilo de las advertencias ya provistas por los autores originales serían las siguientes sin que el listado sea el único disponible. Por ejemplo, (1) leer los textos originales completos y discutirlos, con un énfasis en que las terapias no se entiendan como técnicas descontextualizadas de la historia del cliente y sus circunstancias presentes. Más aún, que no se entiendan descontextualizadas del tipo de terapeuta que las pretende aplicar; (2) comentar los textos, las metáforas, el análisis de los comportamientos clínicos, etcétera, con otros terapeutas que también estén aplicando las terapias; (3) analizar el propio comportamiento tras las sesiones (una reflexión inmediata del propio terapeuta que indique lo que cree haber hecho, los errores, los aciertos); (4) revisión de algunas partes de la sesión tomada en video o audio; (5) buscar supervisión de otros más expertos, (6) darse cuenta del efecto de su comportamiento en relación siempre a lo que sea útil para el cliente, (7) notar el exceso de instrucción sobre lo que ha de hacerse, (8) notar los comportamientos de escape y evitación del propio terapeuta, (9) notar un exceso de valoración del comportamiento del cliente y del suyo propio de modo que no ponga su atención en el resultado de una sesión puntual (que "no quede pillado" en un punto de la terapia) sino en el horizonte o proceso terapéutico, etcétera.

Ha de advertirse, finalmente, que igual que no todo vale para todo, no todos los psicólogos están preparados para hacer ACT o FAP simplemente porque sus historias personales y profesionales son

diferentes. Son terapias difíciles porque el comportamiento del terapeuta es parte de la terapia, sin excusas. El terapeuta ha de ser plenamente consciente de los efectos de sus comportamientos y de su implicación y ética en el curso de la terapia. Es útil nuevamente retomar en este punto, pero ahora para el terapeuta, la metáfora del jinete cayendo del caballo como una situación equivalente a la que ocurre cuando el terapeuta detecte sus errores, sus valoraciones, y aún queriendo escapar de la sesión o concluir el caso o pasárselo a otro terapeuta, aprenda a seguir con esos pensamientos y sentimientos; a seguir con la terapia con la vista en el horizonte pero sin olvidar que, como en ACT, el proceso terapéutico hacia la resolución de los problemas es justamente el objetivo. No obstante, también ha de discriminar cuando ha de decir ¡Alto! y, sin duda, seguir las investigaciones que sobre aspectos básicos sigan generándose al nivel del comportamiento verbal y, lógicamente, las investigaciones sobre la aplicación de estas terapias.

BIBLIOGRAFÍA

- Ayllon, T.** (1992). Implicaciones clínicas de algunos conceptos del Conductismo Radical de Skinner. En J.Gil Roales-Nieto, M.C.Luciano, y M. Pérez Alvarez (Eds.), *Vigencia de la Obra de Skinner* (pág. 351-358). Granada: SPUG
- Baer, D.M., Peterson, R.F., y Sherman, J.A.** (1967). The development of imitation by reinforcing behavioral similarity to a model. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 10, 405-416.
- Bijou, S.W.** (1976). *Psicología del Desarrollo Infantil*. México: Trillas (trad. 1982).
- Catania, A.C.** (1992). *Learning*. Englewoods Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Gewitz, J.L., y Stengle, K.G.** (1968). Learning of generalized imitation as the basis for identification. *Psychological Review*, 5, 374-397.
- Bijou, S.W.** (1976). *Child development: The basic stage of early childhood*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bijou, S.W.** (1993). *Behavior analysis of child development*. Reno, NV: Context Press.
- Cordova, J.V. y Kohlenberg, R.J.** (1994). Acceptance and the Therapeutic Relationship. En Hayes, S. C., Jacobson, N. S., Follette, V. M. & Dougher, M. J. (Eds.), *Acceptance and Change: Content and context in psychotherapy* (pág. 125-142). Reno, NV: Context Press.

- Dougher, M.J.** (1994). The act of acceptance. En Hayes, S. C., Jacobson, N. S., Follette, V. M. & Dougher, M. J. (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pág. 37-45). Reno, NV: Context Press.
- Dougher, M.J.** (1997). Cognitive concepts, Behavior analysis, and Behavior Therapy. *Journal of Behavior Therapy ans Experimental Psychiatry*, 28, 1, 65-70
- Ellis, A. y Robb, H.** (1994). Acceptance in Rational-Emotive Therapy. En Hayes, S. C., Jacobson, N. S., Follette, V. M. & Dougher, M. J. (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 91-102). Reno, NV: Context Press.
- Ellis, A.** (1997). The uniquely human side of treatment development. Comentario on Science and Treatment Development of K.Wilson. *Behavior Therapy*, 28, 559-561
- Ferro, R.** (1998). La Aceptación y la Terapia de Conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 94, 217-237-
- Friman, P.C., Hayes, S.C., y Wilson, K.B.** (1998). Why behavior analyst should study emotion: The example of anxiety. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 137-156.
- Gewirtz, J.L. y Stengle, K.G.** (1968). Learning of generalized imitation as the basis for identification. *Psychological Review*, 5, 374-397.
- Gómez Martín, S.** (1998). *Ruptura de Relaciones de Equivalencia*. Tesis doctoral. Universidad de Almería.
- Greenberg, L.S y Safran, J.D.** (1987). *Emotion in psychoterapy*. NY: Guilford Press.
- Hamilton, S.A.** (1988). Behavioral Formulations of verbal behavior in Psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 8, 181-193.
- Harris, M.** (1995). *Nuestra Especie*. Madrid: Alianza Editorial.
- Hass, J.R.** (1994). The elusive nature of acceptance. En Hayes, S. C., Jacobson, N. S., Follette, V. M. & Dougher, M. J. (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pág. 33-35). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, L.J.** (1992). The psychological present. *The Behavior Analyst*, 15, 139-145.
- Hayes, S. C.** (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12, 99-110.
- Hayes, S. C.** (1987). A contextual approach to therapeutic change. En Jacobson, N. (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). New York: Guilford.
- Hayes, S. C.** (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. En Hayes, S. C., Jacobson, N. S., Follette, V. M. & Dougher, M. J. (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 13-32). Reno, NV: Context Press.

