



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Procesos de
Psicología Clínica

Flexibilidad psicológica frente a los principales
malestares emocionales generados por
Coronavirus COVID 19, en el contexto docente

Reporte de Investigación Teórica

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Luis Fernando Kahan Carrión



Facultad de Estudios Superiores
IZTACALA

Dictaminadores:

Director: Dr. Omar Moreno Almazán

Vocal: Mtra. Christian Sandoval Espinoza



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, a mi familia y a mi maestra de vida; a mi director de manuscrito recepcional y mis tutores de SUAyED; y a todas las personas que formaron parte, para que éste, mi proyecto de vida, se haya hecho realidad, infinitas GRACIAS.

ÍNDICE	Página
Resumen.....	5
Justificación.....	6
Objetivos.....	6
CAPITULO 1. Efectos psicológicos de la pandemia COVID-19 en la población general.....	7
1.1. Antecedentes.....	7
1.2. Principales efectos psicológicos generados por la pandemia.....	8
1.2.1. Ansiedad por la salud.....	8
1.2.2. Ansiedad y depresión.....	8
1.2.3. Trastorno de estrés postraumático.....	9
1.2.4. Abuso de sustancias.....	9
1.2.5. Ideación suicida.....	10
CAPITULO 2. La Terapia de Aceptación y Compromiso.....	11
2.1. Antecedentes y generaciones de terapia de conducta.....	11
2.1.1. Terapia de primera generación.....	11
2.1.2. Terapia de segunda generación.....	12
2.1.3. Terapia de tercera generación.....	13
2.2. Introducción a la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).....	13
2.2.1. Generalidades.....	13
2.2.2. El trastorno de evitación experiencial (TEE)	14
2.2.3. Filosofía de la ACT: el Contextualismo Funcional.....	15
2.2.4. Teoría de los Marcos Relacionales.....	16
2.2.5. Postura clínica de la ACT.....	18
2.2.6. Evidencia de la efectividad de los tratamientos.....	19
2.2.7. La inflexibilidad psicológica como modelo de psicopatología y tratamiento.....	21
2.2.7.1. Fusión / Difusión cognitiva.....	21
2.2.7.2. Evitación experiencial / Aceptación.....	22
2.2.7.3. Pérdida de contacto flexible con el presente / Contacto con el momento presente.....	23
2.2.7.4. Yo conceptualizado / Yo como contexto.....	23
2.2.7.5. Falta de claridad con los valores / Clarificación y elección de valores.	24
2.2.7.6. Inacción, impulsividad o persistente evitación / Compromiso de actuar.....	24

CAPITULO III. Flexibilidad psicológica frente a los principales malestares emocionales en la población docente.....	26
3.1. Principales efectos psicológicos generados por la pandemia en la población docente.	26
3.2. Tratamiento transdiagnóstico de los problemas psicológicos.....	26
3.2.1. Generalidades de los tratamientos transdiagnósticos.....	26
3.2.2. La terapia de aceptación y compromiso es transdiagnóstico.	27
3.3. Plan de intervención bajo el modelo de terapia de aceptación y compromiso.....	29
3.3.1. Propuesta de un plan general de tratamiento.....	29
3.3.2. Propuesta de sesiones terapéuticas.....	30
Comentarios y conclusiones.....	44
Alcances y limitaciones.....	45
Referencias.	46
Anexos.	51

Resumen

El presente estudio tiene la finalidad de desarrollar una propuesta de intervención teórica y metodológica para desarrollar las habilidades relacionadas con la flexibilidad psicológica, se pretende abordar dimensiones psicológicas y emocionales funcionales para mejorar la salud mental en la población en general y docentes en el contexto de la pandemia COVID-19. La Terapia de Aceptación y Compromiso, también llamada ACT (por sus siglas en inglés, *Acceptance and Commitment Therapy*) es un modelo de intervención basado en procesos, que podría ser adaptado para diversas condiciones clínicas, puede ser adaptada a un enfoque de intervención individual, grupal y/o web, siendo éste un modelo terapéutico acorde para el contexto y la problemática actual.

El objetivo principal de las intervenciones basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso, siendo un modelo de intervención basado en evidencia, es promover la flexibilidad psicológica, se consideran que es un modelo de tratamiento psicológico transdiagnóstico que potencialmente influye en múltiples dimensiones funcionales tanto de la salud mental como de los problemas de la vida (Dindo, et al., 2017; Puolakanaho, et al., 2020; Hayes, et., al 2012). Estos supuestos teóricos sugieren que las intervenciones basadas en ACT pueden aliviar diversos síntomas relacionados con trastornos psicológicos y/o emocionales y promover la salud física y mental en población clínica y no clínica. Estudios muestran también su efectividad y evidencia en tratar diversos síntomas, condiciones comórbidas e incluso mitigando alteraciones subsindrómicas (Dindo et al., 2017).

El presente trabajo se desarrolla en tres capítulos. En el primer capítulo se expone de manera general una investigación del contexto por el que vivimos en relación a la pandemia por el nuevo coronavirus, sus antecedentes, síntomas, vías y cifras de contagios, así como los efectos psicológicos en la población en general. En el segundo capítulo se realiza una investigación a nivel teórico, de la terapia de aceptación y compromiso, de sus antecedentes y revisión de las generaciones de conducta, marco teórico y filosófico de la ACT, así como su posición actual y evidencias en los tratamientos clínicos. En el tercer capítulo, se detalla la problemática planteada, así como las generalidades de las terapias de tipo transdiagnóstico, llegando así a una propuesta de intervención terapéutica general bajo el modelo de la ACT con los detalles de las sesiones y/o propuestas de tratamiento psicológico. Se finaliza con los comentarios y alcances y limitaciones de este trabajo.

Justificación

El trastorno de evitación emocional ha sido identificado como variable dimensional transdiagnóstica, esto es, un elemento compartido por distintos síndromes del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), para entender y tratar diversos trastornos psicológicos y/o emocionales, entre ellos la depresión y la ansiedad, psicósomáticos, adicciones, entre otros (Mazarro et al., 2016), por lo que se considera éste un concepto relevante para el presente estudio.

La pandemia por COVID-19 ha alterado drásticamente la vida de las personas, las medidas de confinamiento, el distanciamiento social y el impacto en la salud a nivel mundial, ha alterado diversos aspectos relevantes en lo psicológico, económico y social, generando gran incertidumbre y un aumento significativo de los trastornos psicológicos y/o emocionales en la población en general.

Como alternativa a esta problemática se propone como modelo de flexibilidad psicológica, la Terapia de Aceptación y Compromiso, en cuyo proceso de cambio se encuentra la evitación experiencial y la fusión cognitiva como principales dimensiones funcionales de cambio para el estudio y el tratamiento de una gran variedad de trastornos psicológicos y emocionales que imperan en el momento actual.

Objetivos

Objetivo general. Realizar un reporte de investigación teórica donde se identificarán variables relacionadas a los efectos psicológicos y emocionales en el contexto docente asociados tras la pandemia por el COVID-19, e integrar una propuesta de intervención en base a la Terapia de Aceptación y Compromiso, ACT por sus siglas en inglés (*Acceptance and Commitment Therapy*)

Objetivos específicos. Conocer los procesos dimensiones saludables (de flexibilidad psicológica) y patológicos (de inflexibilidad psicológica) implicados en los trastornos emocionales como es la depresión y la ansiedad bajo el enfoque la terapia de aceptación y compromiso. Así mismo, identificar de qué manera la terapia de aceptación y compromiso ofrece una propuesta de intervención psicológica clínica a los trastornos emocionales y/o psicológicos con condiciones de comorbilidad imperantes en la problemática actual.

CAPITULO 1.

Efectos psicológicos de la pandemia COVID-19 en la población general.

1.1. Antecedentes

La humanidad se ha visto afectada por brotes epidémicos a lo largo de la historia, están generalmente avanzando a un ritmo muy apresurado dentro de las poblaciones llegando a convertirse en pandemias, siendo este último término entendido como una enfermedad que afecta a gran parte de la población y que se extiende a países de los diversos continentes (Martínez, 2016)

El mundo vive actualmente en una pandemia, denominada coronavirus (SARS-CoV-2) siendo este virus la causa de la enfermedad infecciosa denominada COVID-19 (OMS, 2020; Anand et al. 2020). En la ciudad de Wuhan (China) se conocieron los primeros casos del nuevo coronavirus, en el mes de diciembre del 2019, para reducir el riesgo de una mayor transmisión de la enfermedad, las autoridades de Wuhan cerraron la ciudad el 23 de enero del 2020; el brote inicial se extendió rápidamente a otras partes de China y en pocas semanas al resto del mundo (Adhikari et al. 2020). El 11 de marzo del 2020, la OMS declaró el brote como una pandemia (Anand et al. 2020).

Según la OMS los síntomas más habituales de la COVID-19 son la fiebre, la tos seca, dificultad para respirar y cansancio. Las personas mayores y que padecen afecciones médicas previas como hipertensión arterial, problemas cardíacos o pulmonares, diabetes o cáncer, tienen más probabilidades de desarrollar esta enfermedad grave, de manera contundente (OMS, 2020). Inicialmente afecta las vías respiratorias con neumonías atípicas y en casos graves provoca inflamación sistémica que puede provocar un rápido deterioro, insuficiencia respiratoria y alteraciones de coagulación con una letalidad del 7%. (Escudero et al., 2020).

Para responder al COVID-19 muchos países introdujeron medidas con la intención de prevenir la propagación de la epidemia, incluido el distanciamiento social, el confinamiento o cuarentena, rastreo de contactos, trabajo en casa, promoción de medidas de higiene personal incluido el lavado de manos y la etiqueta respiratoria, uso de mascarillas, el distanciamiento social, y la cancelación de reuniones públicas a gran escala (Bedford et al. 2020; OMS, 2020).

La situación actual ha alterado drásticamente la vida de las personas así como diversos aspectos de la economía global. Las investigaciones revelan una amplia gama de impactos psicosociales en las personas y en las comunidades, es probable que las personas experimenten emociones negativas asociados con el brote del virus así como a las medidas de confinamiento masivo para atenuar la propagación del virus, como el cierre de escuela, de negocios y de la recesión económica; se prevé también un aumento de trastornos mentales asociados con el suicidio (Xiong et al. 2020).

Las altas probabilidades de contagio que ha demostrado tener el virus y la gran cantidad de casos confirmados y de muertes que día a día se reportan, afectan la salud mental de la

población en el mundo generando emociones y pensamientos negativos, por el miedo a la muerte y los sentimientos de soledad, tristeza e irritabilidad (Huarcaya, 2020). Así mismo, el aislamiento social y la cuarentena han ocasionado un incremento de alteraciones relacionadas con la salud mental siendo los diagnósticos más frecuentes el insomnio, ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT), de la misma manera las personas sometidas al estrés del brote pueden presentar angustia marcada y un deterioro significativo en el funcionamiento social u ocupacional, configurando trastornos de la adaptación y en caso de persistir con ánimo triste se puede presentar un trastorno depresivo mayor (TMD) (Ramírez et al. 2020).

En México el primer caso se detectó en febrero de 2020 y a la fecha de hoy 23 de noviembre de 2020, las cifras alcanzan el 1 millón, 049 mil 358 de casos confirmados de Coronavirus, mientras que 101, 926 personas con coronavirus han fallecidos en México (Gobierno de México, 2020).

El mapa mundial del coronavirus apunta a más de 59 millones de casos y cerca de 1,4 millones de muertos en todo el mundo. Estados Unidos encabeza la clasificación al superar los 262,700 decesos, seguido de Brasil con alrededor de 169,215 (Statista, 2020).

1.2. Principales efectos psicológicos generados por la pandemia

1.2.1. Ansiedad por la salud

La ansiedad por la salud se caracteriza principalmente por ideas irracionales catastróficas de sensaciones de cambios corporales, creencias disfuncionales sobre la salud y la enfermedad y afrontamiento desadaptativo. Las personas con altos niveles de ansiedad por la salud son propensas a malinterpretar sensaciones corporales inofensivos como evidencia de que se encuentran infectados, e influye en su capacidad para tomar decisiones racionales y en su comportamiento, ocasionando comportamientos de seguridad desadaptativos como acudir frecuentemente con el doctor, excesivo lavado de manos, retraimiento social y compras de pánico (Asmundson y Taylor, 2020).

Es de destacar que estos comportamientos son consistentes con recomendaciones de salud pública para manejar epidemias y pandemias, sin embargo, en el caso de aquellos con alta ansiedad por la salud se lleva a un extremo que puede tener consecuencias negativas. Los niveles bajos de ansiedad por la salud también pueden tener impactos negativos en el comportamiento de la salud, por ejemplo no cumplir con las recomendaciones más simples, como el lavado de manos y el distanciamiento social (Asmundson y Taylor, 2020).

1.2.2. Ansiedad y depresión

Es probable que aumente la ansiedad y los síntomas depresivos durante la pandemia de COVID-19, sobre todo en personas con una mayor vulnerabilidad a la angustia psicológica, así como en personas con trastornos psiquiátricos subyacentes (Gruber et al. 2020).

Aunque la ansiedad y la depresión se superponen en términos temporales y de presentación fenotípica, la ansiedad se considera una respuesta primaria a una amenaza o incertidumbre, mientras que la depresión se teoriza típicamente como una respuesta anormal a la pérdida. La pandemia COVID-19 es un estresante complejo que incluye elementos de amenaza, incertidumbre, y pérdida potencial (Gruber et al. 2020).

La depresión generalmente se teoriza como una respuesta anormal a la pérdida, es probable que la pandemia engendre experiencias de pérdida en varios dominios de la vida más notablemente en la muerte de seres queridos, pérdidas en la conectividad social, en rutinas diarias y en la estabilidad financiera (Gruber et al. 2020).

Será importante prestar atención a percepciones exageradas de amenaza (que se han vinculado con la ansiedad), por ejemplo, que los comportamientos necesarios para garantizar la seguridad física, como la evitación (de otras personas y espacios públicos) y la vigilancia (por ejemplo escanear el cuerpo en busca de signos de enfermedad), que no tengan consecuencias involuntarias de un mayor riesgo aparición y recaída de este trastorno (Gruber et al. 2020).

1.2.3. Trastorno de estrés postraumático

El trastorno de estrés postraumático es un trastorno relacionado con el trauma y el estrés que puede resultar de una exposición directa a un evento traumático que involucre una amenaza real o percibida para la vida así como la exposición repetida a situaciones aversivas de un evento traumático (American Psychiatric Association, 2013).

Es probable que los síntomas de estrés postraumático aumenten durante la pandemia COVID-19 por múltiples factores estresantes que han sido implicados en el desarrollo o mantenimiento del TEPT incluida la amenaza a la seguridad y protección, interrupción significativa de la vida, pérdida de seres queridos y de recursos financieros, y la interrupción de los sistemas de apoyo interpersonal (Gruber et al. 2020).

1.2.4. Abuso de sustancias

Las personas con trastornos por consumo de sustancias, principalmente aquellos que fuman, pueden ser especialmente susceptibles con un mayor riesgo de gravedad por la pandemia por COVID-19. Para algunos los factores estresantes relacionados por la pandemia (p. e. pérdida de trabajo y tensión financiera), ansiedad, aburrimiento, debido a permanecer en casa podría llevar a un aumento en el uso de sustancias por ejemplo el tabaco, el alcohol y cannabis, como forma de hacer frente a los estados de ánimo negativos (Gruber et al. 2020; Nagelhout et al. 2017).

Para las personas en recuperación, la pandemia ha resultado un desafío, las medidas de quedarse en casa, el aislamiento social y factores estresantes domésticos (p. ejemplo violencia intrafamiliar) ha ocasionada la recaída para algunas personas (Gruber et al. 2020; Volkow, 2020).

1.2.5. Ideación suicida

La pandemia actual ha aumentado el riesgo de suicidio, probablemente en poblaciones vulnerables, aquellos con antecedentes de síntomas depresivos, autolesiones, tendencias suicidas previas, maltrato, Trastorno Límite de Personalidad, trastorno de conductas disruptivas en jóvenes, esto debido por los eventos estresantes relativamente incontrolables por el nuevo coronavirus, así también se tiene contemplado que nuevas poblaciones en riesgo pueden emerger por la pandemia (Gruber et al. 2020).

Estudios revelan que las tasas de suicidio están asociadas estrechamente con los índices económicos, con periodos de recesión, estrés interpersonal (p. ejemplo conflicto, pérdida, aislamiento, soledad) entre todas las edades y todas las razas / etnias (Gruber et al. 2020). Siguiendo la tasa de suicidios durante desastres naturales o de otros eventos extremadamente estresantes han arrojado resultados mixtos, con algunos mostrando un aumento y otros mostrando una disminución de las tasas de suicidio, esto último puede deberse a individuos de una población que “se une” y recibir apoyo social al hacerlo juntos (Claassen et al. 2010).

CAPITULO 2.

La Terapia de Aceptación y Compromiso

2.1. Antecedentes y generaciones de terapia de conducta

2.1.1. Terapia de primera generación

La primera generación se refiere a la fundación de la terapia de conducta en la década de 1950. Dos circunstancias dieron lugar al surgimiento de esta nueva “marca” de terapia.

La primera circunstancia que dio lugar, fue la aplicación clínica de los principios de la psicología del aprendizaje: condicionamiento clásico, pavloviano o respondiente y condicionamiento operante o skinneriano. De la psicología del aprendizaje derivan modelos y procedimientos para entender y modificar la conducta humana en los distintos ámbitos, incluyendo el clínico, ambulatorio e institucional (Pérez Álvarez, 2014).

Los trastornos psicológicos dentro de esta generación se entienden como conductas problemáticas, disfuncionales o desadaptativas, aprendidas de acuerdo a los mismos principios y procesos de la conducta normal, funcional y adaptativa. La terapia correspondiente consiste en modificar la conducta conforme a los mismos fundamentos y procedimientos: condicionamiento respondiente y operante. Así el condicionamiento respondiente surge básicamente para problemas neuróticos, caracterizados por miedos condicionados; las aplicaciones del condicionamiento operante se dirigen sobre todo al retardo en el desarrollo y a síntomas psicóticos. En la línea del condicionamiento respondiente, dió lugar a técnicas bien conocidas destacando la Desensibilización Sistemática (DS) y la Exposición Prolongada con prevención de respuesta (EP) (Pérez Álvarez, 2014).

En la línea del condicionamiento operante existen numerosas técnicas, pero lo importante es el análisis funcional de la conducta, eligiendo las conductas relevantes en relación con el problema presentado e identificando los estímulos antecedentes en cuya situación ocurren y los estímulos consecuentes o efectos que producen o siguen. El análisis funcional lleva a las técnicas de modificación de conducta, las cuales consisten en alterar las condiciones antecedentes (control de estímulo) y consecuentes (manejo de contingencias) (Pérez Álvarez, 2014).

Como contra-distinta de la psicoterapia tradicional, la terapia de conducta presenta dos aspectos distintivos (Pérez Álvarez, 2014):

- Enfoque ambientalista. Enfatiza el carácter condicionado, aprendido, de las respuestas neuróticas a estímulos y condiciones del medio, explicable por la historia del aprendizaje, distintivo del enfoque intrapsíquico, del psicoanálisis.
- Evaluación de la eficacia. En contraste con la psicoterapia tradicional que la daba por hecho, sería otro distintivo que marcaría en adelante el futuro de la terapia conductual y la psicoterapia en general.

Una limitación del análisis funcional clásico es que apenas incluía la conducta más frecuente en psicoterapia, que es la conducta verbal, a pesar de que la obra de Skinner sobre el lenguaje, *Conducta verbal*, data de 1957. El análisis de conducta ya prácticamente centrado en el lenguaje, sobre la base de la obra de Skinner, será una característica de las terapias contextuales (Pérez Álvarez, 2014).

2.1.2. Terapia de segunda generación

Se refiere a la influencia que el enfoque cognitivo de la psicología ha tenido sobre la terapia de conducta a partir de la década de 1970, cuando empieza a denominarse como terapia cognitivo-conductual. La ola cognitiva con orígenes que datan de la década de 1960, como las clásicas terapia racional y emotiva de Albert Ellis y la terapia cognitiva de Aaron Beck, estas terapias junto con otras, marcaron la época y dieron lugar a lo que ahora se identifica como segunda generación. A menudo el aspecto distintivo de este tipo de terapias hace alusión a una serie de procesos de naturaleza cognitiva o mental representacional, análogo en términos de procesamiento de la información como la mente y el cerebro como un ordenador (Pérez Álvarez, 2014).

Esta terapia se suele exponer mediante un modelo A-B-C, introducido por Ellis y utilizado ampliamente por la terapia cognitiva de Beck. En este modelo, A son los acontecimientos o eventos que ocurren en la vida, B son las creencias, cogniciones y pensamientos que se tiene acerca de A, y C son las consecuencias emocionales y conductuales, o los “síntomas” que definen un trastorno clínico (Pérez Álvarez, 2014).

El modelo A-B-C continúa con D y E, para incluir la terapia. El terapeuta cognitivo-conductual, hace ver al cliente que sus problemas emocionales y conductuales (C), no derivan, en realidad de A, los acontecimientos y circunstancias de la vida (pérdidas, conflictos, situaciones de agobio, crisis) sino de B: lo que cree y piensa acerca de A. el modelo supone que hay una predisposición aprendida, automática e inconsciente (esquemas) a pensar de determinada manera (procesamiento de la información) consistente en pensamientos automáticos y sesgos cognitivos que terminan por producir las emociones y conductas que se tienen, por ejemplo, la depresión (Pérez Álvarez, 2014).

La terapia TCC (D) consiste en discutir y disputar con el cliente sus pensamientos depresógenos o productores de cualquier otra consecuencia problemática, con miras a adoptar unos más racionales, puesto que éstos son más ajustados a la realidad y favorables (menos catastrofistas y derrotistas que los habituales). La TCC también promueve la experimentación (E) de una nueva manera más racionalista de ver las cosas. Se trata de experimentar si pensando de una manera más realista, matiza y ponderada (sin los sesgos habituales), así como hacer comprobaciones, las consecuencias son mejores (por ejemplo, si enfrentar la situación temida es tan catastrófico como se piensa). El objetivo en sí, es realizar toda una reestructuración cognitiva de los esquemas básicos de procesamiento y creencias irracionales (Pérez Álvarez, 2014).

2.1.3. Terapias de tercera generación

Las llamadas “terapias de tercera generación” designan una serie de terapias psicológicas que surgen en la década de 1990 en la tradición de la terapia de conducta y cognitivo-conductual. Este movimiento se identificó inicialmente como análisis de la conducta clínica por enfatizar su carácter conductual asentado en el análisis funcional y el conductismo radical y con particular interés en la conducta verbal. Sin embargo, su revisión final se identifica como una ciencia contextual funcional, enfatizando su base en la filosofía del contextualismo funcional y el estudio de la acción en contexto. Así, estas terapias mejor se denominarían “terapias contextuales”. A continuación, se enumeran las principales y sus principales autores (Pérez Álvarez, 2014):

- Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson)
- Psicoterapia Analítica Funcional (PAF) (Kohlenberg Tsai)
- Terapia de Conducta Dialéctica (TCD) (Linehan)
- Terapia Integral de Pareja (TIP) (Jacobson et. al)
- Activación Conductual (AC) (Jacobson, Martell y Dimidjian)
- Terapia con Base en Mindfulness (BMT) (segal, Williams y Teasdale)
- Terapia Cognitiva con Base en la Persona para la Psicosis (Chadwick)

2.2. Introducción a la Terapia de Aceptación y Compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy*)

2.2.1. Generalidades

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por su acrónimo en inglés) es parte de la tercera generación de terapias de conducta y tiene su sustento en el contextualismo funcional y en la teoría de los marcos relacionales.

Uno de los temas principales la primera y segunda generación de terapias de conducta fue un enfoque en la eliminación de conductas problemáticas específicas, pensamientos o emociones como propósito principal de la terapia. La tercera generación se centra en habilidades nuevas y a veces, muy generalmente aplicables (por ejemplo, atención plena, aceptación, profundización interpersonal, profundización emocional, valoración, compromiso) y en construcción de repertorios amplios y flexibles del comportamiento. El propósito de estrategias experienciales y contextuales de este tipo es alterar la función de eventos psicológicos problemáticos, incluso si su forma o frecuencia no cambia o cambia solo lentamente, más bien el énfasis está en cambiar la conciencia y la relación con los pensamientos (Hayes, 2004).

Las nuevas terapias de conducta tienden a centrarse más en el empoderamiento y la mejora del repertorio que en la patologización de conductas problemáticas. Por ejemplo, las personas que enfrentan síntomas psicóticos o personas con doble diagnóstico, trastorno de personalidad y trastorno por uso de sustancias, por ejemplo, se centran en el desarrollo de habilidades y relativamente de una forma no patologizante (Hayes, 2004).

El lenguaje, nuestro bien más preciado, ha sido señalado desde antiguo como el elemento que está en la base de la infelicidad humana pero también de la felicidad. Como forma de afrontar el sufrimiento, Hayes, et al. (1999), señalan al lenguaje como objetivo, razón y causa del sufrimiento humano, sin olvidar que el lenguaje surgió, como un modo para escapar del peligro y quizá tarde para organizar el control social (Hayes, et al., 1999, Skinner, 1986; Luciano, & Wilson, 2002). Así el caso es que, en nuestro mundo actual, uno siente la obligación de sentirse bien, y evitar el sufrimiento porque éste último ha sido catalogado como algo anormal, negativo e inapropiado para vivir una vida plena (Luciano y Wilson, 2002).

Cuando los eventos privados vividos negativamente llegan a actuar como barreras o causas que impiden ser feliz y la persona solo sabe luchar contra sí mismo, al hacerlo cada vez más presente, el resultado final es un contexto de sufrimiento (ya que la única estrategia es evitar). De este modo, al surgir el dolor, las dudas, los pensamientos negativos, la inseguridad en sí mismo, la sensación de no ser querido o de no tener éxito, se sufre y todo eso se convierte en objetivo prioritario de evitación, llegando a ser destructivo (Luciano y Wilson, 2002).

Asumir que la vida incluye tropiezos, caídas, desencantos, preocupaciones, dudas, pensamientos y/o sentimientos contrapuestos, confusión, tristeza, alegría, es asumir la vida como un ser humano verbal, en un mundo social, con múltiples matices de modo normalizado, pero incompatible con quedar atrapado, fusionado, crónicamente a dichas funciones (Luciano, & Wilson, 2002).