- Hayes, S.C., Batter, S., Gifford, E., Wilson, K.G., Afari, N., McCurry, S.M. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy* (2nd. edition), Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S.C. y Brownstein, A.J. (1986). Mentalism, Behavior-Behavior Relations, and a Behavior-Analytic View of the purposes of Science. *The Behavior Analyst*, 9, 175-190.
- Hayes, S.C., y Hayes, L.J. (1989). The Verbal Action of the Listener as a Basis for Rule-Governance. En S.C. Hayes (Ed.). *Rule-Governed Behavior: Cognition, Contingencies, and Instructional Control* (pág. 153-190). New York: Plenum.
- Hayes, S. C., Jacobson, N. S., Follette, V. M. & Dougher, M. J. (Eds.) (1994). *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*. Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S.C., Kohlenberg, B.S., y Melancon, S.M. (1989). Avoiding and Altering Rule-Control as a strategy of clinical intervention. En S.C. Hayes (Eds), *Rule-Governed Behavior* (pág. 359-385)- New York: Plenum Press
- Hayes, S.C., McCurry, S.M., Afari, N. y Wilson, K.G. (1995). *Acceptance and commitment therapy (ACT). A therapy manual for the treatment of emotional avoidance*. Reno, NV: Context Press
- Hayes, S. C., Gifford, E. V., & Wilson, K. G. (1996). Stimulus classes and stimulus relations: Arbitrarily applicable relational responding as an operant. En T. R. Zentall & P. M. Smeets (Eds.), *Stimulus class formation in humans and animals* (pp. 279-299).Amsterdam: Elsevier.
- Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes, S. C. & Wilson, K. G. (1993). Some applied implications of a contemporary behavior-analytic account of verbal events. *The Behavior Analyst*, 16, 283-301.
- Hayes, S. C. & Wilson, K.G. (1994). Acceptance and Commitment Therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17, 289-303.
- Hayes, S.C. y Wilson, K.G. (1995). The role of cognition in complex human behavior: A contextualistic perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 241-248.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., y Wilson, K.G. (en prensa). *Acceptance and commitment therapy: Understanding the treating human suffering*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., Zette, R.D. y Rosenfarb, I. (1989). Rule-following. En S.C. Hayes (Ed.), *Rule-Governed Behavior. Cognition, contingencies and instructional control*. (pp. 191-220). New York. Plenum.

- Hollon, S.D. y Beck, A.T. (1986). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pag. 443-482). New York: John Wiley and Sons.
- Iwata, B.A. Dorsey, M.F., Slifer, K.J., Bauman, K.E., y Richman, G.S. (1982). Toward a functional analysis of self-injury. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 2, 1, 3-20
- Kantor, J. (1959). *Interbehavioral psychology*. Bloomington: Principia Press.
- Kantor, J.R. (1975) (en colaboración con Smith, N.W.). *The Science of Psychology*. Chicago: The Principia Press.
- Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationships*. Plenum Press.
- Kohlenberg, B., Hayes, S. C., & Tsai, (1993). Behavior analytic psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13, 579-592.
- Kohlenberg, R.J., Parker, C.R., Bolling, M.Y., y Kenter, J.W. (1999) *FAP Enhanced Cognitive Therapy for Depression (FECT)*. Presentación en el 25th Anniversary Annual Convention Association Behavior Analysis, Chicago, Mayo 26-30.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Luciano, M.C. (1991). Implicaciones actuales de algunos fenómenos que nunca fueron tabú para Skinner. En J.Gil Roales-Nieto, M.C.Luciano y M. Pérez Alvarez (Eds.). *Vigencia de la Obra de Skinner* (pág. 165-191). Granada: SPUG
- Luciano, M.C. (1996). Intervención psicológica en retraso en el desarrollo: Una perspectiva funcional. En Luciano, M.C. (1996). (Ed). *Manual de Psicología Clínica: Infancia y Adolescencia* (pág. 465-526). Promolibro: Valencia.
- Luciano, M.C. (1992/1993). La conducta verbal a la luz de recientes investigaciones. Su papel sobre otras conductas verbales y no verbales. *Psicothema*, 5, 2, 351-374.
- Luciano, M.C. (1999). Applications of research on rule-governed behavior. En Leslie, J.C y Blackman, D. (Eds.). *Issues in Experimental and Applied Analyses of Human Behavior*. Reno, NV: Context Press.
- Luciano, M.C y Gil Roales-Nieto, J. (1996). Aproximaciones explicativas en psicología clínica infantil. En Luciano, M.C. (1996). (Ed). *Manual de Psicología Clínica: Infancia y Adolescencia* (pág. 87-142). Promolibro: Valencia.
- Luciano, M.C. y Gómez, S. (en revisión). *Un análisis de la conducta verbal y su repercusión en el contexto clínico*.