¿Por qué es tan difícil que pueda coexistir el hecho de “sentirse mal y estar bien” ?, más aún ¿Cómo es que el resultado de luchar con ahínco por no sufrir sea llegar a vivir con más sufrimiento? (Luciano, & Wilson, 2002). En este y en el siguiente capítulo, se pretende reconocer algunos aspectos principales de ACT, por medio de la revisión de la literatura de los principales autores; y su aplicación en algunos malestares emocionales, a través de la revisión de casos clínicos en revistas científicas recientes.

2.2.2. El trastorno de evitación experiencial (TEE)

El Trastorno de Evitación Experiencial (TEE), es un patrón inflexible que consiste en que poder vivir se actúa bajo la necesidad de controlar y/o evitar la presencia de pensamientos, recuerdos, sensaciones y otros eventos privados, así como las circunstancias que los generan. Ello lleva a la necesidad permanente de eludir el malestar y la de tener placer inmediato para vivir obligan a la persona a actuar de un modo que, paradójicamente, no le deja vivir (Luciano y Valdivia, 2006).

El problema es que tales actuaciones proporcionan un relativo alivio inmediato, pero provocan un efecto boomerang (sea, el malestar vuelve a estar presente, a veces más intenso y extendido, y el alivio es breve). Esto “obliga” a no parar en el intento por hacer desaparecer el malestar, que a su vez, va a estar cada vez más y más presente por dicho efecto boomerang. Al final el resultado es abandono de las acciones en direcciones valiosas (Luciano y Valdivia, 2006).

Desde el punto de vista del contexto verbal, define al TEE desde diversos vértices. Uno de ellos es el punto de vista cultural de que el comportamiento se (mal)explica por las emociones y los pensamientos (por ejemplo, “estos pensamientos son terribles y no puedo vivir con ellos,

tengo que quitarlos”. De lo anterior deriva el “control de las causas” y siguiendo esas razones paradójicas, por ejemplo, comportarse fusionado a pensamientos molestos tomados como causas: “si pudiera quitármelos, estaría bien, sería otra persona y podría hacer muchas cosas”. Así, solo si esas “causas” desaparecen, la persona estaría dispuesta de “darse permiso” para actuar en dirección a aspectos valiosos de su vida. Así este último contexto es cerrado por un algún reforzador (reforzamiento negativo) que acompañe un alivio inmediato, aunque efímero a pesar del costo a largo plazo que ello implique de tales estrategias (más malestar y menos acciones al servicio del reforzamiento positivo) (Luciano y Valdivia, 2006). La evitación experiencial generalizada en un modo de funcionamiento inflexible y limitante que está al servicio de una escasa regulación para conducir la impulsividad y/o tolerancia al malestar y el dominio de la regulación por las propiedades verbales de malestar, lo que impide la sensibilidad a las contingencias efectivas (a lo que verdaderamente importa). Si la persona se guía directamente por tales funciones sin haber aplicado convenientemente los marcos deícticos (que permiten la discriminación de eventos privados y su procedencia verbal y, por tanto, apreciando que no son intrínsecamente inhabilitantes) no permitiría la discriminación de eventos privados y uno mismo con las direcciones de valor (Luciano y Valdivia, 2006).

El trastorno de evitación experiencial ha sido detectada en el trastorno-obsesivo compulsivo, abuso de drogas y alcoholismo, en el desorden de pánico, la agorafobia, y la ansiedad generalizada, en el trastorno de personalidad límite, en la depresión, en el trastorno de duelo, en bulimia, en parafilias, en síntomas psicóticos, y en el juego patológico. El TEE ha sido detectado en problemas clínicos no sindrómicos como en el caso del suicidio (una estrategia de evitación final), ha sido explícito en terapia de parejas, en el trabajo con padres de niños mentalmente retrasados, en la atención a la vejez, en el duelo, en la atención a la vejez, en dolor crónico, en estrés laboral, en terapia de apoyo psicológico a pacientes con cáncer, entre otros (Luciano y Wilson, 2002).

Como alternativa y aproximación terapéutica al TEE, la ACT proporciona un método clínico que apela a un cambio de carácter contextual a fin de alterar la función de los eventos privados sin tratar de cambiar sus contenidos. ACT busca potenciar interacciones clínicas que permitan al paciente tomar conciencia plena, abierta, del flujo de los eventos privados – cualesquiera-, de modo que haga, o no, uso de ellos para actuar de modo valioso. Las paradojas, las metáforas, y los ejercicios de exposición plena/consciente en el aquí y el ahora, son esenciales en ACT y la clave es que la dirección que lleva la aplicación de estos métodos, es la de aceptar los eventos privados porque esa aceptación está al servicio de la actuación impregnada de valores personales (Luciano y Valdivia, 2006). Del mismo modo, recientemente ha comenzado a detectarse una mayor sensibilidad a la aceptación psicológica en los modernos tratamientos calificados como cognitivo-conductuales, que en parte, se orientan a lograr que los clientes afronten el material evitado, como es el caso de las señales propioceptivas (Barlow, 1988 en Luciano y Wilson, 2002).

2.2.3. Filosofía de la Terapia de Aceptación y Compromiso: el Contextualismo Funcional.

El contextualismo funcional es una extensión del conductismo radical del B.F. Skinner, término que generalmente es mal interpretado, generando controversia su “radicalidad”, realizando así una gran cantidad de trabajo teórico y filosófico que ayudan a definir a la

terapia de aceptación y compromiso (ACT, por su acrónimo en inglés), no como una terapia primera, ni de segunda ola. La unidad analítica y filosófica de la ACT se centra en el contextualismo funcional, es el “acto continuo en el contexto”. ACT conceptualiza los eventos psicológicos como un conjunto de interacciones continuas entre organismos, contextos definidos histórica y situacionalmente. La eliminación de comportamientos problemáticos de un cliente dentro de un contexto que participa en ese evento (por ejemplo, analizar los síntomas conductuales manifestados) tomando en cuenta la naturaleza del problema, resistiendo al reduccionismo de biológico o psicológico (de comportamiento o eventos contextuales) (Hayes, 2004).

El contextualismo funcional, los objetivos finales permiten el análisis a aplicar, mas no son el resultado del análisis. Con esto los objetivos finales son fundamentales en el contextualismo, solo pueden enunciarse mas no justificarse. Hay dos tipos principales de contextualismo: el contextualismo descriptivo (por ejemplo, la hermenéutica, psicología narrativa, construccionismo social, psicología feminista y similares), que buscan una apreciación de los participantes en un evento y el contextualismo funcional (por ejemplo, el análisis de la conducta), que busca la predicción e influencia de interacciones entre organismos y contextos definidos. En el análisis se busca que tengan precisión (solo se aplican a un fenómeno dado), alcance (los principios se aplican a una variedad de fenómenos) y profundidad (son coherentes en todos los niveles, como biología, psicología, antropología cultural) (Hayes, 2004).

Para lograr la meta de influir en el comportamiento se requiere una manipulación exitosa de eventos, siendo las variables contextuales las que se pueden manipular directamente (Hayes & Brownstein, 1986). Dicho de otra manera, las variables psicológicas independientes (por ejemplo, la emoción, el pensamiento) nunca pueden ser completamente medidas adecuadamente, en comparación con el pragmatismo del contextualismo funcional. Por ello el análisis del contextualismo funcional es pragmático (Hayes, 2004).

De manera paralela a lo planteado, se anima a los clientes de ACT a abandonar cualquier interés en la verdad literal de sus propios pensamientos o evaluaciones, en cambio se anima a adoptar un interés apasionado y permanente en cómo vivir de acuerdo con sus valores. En ACT hay una postura consciente de apertura y aceptación hacia todos los eventos psicológicos, incluso si son formalmente “negativos”, “irracionales”, o incluso, “psicóticos”: el problema no es la presencia de cualquier evento en particular, sino en su función y significado contextualmente establecido. Finalmente, la naturaleza fundamental de las metas del contextualismo se refleja en el énfasis en el ACTUAR (como ACT) en los valores elegidos como un componente necesario de una vida (y curso de tratamiento significativo) (Hayes, 2004).

2.2.4. Teoría de los Marcos Relacionales

El estudio del lenguaje y la cognición en la tradición skinneriana ha dado lugar a toda una teoría denominada Teoría del Marco Relacional. La teoría del marco relacional (RFT, por sus siglas en inglés Relational Frame Theory), sugiere que los procesos psicológicos problemáticos surgen del lenguaje mismo y producen inflexibilidad psicológica. La extensión aplicada de RFT, la Terapia de Aceptación y Compromiso, ha dado lugar a nuevas

intervenciones que aumentan la flexibilidad psicológica, por lo tanto mejorar el comportamiento y la salud (Bond, et al. 2006).

La RFT se ha centrado en la habilidad humana para aprender a establecer relaciones entre eventos y a derivar funciones nuevas, no entrenadas (Pérez Álvarez, 2014). En la medida en que las personas tienen lenguaje, se relacionan arbitrariamente con los eventos y responden no solo a las propiedades formales de los estímulos, sino a las funciones que dichos estímulos tienen dentro de la comunidad verbal de referencia (Wilson & Luciano, 2002).

De acuerdo con Hayes (2004), el mayor fracaso de la primera ola de terapia conductual fue fallar en tratar adecuadamente la cognición; la segunda ola trató el tema pero lo hizo adoptando un enfoque relativamente de psicología cognitiva mecanicista (basada en el procesamiento de la información), que enfatiza la disposición de variables dependientes de predicción en lugar de enfatizar diferencialmente aquellas variables contextuales que pueden manipularse directamente al servicio del cambio psicológico. Es decir, la terapia no se centra en la eliminación de los síntomas cognitivos para así alterar la conducta, sino se orienta al cambio de la función a través del cambio del contexto en el que estos síntomas cognitivos resultas problemáticos (Hayes, 2004).

Hay tres propiedades principales del tipo de aprendizaje relacional. Primero, tales relaciones muestran vinculación mutua o "bidireccional". Si una persona aprende que A se relaciona de manera particular con B en un contexto, entonces esto debe de implicar un tipo de relación entre B y A en ese contexto. En segundo lugar, tales relaciones muestran una implicación combinatoria: si una persona aprende en un contexto particular que A se relaciona de una manera particular con B, y B se relaciona de una manera particular con C, entonces esto debe de implicar algún tipo de relación mutua entre A y C en ese contexto (Hayes, 2004).

Lo que hace que el encuadre relacional sea clínicamente relevante es que las funciones asignadas a un miembro de eventos relacionados tienden a alterar las funciones de otros miembros. Supongamos que un niño nunca antes ha visto o jugado con un gato. Luego aprende que las letras G-A-T-O se aplican a estos mamíferos peludos y no a otros y que las letras G-A-T-O se pronuncia "gato". Después de aprender "G-A-T-O" → animal y "G-A-T-O" → "gato", el niño puede derivar cuatro relaciones: animal → G-A-T-O, "gato" → G-A-T-O, "gato" → animal y animal → "gato". Ahora suponga que el niño es arañado, mientras juega con el gato, llora y huye. Más tarde, el niño escucha a su madre decir: "¡Oh, mira! Un gato". Ahora el niño vuelve a llorar y huye, aunque el niño nunca fue rasguñado en presencia de las palabras "¡Oh, mira! Un gato". Lo que trae estas situaciones juntas no son sus propiedades formales en un sentido simple, sino las actividades verbales/cognitivas que relacionan estos eventos. Por consiguiente, el niño llora al oír y huye (por ejemplo, miedo, evitación), al oír el nombre, esta nueva función se transfiere a otros acontecimientos en una red de relaciones (Hayes, 2004).

La RFT apunta directamente a la probabilidad de fusión cognitiva y experiencial, el peligro de represión y disputa de cogniciones, la importancia de la defusión cognitiva y aceptación experiencial, la importancia de ciertos sentidos del "yo" y la centralidad de los valores, entre

otras implicaciones. Todos ellos se han tomado en cuenta en el enfoque de tratamiento de la ACT (Hayes, 2004).

Así, en el área clínica, por ejemplo, la experiencia de “tristeza”, suscitada por un evento de “perdida” de algo valioso o reforzante, al formar parte de marcos de referencia o contextos verbales del tipo “es malo”, “no lo soporto”, “tengo que quitarlo”, termina por adquirir funciones “negativas”, aversivas y evitativas (Pérez Álvarez, 2014).

Dentro de los repertorios de control, los seres humanos emiten comportamientos adaptativos de evitación o escape ante situaciones que les pongan en contacto con estímulos considerados “negativos”, según su historia individual, sin embargo, el exceso de control de las experiencias privadas particulares (sensaciones corporales, pensamientos o recuerdos) y de los contextos que dan lugar a estos eventos privados es lo que define el trastorno de evitación experiencia (TEE) (Wilson & Luciano, 2002).

Los intentos deliberados de suprimir pensamientos y sentimientos pueden aumentar su ocurrencia y su impacto conductual; el intento de escapar o evitar eventos privados, incluso cuando el intento de hacerlo cause daño. Las estrategias de evitación predicen resultados negativos en la depresión, abuso de sustancias, secuelas del abuso infantil y muchas otras áreas (Hayes, 2004).

Las redes relacionales son extraordinariamente difíciles de romper, en parte porque innumerables relaciones derivadas están disponibles para mantener y restablecer una red relacional dada. En términos prácticos, esto significa que elaboradas las relaciones las redes rara vez desaparecen, simplemente se desarrollan más. Esta combinación de características significa que las funciones de estímulo de los marcos relacionales generalmente dominan sobre otras funciones de regulación del comportamiento en humanos sin ninguna consciencia del proceso involucrado (lo que llamamos “fusión cognitiva”) haciendo un individuo menos en contacto con la experiencia del aquí y ahora y las contingencias directas y más dominado por reglas verbales y evaluaciones. La RFT sugiere cambiar los contextos que sustentan un pensamiento indeseable. La aceptación experiencial y la defusión cognitiva son ejemplos principales de las técnicas ACT que intentan hacer precisamente eso (Hayes, 2004).

Desde esta postura, el lenguaje juega un papel fundamental, ya que este se convierte en una operante, es decir, un antecedente y una consecuencia de la conducta del individuo, lo que lleva a actuar conforme a sus pensamientos y no a lo que el medio requiere para una conducta adaptativa (Hayes, 2004).

2.2.5. Postura clínica de la Terapia de Aceptación y Compromiso

Los objetivos clínicos generales de la terapia de aceptación y compromiso (ACT, por su acrónimo en inglés) son socavar el dominio del contenido literal verbal de la cognición que ocasiona el comportamiento de evitación y la inflexibilidad, para construir un contexto alternativo donde el comportamiento alineado con el valor personal, sea lo más probable que ocurra (Hayes, 2004).

ACT asume que un cambio dramático y poderoso es posible rápidamente, porque es el contexto general y el propósito de la acción lo que es el verdadero problema, no el contenido de la vida históricamente producido y bien condicionado por dificultades. Lo que el cliente siente, piensa, recuerda, o de otra manera experimenta nunca se supone que sea la dificultad central, a pesar de que los seres humanos inicialmente se enfocarán en el contenido difícil, como el núcleo de sus problemas (Hayes, 2004).

Los terapeutas ACT son cautelosos para no discutir, ni persuadir en la “verdad”. El problema es la vida del cliente y la experiencia del cliente, no opiniones y creencias, por bien intencionadas que sean. El problema es siempre la función de los eventos, no su forma descontextualizada o frecuencia. La pregunta clave es entonces “¿Para qué sirve esto?” en lugar de “¿Es esto verdadero o falso?” (Hayes, 2004).

El objetivo clave de ACT es ayudar al cliente a sentir y pensar lo que ya sienten y piensan directamente, como es, no como dice que es, y para ayudar al cliente a moverse en una dirección valiosa, con toda su historia y reacciones automáticas. El proceso de ACT un ciclo de detectar la fusión cognitiva y evitación, desactivar y dejar ir (por lo tanto, estableciendo nuevas funciones más flexibles para estos eventos) y moviéndose en una dirección valorada de una manera que construya patrones de comportamientos eficaces, cada vez más grandes (Hayes, 2004).

El terapeuta ACT está apasionadamente interesado en lo que el cliente realmente quiere, pero no necesariamente lo que la cultura específica marca para llegar a esos fines. Esta distinción permite a los terapeutas de ACT analizar compasivamente y confrontar agendas inviables, sin invalidación por que se respeta la experiencia del cliente como árbitro final (Hayes, 2004).

Como estilo general ACT se basa en el uso de no lineal del lenguaje, ya que los propios procesos del lenguaje (al menos en ciertos contextos) se cree que en la fuente principal de repertorios rígidos e ineficaces. ACT se basa en gran medida en paradojas, metáforas, historias, ejercicios, comportamientos, tareas y procesos experienciales, mientras que el análisis lógico tiene un papel limitado (Hayes, 2004).

2.2.6. Evidencia de efectividad en los tratamientos

La efectividad de esta psicoterapia ha sido probada de manera aleatoria en ensayos clínicos, con seguimientos hasta un año. Ha sido administrada en formato individual y grupal, para el tratamiento de diversos trastornos, por ejemplo para reducir síntomas depresivos y de ansiedad (por ejemplo, Lappalainen et al., 2015; Twohig & Levin, 2017; Brown et al., 2016), para el malestar relacionado con el agotamiento profesional (por ejemplo, Puolakanaho et al., 2020), para el dolor crónico (por ejemplo Trompetter et al., 2015), ideación suicida (por ejemplo, Walser, et al., 2015; Ducasse, et al. 2018), entre otros.

La ACT muestra ser efectiva para diversos trastornos, por ejemplo Puolakanaho et al. (2020) muestran en un estudio la efectividad de un programa de ocho semanas basado en los principios de la ACT para aliviar el malestar relacionado con el agotamiento profesional y mejorar el bienestar.. El estudio sugiere que las habilidades de flexibilidad psicológica pueden ser elementos cruciales en el tratamiento de agotamiento relacionado con el trabajo y que

las intervenciones grupales y basadas en la web pueden ofrecer un método de tratamiento eficaz.

En el estudio de Räsänen et al. (2016), sugiere que un programa ACT guiado por un entrenador en línea con sesiones presenciales y en línea podría ser una alternativa eficaz y bien aceptada para mejorar el bienestar de los estudiantes universitarios.

Lappalainen et al. (2015), realizaron un estudio en el que concluyeron que un tratamiento en línea basado en ACT y con un contacto a corto plazo puede ser eficaz para las personas con síntomas depresivos.

El estudio de Bai et al. (2020), sugiere que ACT fue significativo para reducir los síntomas depresivos en comparación con el grupo control, especialmente a los tres meses de seguimiento en el grupo de adultos con depresión leve, sin embargo analizan la necesidad de mayor investigación para hallar efectos en depresión moderada y severa y con seguimiento a largo plazo.

En una revisión sistemática de ensayos aleatorios controlados (EAC) que evalúa la ACT para la depresión y los trastornos de ansiedad. Resumiendo 36 EACs, ACT parece ser más eficaz que las condiciones de lista de espera y el tratamiento habitual, con efectos en gran medida equivalentes en relación con la terapia cognitivo-conductual tradicional. La evidencia indica que los resultados del tratamiento ACT están mediados por aumentos en la flexibilidad psicológica, su proceso teorizado de cambio (Twohig y Levin, 2017).

Las intervenciones psicológicas basadas en la aceptación también pueden minimizar potencialmente la carga del dolor crónico. En un ensayo controlado se evaluó una intervención de autoayuda guiada por internet basada en la ACT, mostrando hallazgos que los programas de ACT basados en internet pueden ser una modalidad de tratamiento prometedora para el dolor crónico (Trompetter et al., 2015).

El estudio de Walser et al. (2015) muestra la efectividad de la ACT en el tratamiento de la depresión y la ideación suicida en personas de edad avanzada. En el estudio, los veteranos que recibieron la ACT contra la depresión demostraron una disminución de síntomas y menos probabilidades de ideación suicida durante el tratamiento y a lo largo del tiempo.

En una revisión sistemática y un meta análisis de la eficacia de la ACT proporcionada por la web en relación con la salud mental y el bienestar, se encontró que ACT con un formato basado en la web es efectivo en el manejo de la depresión. Las tasas de cumplimiento y finalización del protocolo del estudio fueron altas en general, lo que sugiere que este enfoque terapéutico es muy aceptable para los pacientes y el público en general (Brown et al., 2016).

En un ensayo aleatorio controlado de ACT para el tratamiento de pacientes suicidas de 7 semanas versus un grupo de relajación, muestra diferencia significativa en la tasa de cambio en ACT siendo mayor en el resultado primario del subpuntaje de ideación suicida así como los resultados secundarios de la sintomatología depresiva, el dolor psicológico, la ansiedad, la desesperanza, la ira y la calidad de vida. La efectividad de ACT se mantuvo estable a los

3 meses de seguimiento, por lo que Ducasse, et al. (2018) sugiere la ACT como estrategia coadyuvante en los programas de prevención del suicidio.

2.2.7. La inflexibilidad psicológica como modelo de psicopatología y tratamiento

El objetivo de ACT no es necesariamente la regulación emocional y el contenido cognitivo y, en general, la eliminación de los síntomas, sino la flexibilidad. ACT no ofrece modelos de trastornos específicos, sino un modelo general de como el aprendizaje relacional puede dar lugar a problemas en el funcionamiento humano como la inflexibilidad psicológica. ACT ofrece principios generales implementados de muchas maneras que pueden ayudar a aumentar la flexibilidad psicológica, al servicio de los valores que dan o den sentido a la vida de uno (Pérez Álvarez, 2014).

La inflexibilidad psicológica se describe de acuerdo a seis procesos conductuales identificados con términos fáciles de entender. Cada uno de los seis procesos de inflexibilidad psicológica lleva parejo el correspondiente proceso terapéutico como parte del modelo de terapia. La tabla 1 presenta estos procesos de inflexibilidad psicológica y su correspondiente de flexibilidad (Pérez Álvarez, 2014).

Tabla 1

Proceso de inflexibilidad / flexibilidad psicológica

Proceso de inflexibilidad psicológica (psicopatológicos)	Procesos de flexibilidad psicológica (terapéuticos y saludables)
Fusión cognitiva	Defusión
Evitación experiencial	Aceptación
Pérdida de contacto flexible con el presente	Contacto con el momento presente
Apego al yo conceptualizado	El yo como contexto
Falta de claridad con los valores	Clarificación y elección de valores
Inacción, impulsividad, o persistente evitación	Compromiso de actuar

2.2.7.1. Fusión / Defusión cognitiva

La fusión cognitiva se refiere al control excesivo o inapropiado del lenguaje, de modo que impide la conducta más adecuada dadas las circunstancias. Si bien las reglas e instrucciones facilitan el contacto con los eventos y las cosas y regulan la conducta en relación con ellas, puede ser también un obstáculo para los cambios y uno las sigue rígidamente. Cuando esto ocurre, la conducta está más controlada por redes verbales inflexibles que por las propias contingencias realmente existentes para las que debiera servir (Pérez Álvarez, 2014).

Las técnicas de defusión cognitiva erosionan las estrechas relaciones verbales que establecen funciones de estímulos a través del aprendizaje relacional. Una técnica clásica es convertir una palabra en una “palabra” y consiste en una exploración de todas las propiedades de una sola palabra, por ejemplo, la “leche” es blanca, cremosa, etc. Luego el terapeuta y el cliente dicen esta palabra en voz alta alrededor de un minuto. En el contexto de la repetición rápida, rápidamente pierde todo significado y se convierte en un solo sonido. A menudo el ejercicio se repite con la variante de una sola palabra de una preocupación clínica central o pensamiento problemático que el cliente pueda tener (por ejemplo, estúpido, débil, etc). el punto experiencial radica en que los pensamientos no significan lo que dicen quieren decir, cambiando el contexto en el que está ocurriendo (Hayes, 2004).

Los ejercicios de atención plena son otro medio para lograr la defusión cognitiva y así aumentar la flexibilidad del comportamiento. Contactando eventos aquí y ahora sin comparar un lenguaje evaluativo y crítico es la esencia de la atención plena. Esto requiere un debilitamiento literal del lenguaje que no se puede hacer de una manera puramente lógica, analítica o crítica. Un ejercicio de atención plena es imaginarse viendo los pensamientos mientras flotan como hojas en un arroyo (Hayes, 2004).

2.2.7.2. Evitación experiencial / Aceptación

La evitación experiencial es el intento de cambiar experiencias privadas como pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales o recuerdos, aun cuando haciéndolo así es inefectivo, costoso o innecesario. La agente ha aprendido a tratar con los eventos privados discomfortantes como objetos de cambio, de la misma manera que lo hace con los eventos externos que estorban, molestan o interfieren y entonces los quitas o partas de ellos y continúas haciendo lo que hacías. Pero esto no funciona con los eventos privados, por que forman parte de ti mismo ¿Para dónde quitas un recuerdo? y en segundo lugar porque las reglas de evitación, control o escape contienen estímulos discriminativos relacionados con las propias experiencias que se quieren eliminar. Por ejemplo, el control de la ansiedad como respuesta a las construcciones verbales de que no hay nada que temer en estas situaciones, etc. La conducta de evitación misma, a través del reforzamiento negativo puede fortalecer la sucesiva conducta de evitación del evento evitado (Pérez Álvarez, 2014).

Como alternativa a la evitación esta la aceptación, en ACT la aceptación no es simplemente tolerancia, es el abrazo pleno sin juzgar de la experiencia en el aquí y el ahora. La aceptación no es posible sin la difusión. La aceptación significa experimentar activamente los eventos, como son y no como ellos dicen que lo son. Esto significa sentir los sentimientos como sentimientos, pensamientos como pensamientos, sentir sensaciones como sensaciones, etc. aquí y ahora. Aceptación implica exposición, pero no como un proceso de regulación emocional que implica la fusión cognitiva de un proceso de medición, evaluación y comparación “siento tanta ansiedad como ayer”. La aceptación en ACT conduce a una exposición de vivir activa y plenamente en el momento presente, momento a momento (Hayes, 2004).

La aceptación es la apertura a las experiencias tal como son, con conciencia plena y con una actitud de apertura y curiosidad, sin defensas innecesarias y contraproducentes. La

aceptación supone una experiencia con todas las consecuencias, experiencias deseables o indeseables, como una experiencia abarcadora, plena y flexible (Pérez Álvarez, 2014).

2.2.7.3. Pérdida de contacto flexible con el presente / contacto con el momento presente

Promueve un contacto no analítico con los procesos psicológicos y ambientales, viene a insistir en los procesos de la defusión y la aceptación. El objetivo es facilitar que los clientes atiendan y “contacten” con la experiencia en curso, en vez de evitarla, de manera que su conducta sea más flexible y así sus acciones sean más consistentes con los valores que dan sentido a su vida. Aquí el lenguaje se usa para notar y describir (contactar) eventos privados, que, para analizarlos, juzgarlos o predecirlos. Ejercicios de meditación y mindfulness, a menudo como tareas para casa, forman parte también del contacto flexible con el momento presente.

2.2.7.4. Yo conceptualizado / yo como contexto

El conceptualizado viene dado por una narrativa personal cuando se menciona al cliente, ¿Quién eres?, la descripción y autonarrativa de lo que uno es desde la infancia hasta el presente. Ciertamente el yo conceptualizado no es todo lo que uno es, pudiera ser por que se sobredimensiona o minimiza lo que de hecho es conocido. Al fin y al cabo, uno no es transparente, ni para sí mismo (Pérez Álvarez, 2014).

ACT trata de dismantlar el encerramiento en el yo conceptualizado (la fusión con nuestras propias historias) y, en su lugar, promover un sentido de un yo trascendental con base en el yo de aquí y ahora de la experiencia consciente. Se refiere a un sentido del yo como perspectiva, identificado también como yo observador y yo como contexto. La idea es promover un sentido del yo de manera que uno experimente la conciencia como contexto en el que tienen lugar los distintos eventos privados, sin fusionarse con ellos. Promover una perspectiva desde la que se puedan contemplar los distintos eventos privados, trascendiéndolos en tiempo y espacio. Esta dualidad la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT) la entiende en términos de relaciones verbales aprendidas, además se corresponde cada una con distinciones tradicionales como yo/mí, yo circunstancia, ser/estar, etc. (Pérez Álvarez, 2014).

El ejercicio del observador, consiste fue diseñado para promover un contacto experiencial del yo trascendente y yo conceptual. Se le pide a la persona que recuerde algo que sucedió unos meses antes, así como sentir intensamente lo que vivió en esa experiencia. Entonces se le pide a la persona que note que una persona está aquí, ahora, recordando esos eventos (yo contextual), y otra persona que experimentó esos eventos hace algunos meses (yo conceptualizado). Desde esta “perspectiva de observador”, se examina una variedad de dominios (sensaciones corporales, roles, emociones, pensamientos, recuerdos), donde el contenido cambia continuamente. “Las emociones también cambian constantemente, a veces puedes sentirte tranquilo, a veces tenso, a veces alegre, a veces triste, interesado, aburrido, con miedo. Sin embargo, mientras esas emociones van y vienen, al notar eso, existe el “tú” que mira detrás de esos ojos que no cambia. Has sido tú toda la vida. Si tus emociones cambian constantemente, no las experimentes tú mismo, para ser simplemente emociones. Así cuando observes tus emociones por un momento y cuando lo hagas, fíjate también, quien

las está notando”. Sabiendo esto “las cosas por las que has estado luchando y tratando de cambiar, no eres tú de todas formas, siendo que hay un inmutable sentido trascendente del yo (no el yo como objeto, sino uno es no es nada) ayuda a proporcionar un lugar seguro desde el cual experimentar contenidos temibles, con menos preocupación de que pudieran resultar incluso en daños psicológicos graves” (Hayes, 2004).

2.2.7.5. Falta de claridad con los valores / Clarificación y elección de valores

ACT es única en considerar de forma expresa los valores como un proceso terapéutico esencial. El problema con los valores, no es que no existan, sino que no figuren en el primer plano como la dirección y el horizonte que da sentido a la vida. En realidad, la difusión, la aceptación, el estar presente y el yo como contexto no son fines en sí mismos, sino más bien el allanamiento del camino para una vida más vital y consistente con los valores de uno. Los valores no son objetivos concretos como pudiera ser acabar una etapa escolar, tener una pareja, formar una familia, o lograr tal o cual meta, sino horizontes que dan sentido, dirección y significado a la vida. Los valores son más bien una dirección que un destino. ACT enfatiza la clarificación de valores, a menudo los valores no se “eligen”, sino que forman parte de la trayectoria y circunstancias de vida de las personas, por así decir, lo que uno es. Al clarificar los valores y “elegir” ser o llegar a ser lo que eres puede ser el valor que se busca y puede también requerir valor: valentía y firmeza. Es posible que muchos problemas psicológicos se solucionen de golpe cuando uno decide ser lo que es (Pérez Álvarez, 2014).

En terapia, la cuestión es clarificar los valores y ponerlos en primer plano. La clarificación de valores implica buscar la vitalidad, el significado, y el propósito que da sentido a la vida de uno. Los valores están en aquello que uno hace a pesar de las molestias, los inconvenientes y las dificultades (Pérez Álvarez, 2014).

Para la clarificación de valores, se pueden usar ejercicios del tipo “¿Qué quieres hacer en tu vida?”, “Escribe lo que más le gustaría ver en su lapida o el elogio que le gustaría escuchar en su propio funeral”. Una vez aclarados los valores se encarnan en metas alcanzables y se identifican barreras específicas para realizar estas acciones. Los valores dignifican la necesidad de aceptar pensamientos y sentimientos dolorosos que han surgido como barreras que requieren ser abrazados por la conciencia. Involucra asimilar lo que le ha ofrecido la historia personal, en el proceso de vivir una vida valiosa (Hayes, 2004).

2.2.7.6. Inacción, impulsividad o persistente evitación / compromiso de actuar

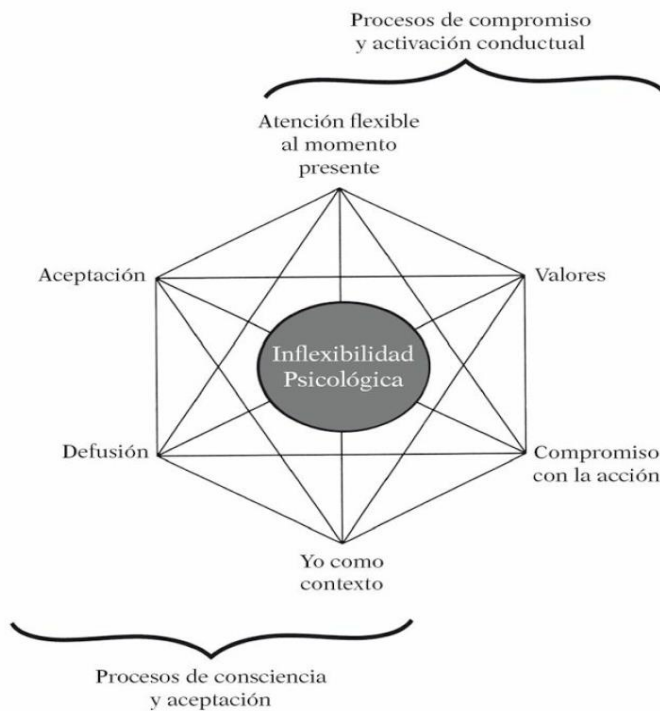
La inacción, impulsividad o persistente evitación resume la situación a la que da lugar un problema psicológico. Los propios síntomas, suele funcionar como formas de evitación que impide a la gente implicarse en acciones consistentes con sus valores (estar más tiempo con la familia, cumplir con el trabajo o la profesión, hacer algo por los demás, disfrutar del ocio, proseguir en su formación, etc.). Después de identificar este patrón de inacción, evitación, o acción rígida, ACT promueve la acción tendiente a la creación de patrones de conductas más flexibles, en dirección a los valores. ACT, como terapia de conducta y en coherencia con los principios de cambio conductual, se vale de procedimientos tradicionales como adquisición de habilidades, exposición, moldeamiento, ensayo de conducta, control de estímulo, autocontrol, etc. A diferencia de los valores que, como se dijo, nunca se colman del todo, los objetivos concretos se pueden alcanzar mediante acciones conductuales encaminadas a

ellos. Otros procesos de cambio de ACT, como la difusión y la aceptación puede servir para quitar barreras que impiden el cambio conductual con base en los procedimientos tradicionales señalados (Pérez Álvarez, 2014).

En la figura 2.1 se muestra los correspondientes seis procesos centrales que generan flexibilidad psicológica (Hexaflex), como modelo del funcionamiento humano y del cambio de conducta. Los cuatro procesos de la izquierda corresponden a los procesos de consciencia y aceptación; los cuatro de la derecha son procesos de compromiso y cambio de conducta o activación conductual. Los seis constituyen la “flexibilidad psicológica” (Hayes, et al., 2015).

Figura 1

Hexaflex



Nota. Modelo de flexibilidad psicológica (adaptado de Hayes et al., 2015).

CAPÍTULO 3.

Flexibilidad psicológica frente a los principales malestares emocionales en la docencia generados por la pandemia

3.1. Principales efectos psicológicos generados por la pandemia en la población docente

Las medidas tomadas por los gobiernos para evitar la propagación del virus, se pasó a la etapa de contención y cuarentena obligatoria para todos los niveles educativos a partir del 20 de marzo del 2020. A partir de ese momento se empezaron a tomar medidas necesarias para impartir clases de manera virtual de tal manera que no afectara el desarrollo académico de los estudiantes.

Las disposiciones para los docentes de adoptar medios virtuales como herramienta pedagógica y el cumplimiento del desarrollo de los programas educativos, generó incertidumbre, ansiedad, y estrés en la comunidad educativa (Quispe y García, 2020).

La pandemia como se ha mencionado anteriormente está asociada con la adquisición de algunos malestares emocionales, como el estrés, la ansiedad y la depresión. Al respecto en el estudio por realizado por Quispe y García (2020) sobre el impacto de la pandemia en la docencia muestra que el 53% de los docentes necesitan ayuda psicológica sobre problemas de estrés y ansiedad, seguido de un 27% en relación a problemas del sueño, y solo un 12% en relación con la depresión. Sin embargo, un fenómeno como la pandemia, los efectos en cualquier persona serán distintos y dependerá de varios factores personales, emocionales, económicos y sociales.

En este capítulo se pretende abordar los malestares emocionales y de mayor impacto durante la pandemia en el contexto docente como es el estrés y la ansiedad, utilizando ACT como modelo de cambio conductual y flexibilidad psicológica.

3.2. Tratamiento transdiagnóstico de los problemas psicológicos

3.2.1. Generalidades de los tratamientos transdiagnósticos

Los trastornos emocionales (de ansiedad, y del estado de ánimo, entre los que se incluyen Trastorno de Pánico, con o sin Agorafobia, Fobia Social, Ansiedad Generalizada, Estrés Postraumático, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Depresión, y otros trastornos emocionales relacionados con la Hipocondría o alteraciones relacionadas con Ansiedad Excesiva) se encuentran entre los problemas mentales más frecuentes, con una prevalencia vital del 25% (Barlow, 2011) .

Los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos, se han relacionado con elevadas tasas de comorbilidad entre si y con otros trastornos mentales. En general los estudios epidemiológicos, han indicado que las semejanzas entre los trastornos de ansiedad y la depresión, son mayores que las diferencias (Sandín et al., 2012) y que la comorbilidad con

otros trastornos es muy elevada, habiendo oscilado en algunos estudios en el 40% y el 80% (Wittchen et al., 2011, Sandín et., al 2019).

La terapia basada en la evidencia dirigida a trastornos específicos presenta importantes limitaciones especialmente cuando se aplica a los trastornos emocionales. Su principal limitación consiste, en que, al dirigirse a un trastorno específico, no aborda el problema de la comorbilidad, por lo que generalmente se requiere la aplicación secuencial de varios protocolos a un mismo paciente (Sandín et., al 2019).

El transdiagnóstico significa cambiar la óptica con que se miran los trastornos mentales; de este modo, en lugar de centrarse en lo específico y diferencial, se focaliza en lo común y genérico que tienen entre sí los diferentes trastornos (o grupos de trastornos). De este modo la aportación de base transdiagnóstica consiste en entender cuando un proceso psicopatológico está relacionado etiológicamente (génesis o mantenimiento), con un conjunto de trastornos mentales. Así mismo, la TCC transdiagnóstica persigue el desarrollo de protocolos integrados válidos para un conjunto de trastornos (p. ej. el Protocolo Unificado de Barlow, válido para todos los trastornos emocionales (Barlow, 2011)). A este respecto, el transdiagnóstico, aunque se basa en una concepción dimensional de la psicología, consiste más en una integración entre ambos enfoques que en un rechazo de la clasificación categorial (Sandín et., al 2019).

Actualmente se han referido en la literatura numerosos factores que podrían actuar como procesos transdiagnósticos comunes a los trastornos emocionales, entre los que se incluyen perfeccionismo, el afecto positivo y negativo, la atención autofocalizada, la incontrollabilidad /impredecibilidad, la evitación emocional, y distintos procesos relacionados con la atención, la memoria, el razonamiento, el pensamiento y la conducta (Sandín et al., 2012).

El tratamiento transdiagnóstico logra integrar principios comunes de los tratamientos avalados empíricamente. En concreto, la reevaluación de las interpretaciones negativas, la modificación de conductas desadaptativas, la prevención de evitación experiencial y procedimientos de exposición emocional, así como el abordaje de déficit de regulación emocional, comunes en los trastornos emocionales (Barlow et al., 2015).

3.2.2. La Terapia de Aceptación y Compromiso es transdiagnóstico

En las últimas décadas, se ha producido la evolución de las Terapias Contextuales o de Tercera generación, entre ellas la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por su acrónimo en inglés) que de acuerdo a estudios realizados hasta el momento se puede afirmar que ACT tiene una perspectiva transdiagnóstica. La teoría de ACT define que los procesos de evitación experiencial y fusión cognitiva son transversales a muchos cuadros diagnósticos de trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, adicciones, trastornos de la personalidad límite, bulimia, entre otros. El trastorno de evitación experiencial es verbal, al trata de escapar y controlar el sufrimiento (eventos verbales como pensamientos y sentimientos). Es por ello que no se potencia el desarrollo de un protocolo sindrómico específico desde la perspectiva ACT (Ruiz, 2010).

ACT no se basa en la psicología de la anormalidad y no está vinculada a la clasificación sindrómica. El dolor y el sufrimiento se toma como parte de la vida, no como algo de que deshacerse y el progreso no está definido por un nivel absoluto de logro, sino de la acción de abrazar el presente y dar un paso adelante hacia una vida digna de ser vivida (Hayes et al., 2012).

ACT es transdiagnóstico, es decir, en lugar de abordar un síntoma o trastorno específico con el objetivo de la reducción del síntoma, ACT fue desarrollado para promover una mayor flexibilidad, por medio de 6 procesos psicológicos interrelacionados. ACT, tiene una amplia aplicabilidad en condiciones de salud física y mental y ofrece un modelo unificado de cambio de comportamiento con múltiples resultados favorables. Estos incluyen ayudar a las personas a hacer frente a las dificultades psicológicas que van desde la psicosis, a la depresión abordando condiciones comórbidas, e incluso mitigando preocupaciones subsindrómicas (Dindo et al., 2017).

El objetivo principal de ACT en cualquier población de pacientes es fomentar una mayor flexibilidad psicológica frente a los desafíos mientras se optimiza el compromiso activo en la propia vida. El resultado final es una mayor satisfacción con la vida, frente una amplia variedad de desafíos físicos y mentales (Dindo et al., 2017).

Por ejemplo, un paciente con ansiedad, el terapeuta le enseñará al paciente nuevas formas de estar con la ansiedad, como simplemente darse cuenta de los que es (un grupo de pensamientos, sentimientos y sensaciones cambiantes), dejando hacer esfuerzos para controlar o evitar la ansiedad y aprender a participar en actividades evitadas pero valoradas personalmente incluso en la presencia de ansiedad no deseada. El enfoque es perseguir un comportamiento valorado y cambiar la relación que tiene uno con la ansiedad, de la lucha a la aceptación, ello tiene el efecto paradójico de reducir síntomas de trastorno de ansiedad (Dindo et al., 2017).

ACT está reconocido por la División 12 de la APA, como método basado en la evidencia para el tratamiento de la depresión, dolor crónico, afrontamiento de psicosis, trastorno obsesivo compulsivo, y trastornos de ansiedad mixtos. Se sabe que ACT es útil en muchas otras áreas, como el dejar de fumar, manejo de la diabetes y/o mantenimiento de peso. En términos de población, ACT es útil en niños, adolescentes y adultos (Hayes et al., 2012).

La aceptación, la defusión, la atención plena y los valores parecen ser procesos poderosos que tienen un amplio impacto en el funcionamiento humano y que produce resultados positivos. Lo que aporta ACT en una integración de análisis aplicado a un modelo coherente, con componentes confiables y procesos de cambio que permiten a los clínicos centrarse en un conjunto relativamente limitado de procesos transdiagnósticos.

Los estudios de eficacia muestran que ACT es eficaz en un amplio rango de problemas psicológicos y sugiere que ACT funciona a través de sus procesos de cambio hipotetizados. Sin embargo, se reconocen las limitaciones de la literatura actual sobre ACT y se enfatiza la importancia de investigaciones futuras (Ruiz, 2010).

3.3. Plan de intervención bajo el modelo de terapia de aceptación y compromiso

3.3.1. Propuesta de un plan de tratamiento

La tabla 2 muestra un plan terapéutico diseñado en base al libro de Luciano y Wilson (2002).

Tabla 2

Plan Terapéutico General

Sesión	Objetivo terapéutico	Resumen de la sesión
1	Evaluación inicial, formulación de hipótesis y aplicación de instrumentos de medida pre-test.	-Se identifican experiencias que pueden haber contribuido al desarrollo de la experiencia emocional, que favorecen el desarrollo de estrategias de control improductivas, como la evitación emocional. -Terapeuta realiza análisis funcional de la conducta del cliente. -El terapeuta expresa sus valores, lo que define su trabajo en el contexto terapéutico.
2	El terapeuta presenta objetivos de tratamiento al cliente y contexto de la terapia.	- El terapeuta explica acerca de la relación terapéutica y los valores sobre los que dirige el tratamiento. - Explica el contrato terapéutico. - Como el proceso terapéutico le ayudará en su proceso de cambio por medio de la metáfora del Jardín y la analogía de ir con el dentista.
3	Identificar patrones de evitación emocional.	Se identifican experiencias y patrones de conducta que pueden haber estado contribuyendo al desarrollo de la experiencia emocional, que favorecen el desarrollo de estrategias de control improductivas, como la evitación emocional.
4	Desesperanza creativa.	-Reconocer el valor de la desesperanza creativa ya que es ante el dolor la base de lo que importa en la vida, es donde reside el valor del tratamiento. -La metáfora del hombre en el hoyo central en terapia para situar el sentimiento de la desesperanza creativa.
5	Clarificación de valores. Facilitar el contacto del cliente con la percepción de sus valores personales.	-Exposición a contenido psicológico evitado relacionado con áreas importantes de la vida, con el fin de ampliar y flexibilizar repertorios con respecto al contenido psicológico que le abruma y se evita.

		-Clarificar los valores del cliente en el contexto de las pérdidas experimentadas.
6	Clarificación de valores II.	-Realizar ejercicios y cuestionarios para la clarificación de valores.
7	El control de eventos privados como problema y estar dispuesto a tenerlos como alternativa.	-Facilitar el contacto del cliente con las experiencias de control, cuya persistencia pone en peligro los valores. -Establecer los beneficios de estar dispuesto/abierto a funciones privadas. -Practicar ejercicios que faciliten el contacto con el contenido psicológico evitado. -Analizar barreras (pensamientos y emociones) que pueden aparecer como barreras.
8	Distanciamiento del lenguaje: la aceptación, el yo como contexto y la desactivación de funciones verbales.	-Desactivación de funciones y distanciamiento, -Reducir la hiperreflexibilidad (dejar de racionalizar todo aquello que le ocurre al cliente) -Distinguir diferentes dimensiones del yo. -Realizar ejercicios de distanciamiento psicológico. -Aprender a estar abierto, aceptar lo que la vida trae cada momento, en el momento presente, en experiencias y sentimientos. - Se realizan ejercicios para apertura de sensaciones doloras pasadas (pensamientos y emociones) que pueden aparecer como barreras y reafirmar su valor terapéutico.
9	Compromiso de acción y práctica de valores.	-Esclarecer lo que importa en la vida -Se realizan diferentes metáforas y ejercicios encaminados a desbaratar o desactivar la relación arbitraria entre razón-acción.
10	Aplicación de cuestionario de medida post-test y seguimiento del proceso terapéutico.	-Aplicar instrumentos de medida post-test. -Detectar barreras que surgen ante las recaídas. -En la práctica pueden añadirse algunas sesiones, dependiendo de la evolución del cliente y de recaídas. Así también es importante hace las evaluaciones post tratamiento y seguimiento a 6 meses o un año.

3.3.2. Propuesta de sesiones terapéuticas

Retomando la tabla 2 y en base al libro de Luciano y Wilson (2002) se diseñaron las siguientes sesiones terapéuticas.

Sesión 1. Evaluación inicial, formulación de hipótesis y aplicación de instrumentos de medida pre-test.

- Aplicación de instrumentos de evaluación pre-test:
 - Aplicación del Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) (Hayes et al., 1999, 2002) (Adaptación española del Cuestionario de Aceptación y Acción -AAQ) (Barraca, 2004) como medida del TEE (Trastorno de Evitación Experiencial) (anexo 12).
 - Aplicar Inventario de Ansiedad de Beck (anexo 13).
 - Aplicar Inventario de Depresión de Beck II (anexo 14).
- Realizar entrevista y evaluación inicial, al mismo tiempo también para formulación de hipótesis de cada dimensión terapéutica (“Herramienta Hexaflex de seguimiento de casos”) (Hayes et al., 2015).
- Radiografía del patrón de evitación experiencial para formulación de hipótesis (Un ejemplo en Luciano et al., 2001). ¿Qué le hace venir a terapia?, así como preguntas referentes sobre las relaciones del cliente con sus eventos privados y lo que quiere en su vida: ¿qué eventos privados (recuerdos, sensaciones, predisposiciones corporales, pensamientos, que tengan función aversiva para el cliente) le producen mayor malestar o sufrimiento? ¿Con que frecuencia e intensidad?, ¿con qué situaciones relaciona esos pensamientos, recuerdos, predisposiciones, que le producen malestar?, ¿Cuándo lo detectó por primera vez?, ¿Cuál es la historia, el desarrollo o evolución de ese problema?, ¿Qué plan ha seguido para resolver el problema? O sea ¿Qué ha hecho cuando se presenta el malestar o los contenidos cognitivos con los que no puede vivir?, ¿Qué ha conseguido con lo que ha hecho para resolver el problema?, ¿Cuáles son los resultados de lo que intenta solucionar a largo plazo, en el marco de lo que le importa en su vida?
- El análisis funcional inicial y continuado durante todo el proceso de intervención será la guía para incidir sobre la conducta verbal y/o experiencia privada o manifiesta del cliente.
- Se establece un contrato terapéutico con el cliente: la interacción comprende los riesgos y beneficios potenciales, contempla el compromiso del terapeuta con el trabajo por realizar, e incluye también el consentimiento informado del cliente para sufrir o pasarlo mal (o sea, para notar sus reacciones privadas más temidas) en pro de acciones en trayectorias valiosas.

Sesión 2. Contexto de la terapia.

El terapeuta explica acerca de los valores sobre los que dirige el tratamiento:

1. La terapia (centrada en valores) asume que, a algún nivel, las personas esperan, aspiran, sueñan, y desean una vida más amplia, más rica y más llena de sentido.
2. La terapia (centrada en valores) asume que, bajo todas y cada una de las circunstancias, el posible vivir una vida orientada en la dirección de los valores centrales de cada uno.
3. La terapia (centrada en valores) asume que la mayor parte de las barreras que obstaculizan la posibilidad de vivir una vida valiosa han sido impuestas por el contexto socio-verbal.
4. La terapia (centrada en valores) asume que dicho contexto socio verbal se puede alterar de forma que permita ampliar la capacidad de la persona para escoger una vida valiosa en su vida.

5. Finalmente, el terapeuta se compromete en ayudar a los clientes a alcanzar una vida lo más rica posible en cuanto a los propios valores del cliente.

Filosofía de corte fundamentalmente optimista que asume la condición humana en términos de la inevitabilidad de responder – se quiera o no – y siempre en dirección a expensas de otra.

El terapeuta expone la metáfora del Jardín (anexo 1), para plantear el significado de la terapia o la postura psicológica durante el tratamiento, así como establecer el trabajo que terapeuta y cliente tendrán que hacer juntos.

Se menciona que el emprendimiento entre terapeuta y cliente, será a veces confuso y también doloroso, como ocurre con tratamientos como la quimioterapia, los ejercicios de rehabilitación, las intervenciones odontológicas y otros, que para ser efectivos requieren de un proceso doloroso la mayor parte de las veces inevitable para llegar a un fin deseado.

Sesión 3. Identificar patrones de evitación emocional.

- Se explica las desventajas del control emocional de la terapia conductual centrada en valores, y la diseminación de este planteamiento cultural que subyace a todo esto por ejemplo en la frase “tienes que sentirte bien para poder vivir bien”, “tan pronto como pueda tomar las riendas de estos pensamientos y sentimiento malos y tan pronto como pueda tener pensamientos y sentimientos buenos seré capaz de vivir la vida que quiero”. Esto es, las personas pueden pasar su vida entera controlando una variedad de pensamiento dolorosos, emociones y estados corporales.
- Desde el planteamiento de la terapia conductual (centrada en valores) los intentos de reducir, eliminar o disminuir la probabilidad de experimentar una serie de eventos privados evitados, entre los que se incluyen pensamientos dolorosos, emociones, recuerdos y estados corporales se denominan evitación experiencial.
- Desde la ACT los intentos de suprimir o evitar eventos privados negativos, pueden funcionar reduciendo estos estados negativos a corto plazo, pero a largo plazo los resultados pueden ser peores. De manera que los patrones de evitación, se torna paradójico, ya que cuantos más intentos por resolver el problema, más se extiende y más limitaciones genera en la vida de la persona. De modo que, si uno no está dispuesto a tener una determinada emoción o pensamiento, porque el ámbito de los eventos privados “no estar dispuesto a X” implica necesariamente “estar en relación con X”.
- Dicho, de otra forma, estaríamos ante una solución que, en realidad, es el problema: un patrón de vida que incluye huir del malestar, del sufrimiento y la ansiedad y que solo consigue su expansión y la limitación de la vida. Por tanto, la persona termina por ir en contra de lo que es valiosa para ella misma. Y al final, la persona termina sufriendo por lo que hace y por lo que dejan de hacer
- Otra estrategia de evitación es la rumiación, siguiendo el mismo ciclo: un alivio temporal seguido de un incremento y extensión de la emoción negativa a más ámbitos de la vida (ampliando así la red).
- Como alternativa la terapia, propone situar al evento negativo como un proceso verbal a ser observado y aceptado, mientras se actúa en una dirección valiosa.

- La evitación es, por tanto, un comportamiento natural socio verbal de la cognición humana y que bajo ciertas condiciones se convierte en patológico.

Sesión 4. Desesperanza creativa

- Una vez que el cliente llega a terapia a exponer un “problema”, generalmente los clientes también vienen con la “solución”, la cual implica extraer de alguna manera lo malo y reemplazarlo por lo bueno. La cuestión radical es, ¿le ha funcionado?, ¿le funciona?
- Desde la perspectiva de la terapia conductual (centrada en valores), la meta no es sentirse bien, sino vivir y sentirse como sea que uno se sienta mientras vive bien. Pero antes de ello el cliente debe de hacer suficiente espacio psicológico a su más profundo temor: el hecho de que no tendrá éxito, su miedo de que al final, continuará hundiéndose más y más profundamente, no importado la oscuridad que los amenace.
- Algunas veces los clientes han luchado con sus barreras cognitivas y emocionales (miedos, depresiones, ansiedades, etc.) durante tanto tiempo que han perdido de vista cuan amplio era su plan para sus vidas (esto es, han perdido de vista el cuidado de las plantas de su jardín, en tanto que solo ha puesto la atención a la “hierva” que no le gusta, ha sido la que ha embebido su existencia).
- El terapeuta expone la metáfora del hombre en el hoyo (anexo 2) para situar la experiencia de desesperanza creativa, mostrando como “se ven cavando”, es decir, que llegan a apreciar la “estrategia” equivocada en la que pueden haber gastado algunos años, o buena parte de su vida. Es esa parte donde el cliente se sienta como víctima sin esperanza “ahí en el hoyo sin saber hacer otra cosa que cavar”, “producto de su destino”. Se sitúa al cliente en un marco distinto y, por tanto, “está obligado” a elegir si sigue cavando o deja la pala, y ahora quizá comiencen a estar disponibles otras puertas, en lugar de la única estrategia de vida en controlar –como fuere- los eventos privados dolorosos (la evitación estereotipada).
- La metáfora del asno en el pozo (anexo 3) plantea la posibilidad de que el mayor temor del cliente pueda ser en realidad algo valioso y con ello la posibilidad de romper la corriente en curso de regulación verbal en la que el cliente se encuentra atrapado.
- ¿Si hubiera un modo por el cual las mismas cosas que ahora parecen estar amenazando su existencia pudieran en realidad usarse para sacarle del problema, podría entonces alcanzar la vida que tanto anhela?
- Una sesión de exposición tiene su tiempo, y uno necesita permanecer en la tarea hasta que el cliente puede sentarse con la desesperanza, hablar de ella, sentirla con total plenitud, pensar detenidamente en ella, y escoger en su presencia. El terapeuta se interesa en este sentimiento que aparece, le pregunta en que parte del cuerpo la siente, que recuerdos le trae, cuanto tiempo ha estado cerniéndose sobre él de una forma u otra, para ello el terapeuta y cliente necesitan exponerse a la desesperanza.
- Después de exponer su desesperanza, se le pregunta al cliente en relación a la metáfora del jardín: como el jardinero ¿estás dispuesto a cuidar de tus plantas, aun cuando te sientas mal, o pienses que no dan el fruto o la flores que quieres cada minuto, aun cuando las dudas, la confusión y el miedo a lo que venga estén presentes mientras cuidas de tus plantas?
- La desesperanza creativa, ocurre cuando el dolor se acompaña del valor que tiene para lo que le importa en su vida, no es solo dolor o pasarlo mal por pasarlo mal, aun cuando lo que se avecine sea en buena parte desconocido.

- Cada día la vida, como un caballo salvaje, nos hace la misma pregunta: ¿me llevas o te llevo?, ¿qué eliges, víctima de tus miedos, tus fracasos o dueño de tus actos?, ¿hasta ahora, como te ha ido con ello?, ¿qué podría hacer, ¿dónde podría ir, si fuera capaz de sentir cualquier cosa?

Sesión 5. Clarificación de valores

- ACT es una intervención orientada exhaustivamente hacia los valores. Desde esta perspectiva, la aceptación de pensamientos, recuerdos emociones y otros eventos privados valorados como negativos está siempre al servicio de fines que son valiosos para el cliente.
- Se plantea que los valores “son como tus deseos más profundos sobre el tipo de personas que quiere ser”, sin embargo, como ya se ha mencionado son los pensamientos y sentimientos difíciles lo que nos “enganchan” y alejan de nuestros valores.
- Se plantean algunas preguntas iniciales en relación a los valores personales. Por ejemplo: actualmente ¿en dirección a que fin o al servicio de qué están sus pasos?, o sea, ¿están sus pasos orientados hacia eso que quiere?, ¿dónde está usted en ese recorrido valioso?
- El trabajo en valores se dirige a que el cliente pueda separar las contingencias provistas por otros y a elegir lo que verdaderamente a él le importa. Contiene un elemento motivacional esencial, ya que sitúa al cliente en un punto en el que pudiera dejar a un lado sus “grandes barreras” e iniciar movimientos ya, ahora mismo, en alguna dirección.
- Explicar la diferencia entre dolor y sufrimiento: nadie tiene control sobre el dolor que existe en su vida; es una parte de la existencia de cada uno que nadie puede evitar. Sobre lo que si se tiene control es en permitir o no que el dolor se convierta en sufrimiento. El sufrimiento sería cuando luchamos por no querer sentir el dolor normal que acompaña a los seres humanos. El sufrimiento es dolor que está combinado con la negativa a experimentar ese dolor. Por intentar defenderse de ese dolor, uno se puede hacer mucho más daño, y de esta manera los efectos del dolor duran más tiempo. De ello preguntar. ¿Es posible que no sea el dolor que hay en su vida lo que la está haciendo pedazos, sino todo lo que usted está haciendo para protegerse de ese dolor? Pedirle al cliente que lo relacione con algún ejemplo doloroso de su propia historia.
- Intervención orientada a clarificación de valores a través de la exposición. Ejercicio de escritura 1. Para ayudar al cliente a conectar con sus valores, se realiza una búsqueda en el contexto de sus pensamientos temidos, evitados, recuerdos y similares (pasados). En esta intervención se expone al cliente con situaciones que han sido dolorosas, y de manera escrita dejar salir y explorar sus emociones y pensamientos en verdad más íntimos. En ello puede relacionar sus experiencias personales con otras partes de su vida. Cómo están relacionadas con su niñez, con sus padres, la gente que quiere, quien es usted, o quién quiere ser. Es importante escribir (escribir por 20 minutos) sus más profundos pensamientos, temores y preocupaciones. Este ejercicio se basa en la evidencia de que apartar a la fuerza esos pensamientos perturbadores pueden en realidad hacerlos peores, así que intente experimentarlos realmente. Si así lo desea, nadie leerá lo que haya escrito. Al final hablaremos acerca de lo que la escritura ha traído consigo.

- Ejercicio de escritura 2 (pensamientos sobre posibles vivencias futuras). Las mismas instrucciones que el ejercicio 1.
- En el curso del trabajo de evaluación con valores, es frecuente plantear al cliente algunas de las siguientes situaciones:
 - Lo que le gustaría hacer en un área importante de su vida. Lo que estaría haciendo su persona ideal. ¿Qué se vería haciendo?
 - Lo que le gustaría hacer en cierta faceta de su vida o que se vería haciendo día tras día, sin personas que pudieran juzgarlo.
 - ¿Qué se ve haciendo dentro de cinco años? ¿qué está haciendo actualmente y que lo detiene hacia lo que le gustaría hacer? ¿qué puede cambiar con sus pasos ahora mismo?
 - Hay momentos peores y se le pregunta al cliente por lo que está sintiendo y por lo que ese sufrimiento está bloqueando. Se le pide que note si elige poner sus pasos en una nueva dirección, aunque su cabeza se mantenga diciendo lo de siempre y forzando mentalmente en la vieja dirección.
 - Finalmente, la exposición al dolor, en sesión es un elemento básico en el trabajo para clarificación de lo que importa. Por tanto, dado que los valores guían la terapia, la exposición será una actuación frecuente.
- Con el ejercicio experiencial como “el funeral” (anexo 4) los clientes pueden llegar a avergonzarse al descubrir que lo que están valorando en realidad es el prestigio o la aprobación social, más que el contenido enunciado de esa área valorada. Algunas veces estas investigaciones les hacen cambiar el rumbo y clarificar lo que antes eran ataduras privadas como algo distinto que no ha de esconderse, abriendo de esta manera nuevos marcos de relaciones entre eventos privados, actuaciones y valores en la vida.

Sesión 6. Clarificación en valores II

- Con los ejercicios hasta ahora se puede explorar un único campo de valores o una sola área como punto de partida para una evaluación más amplia de valores.
- Si se requiere una evaluación de valores más profunda se recomienda empezar con los ejercicios de valor/exposición arriba descritos como punto de partida para una evaluación más amplia, así como una evaluación de valores que contiene hojas de trabajo en valores y una descripción de un proceso completo de evaluación de valores.
- Terapeuta y cliente describen los valores narrados la sesión anterior, así también se describen ámbitos generales, para la clarificación de valores: matrimonio/pareja/relaciones íntimas, relaciones familiares, amistades/relaciones sociales, empleo, educación/formación, diversión, espiritualidad, ciudadanía, bienestar físico.
- El terapeuta le pide al cliente ejemplos de tales valores en forma de acciones que dirigen a metas entroncadas en esas direcciones.
- Se completa el Formulario Narrativo de valores (Anexo 5)
- El cliente completa el Formulario de Metas, Acciones y Barreras (Anexo 6)
- El cliente pondera la importancia de cada área, su grado de éxito satisfacción en cada área y su prioridad.
- El terapeuta y el cliente colaboran para generar metas, acciones y barreras relacionadas con los valores establecidos por el cliente.

- Cliente y terapeuta trabajan sobre lo que al cliente le importa y las barreras que se interponen para hacerlo.
- La metáfora del viaje (Anexo 7), ejemplifica la dirección que el cliente elige en la vida y los obstáculos y encrucijadas que va encontrando en tal curso
- Revisar con el cliente los resultados o dividendos obtenidos al evitar y escapar de sentirse mal como si fuera un obstáculo en el camino de lo que le importa en su vida.
- La metáfora de la tortuga (anexo 8) muestra el costo de lo que se quiere, ejemplifica el fortalecimiento del cliente cuando la experiencia privada es más dolorosa. Ejemplos cotidianos como los siguientes: a) el significado de tomar una medicina, aunque el acto engendre malestar b) el significado de implicarse afanosamente en el cuidado de otros que supongan poner la vida en peligro, c) el significado de estar en una relación, aunque haya reacciones de malestar, ante partes de esa relación que no puede cambiar o se elige no cambiar

Sesión 7. El control de eventos privados como problema y estar dispuesto a tenerlos como alternativa

- Se reconoce y ratifica el esfuerzo que ha hecho el cliente para librarse del contenido negativo que ha estado intentado controlar.
- Mencionar que el control consciente e intencionado es una buena herramienta para la solución de problemas, pero cuando nos hacemos demasiado dependientes y apegados al control planificado llega a ser ineficaz y muchas veces destructivo (rumiación/reflexión sobre sobre el control de la experiencia).
- Explicar el ejercicio de “la regla 95 por 100”: la mayor parte de las cosas de este mundo, la regla es “Si no estás dispuesto a tenerlo, cámbielo”. Esto aplica a el 95 por 100 de las áreas de su vida, si no estás a gusto con el color de las paredes, puedes cambiar el color, si no te gusta la tienda donde compras el pan, puedes cambiar de panadería, etc., es decir puedes aplicar la regla “Si no estás dispuesto a tenerlo, cámbielo y funciona”. Pero existe una pequeña área de la vida en la que esa regla no parece que pueda aplicar. De hecho, en el área de los pensamientos y emociones, por ejemplo, la regla se asemeja más a algo como “Si usted no está dispuesto a tenerlo, lo tendrá”.
- El ejercicio de los elefantes rosas (anexo 9) y de saborear el limón (anexo 10) y metáfora de las dos escalas (anexo 11) ayuda a ilustrar la cuestión de cómo los pensamientos y emociones son un área en la que los esfuerzos por tenerlos bajo control no son del todo efectivos.
- Una alternativa al control ejemplo de cómo observar una obra de arte, un atardecer, contemplar una pintura, leer un poema, hacer el amor.... ¿No podría ser que todos esos pensamientos, emociones, recuerdos y estados corporales de los que usted ha estado intentando librarse sean en realidad como estas cosas de las que hemos estado hablando? ¿Qué pasaría si no fueran problemas para analizar y resolver, sino eventos para ser percibidos, observados, apreciados, al igual que observa el valle desde la cima de la montaña o desde el avión, al igual que escucha una melodía sin más? ¿qué pasaría si cuando vienen solo los trata como algo a ser notado, como si fueran cosas y depositarlas en un contenedor, sin hacer nada con ellas, solo tenerlas. ¿En qué emplearía el tiempo que gasta en cambiar esos pensamientos, recuerdos, emocionales, estados corporales, en vez de estar luchado, solo simplemente los contempla? Estar abierto es como ver las olas que se aproximan,

con distancia, sin intentar controlarlas, sino dejándolas que se rompan teniendo una gran playa para ello. Si las intentas controlar pueden contigó, pero si tienen una gran playa donde romper pausadamente, las olas no son ningún problema. Esto es como tener una gran playa para tener sus temores.

- Este trabajo implica estar abierto o dispuesto a las funciones temida.
- El punto desde el cual esto llega a ser posible, es ese punto en el cual uno se experimenta a sí mismo, no como contenido de la conciencia, sino como el contexto (ver siguiente sesión). Para ello se requerirá un trabajo para generar el contexto de perspectiva, o estar abierto a la experiencia privada.
- Bajo esta argumentación, se distingue el estar dispuesto como un sentimiento de estar dispuesto como un acto. (por ejemplo en analogía con el dentista, estamos dispuestos a ir, a pesar de que no disfrutamos su visita). Por ello colocamos primero los actos elegidos y dejamos que los sentimientos aparezcan cuando quieran. Es decir, la lógica de ACT es primero actúa y luego surgirán sentimientos.
- Ahora le preguntamos al cliente, colocándonos totalmente de lleno en los sentimientos, ¿está dispuesto incluso cuando no sienta tal disposición?
- Se explica que la alternativa al control es desprenderse naturalmente del diálogo racional interior, centrarse en la experiencia como se hace, por ejemplo, en “mirar” una puesta de sol, una pintura, un paisaje, “escuchar” música o “saborear” una copa de buen vino. Otros ejemplos más interpersonales incluyen hacer el amor, mirar la cara de un bebé, perderse en la mirada de la persona amada o contemplar a los niños mientras duermen. Experiencias que no requieren ni análisis y acción.
- No son problemas a resolver, ni a analizar, sino fenómenos a “contemplar”, por ejemplo, si nos disponemos a escuchar “Don Giovanni” de Mozart o una sinfonía de Schubert (excepto el análisis sea lo que uno elige hacer, porque el trabajo de uno es analizar los elementos musicales implicados).
- Se le plantean las siguiente preguntas: ¿no podría ser que todos esos pensamientos, emociones, recuerdos, y estados corporales de los que usted ha intentado librarse sean en realidad como estas cosas de las que hemos estado hablando?, ¿Qué pasaría si no fueran problemas para analizar y resolver, sino eventos para ser percibidos, observados, apreciados?, ¿Qué pasaría si cuando vienen, como un contenedor que tiene cosas, solo los trata como algo a ser notado, pero no hace nada con ellas, solo las tiene?
- La alternativa en la terapia es estar abiertos o dispuesto a las funciones temidas. Si los pensamientos y los sentimientos que uno ha estado evitando son literalmente amenazadores para la vida, muy posiblemente uno no estará dispuesto a experimentarlos. Generalmente esto llega a ser posible cuando uno se experimenta a sí mismo, no como contenido de la conciencia, sino como contexto, y para ello se requiere un trabajo para generar el contexto de perspectiva o el yo-contexto (siguiente sesión).
- En terapia se colocan los actos elegidos primero y dejamos que los sentimientos aparezcan cuando ellos quieran (práctica experiencial de estar dispuesto/abierto). O sea, la lógica de la terapia de conducta centrada en valores, es: primero actúa y luego surgirán sentimientos.
- Ahora se le pregunta al cliente con lo cual esté lucha justo en este momento, se le pedirá al cliente que intente establecer un contacto experiencial fuerte con algo relevante que actúa como barrera. Después se le pregunta “¿Puede usted abandonar (desactivar) cualquier lucha con eso, ahora mismo?.

Sesión 8. Distanciamiento del lenguaje: la aceptación, el yo como contexto y la deslateralización

- La terapia brinda la posibilidad de abrirse a la aceptación como alternativa al control de los eventos privados, que han sido evitados.
- Un modo de presentar la aceptación es como disponer de una gran playa en la que las olas acaban rompiéndose paulatinamente, sin tratar de controlarlas, sino únicamente se “ve a las olas” y se implica en lo que le importa en la vida. Es justo hacer espacio para ver las olas desde las más pequeñas, hasta las amenazadoras, esto es como aceptar, observar, los pensamientos, las sensaciones y otros eventos privados. El control de los eventos privados sería como bajar a la playa e intentar interrumpir el proceso de disolución natural, intentando eliminarlas, sujetándolas o tratando de romperlas, ello implicaría estar en el corazón de la ola, siendo peligroso, la ola envuelve y desde ahí no podemos ver nada, solo quedar sus expensas. Como alternativa, solo se observan con más o menos dulzura, mientras uno se ocupa de las plantas de su jardín, es decir, de construir las cosas que son importantes para uno en su vida.
- La aceptación de los eventos privados es la alternativa cuando el control conductual queda dominado por contingencias verbalmente establecidas (incluidas la cognición, la emoción y la reactividad fisiológica), en lugar de por las contingencias experimentadas de forma directa.
- Así la “ansiedad” se encontraría en una categoría verbal como “malo”, la activación sexual como “buena”, la tristeza como “malo”, mientras que la alegría como “buena”. Cuando la categoría es “mala”, el sujeto puede responder a su equivalente a los sucesos aversivos a los cuales el sujeto está inmerso.
- La terapia conductual (centrada en valores) resalta la aceptación de los pensamientos aversivos -cualquiera que fuere- como solo un pensamiento, mientras que el cliente camina o da pasos en direcciones valiosas para su vida.
- La desactivación de funciones cognitivas y la aceptación, se dirige a alterar los contextos verbales que propician y mantienen la evitación experiencial no funcional.
- Si la cuestión es alterar los eventos psicológicos, y el terapeuta se anima por la desesperanza y sugiere valores en el sentido de la desesperanza (como lo ya visto en la sesión de desesperanza), dicha desesperanza se ve alterada como evento psicológico y el repertorio del cliente respecto a ella se ve alterado de igual modo.
- En la era de los primitivos homínidos evitaban a los depredadores reaccionando ante las palabras, por ejemplo “tigre”, en relación próxima con el tigre de carne y hueso. En tal contexto, no distinguir entre la palabra y el animal era un resultado adaptativo. En tiempos modernos, para una persona particular, el mecanismo es el mismo, donde las palabras (dichas o pensadas) pueden servir como señal de peligro cuando tal peligro no esté presente, más que por vía verbal. Dichas palabras “peligrosas” pueden haber adquirido dicha señal, en la historia de la persona. Por tanto, es conveniente tratar el pensamiento como pensamiento y no como lo que aparenta ser, abriendo así el marco de respuesta ante dichos pensamientos. Dicho de otra forma, es preciso diferenciar entre la persona (o el yo como contexto de los contenidos) y los pensamientos, sensaciones o comportamientos que ese yo realiza (o el yo como proceso de los contenidos). Por lo tanto, es importante hacerse la pregunta ¿Cuál de los yoes es amenazado con la palabra león o pensamientos de depresión o humillación? en la

palabra león ambos yoes están en peligro, pues si el león los come ambos cesan de su existencia, ¿Sin embargo con los pensamientos de depresión o humillación de quien escapa, cuál de los yoes escapa?

- La terapia distingue dos sentidos del sí mismo en el proceso terapéutico para la autoconciencia (o autoconocimiento), así como para aflojar o minimizar la trampa del lenguaje: el yo conceptual (o yo contenido) y el yo como perspectiva (o yo como contexto), cuya distinción facilita a los clientes que se alejen de las estrategias de control nocivas para ellos.
- Desde pequeños aprendemos a discriminar entre el aquí yo, ahora, como un “locus” en el que concurren muchos contenidos y se es consciente de este proceso. El niño responde a múltiples preguntas (quien es, qué hace el hermanito, que piensa, que quiere y demás), dejando evidencia del establecimiento del yo-contexto, así como discriminaciones sobre contenidos, que con el tiempo el primero queda fácilmente oscurecido o relegado por la fuerza del contenido (lo que ve, siente oye, etc.). De forma similar, nos damos cuenta del contenido de lo que vemos, pero no apreciamos el hecho de ver; somos conscientes de los contenidos de la consciencia, pero no de la consciencia en sí misma.
- La dimensión del yo como perspectiva (o yo como contexto), está libre de contenido, aunque persistentemente presente. Un yo desde esa perspectiva única que ha estado siempre donde ha estado, que ha visto todo lo que ha visto y que ha experimentado todo lo que ha experimentado. Es la persona consciente que está detrás de sus ojos, que es consciente de que es consciente. Es un yo que trasciende roles, pensamientos, emociones, y el propio cuerpo y otras cosas con las cuales llegamos a estar excesivamente identificados.
- La dimensión del yo-como-contenido, puede que se identifique con la pregunta “¿Quién eres?” y completar con una variedad de pensamientos, emociones, disposiciones psicológicas, recuerdos y los estados corporales. Por ejemplo: yo soy alto, yo estoy deprimido, yo estoy aburrido, yo soy un fracaso, soy un padre, soy divertido, yo soy optimista, yo soy una persona que no puede mantener una relación, yo soy un fracaso.
- La distinción entre ambos yoes hace posible la aceptación radical. Así por ejemplo, si la depresión es “mala”, y si “yo estoy deprimido”, entonces se identifica como “yo soy malo”. Por ello es más fácil aceptar que uno tiene algo malo que aceptar que uno es malo. Ese “yo soy malo” pasa como efecto secundario del lenguaje cuando la persona se identifica con el contenido de la consciencia.
- Si la identificación del auto concepto al contenido es poderosa, puede ser difícil el ajuste a nuevas contingencias, identificarse con pensamientos tales como “no puedo aguantar estas ansias de fumar”, “no puedo permanecer limpio, pues me quedo deprimido” o “no haré nunca nada bueno en mi vida”, al punto en que se responda a esos pensamientos de forma literal, más que como simples pensamientos. Perder la distinción entre esos pensamientos (yo como contenido) y el yo que “tiene” esos pensamientos (yo como contexto), la recuperación es, probablemente, muy difícil.
- Los clientes al estar en la “prisión” del yo conceptual de los contenidos, la terapia se centrará en desactivar la conexión existente entre el “yo” y los contenidos de la consciencia.
- Con la metáfora del tablero está dirigida a clarificar la distinción entre los contenidos del yo y el yo como contexto, donde se imagina que el cliente es un tablero de ajedrez. Se le pide que imagine que los pensamientos, sensaciones, emociones y recuerdos

negativos son como las piezas negras (por ejemplo sensaciones negativas como ansiedad, ira rabia, resentimiento, y pedir que las mencione), mientras que las piezas blancas es todo lo que hace en su vida que lucha contra esas piezas negras (por ejemplo pensamientos de seguridad, seguridad en uno mismo, sentimientos de control, de tener la razón en lo que hace, etc.) una lucha contra la ansiedad, la depresión, los pensamientos negativos, y lo que sea para echarlos fuera del tablero. Pero en esta guerra lo que la experiencia le dice es que cuando pelea las fichas negras se hacen cada vez más grandes, y como resultado cuanto menos dispuesto esté de tener esas fichas negras y más pelea con ellas, más presentes están en el centro de su vida. Y entonces la batalla continúa, no hay salida, y lo peor es que esa zona de guerra comienza a estar invadida de sentimientos de que “no hay salida, no tiene arreglo”, es más que “no puede ganar” y que tampoco “puede dejar de luchar”, en resumen, y entra en una paradoja. Se continúa preguntándole al cliente: En este ejemplo ¿Quién es usted, donde queda usted?, el cliente es el tablero, es quien sujeta las piezas, es el que se da cuenta de la posición de las piezas, el tablero no cambia. Es el cliente quien puede moverse en dirección valiosa mientras ve las piezas sus movimientos. Se le explica que cuando en el momento que se dé cuenta que hay pelea entre las fichas e intentar ganar la pelea, salte y se sitúe a nivel del tablero, abandonar la lucha y situarse en la dirección elegida. La práctica es darse cuenta de que se está peleando con las fichas.

- Otro ejercicio con el mismo fin es hacer que el cliente se centre en sí mismo, que note la posición de sus brazos, de sus piernas, de sus manos, sus músculos de la cara del cuello. Le decimos que note su respiración. Le decimos que solo observe lo que venga, de los pensamientos, de cómo surgen y como se van, no agarre nada, no empuje nada. Le decimos que note su estado de ánimo, solo obsérvelo. Le decimos que note su mente juiciosa, analítica y crítica, es solo notar lo que venga. Si tiene sensaciones o pensamientos que no le gustan, que no intente alejarlos o atraerlos. Si nota que no aprecia nada, y que no le viene ningún pensamiento, que note esa sensación de no notar nada. Al finalizar preguntar al cliente por la experiencia, preguntarle: en el aquí y el ahora ¿quién se da cuenta de esas sensaciones, ¿quién está detrás de esos pensamientos?, cuando observaba desde ahí ¿Estaba siendo tablero o ficha?
- Este tipo de ejercicios genera las condiciones para que el cliente se separe psicológicamente de su mente y de esta manera, vea sus pensamientos, sensaciones y recuerdos como algo que surgirá en muchos momentos, y ante ello existen muchas puertas, y por unas de las cuales, él decide caminar y de esta manera generar la responsabilidad, no de los pensamientos que genera, sino de las acciones que uno toma en torno a ello, haciendo énfasis que está en terapia construir la vida que ha elegido.
- El ejercicio de “El otoño y las hojas”, tiene como objetivo fisicalizar los pensamientos y las emociones a fin de facilitar el distanciamiento de ellos, así como experiencia deliberada para estar abierto al contenido cognitivo que surja, así cuando el cliente tenga contenidos cognitivos con los que el cliente lucha o intenta controlar habitualmente. Le pedimos que imagine un árbol y que piense como caen las hojas de otoño. Pedirle que deposite en una de esas hojas cae, lo que esté pensando en ese preciso momento, que observe como cae. Ahora se le pide que retome situaciones con carga emocional intensa y que esa situación, pensamiento o palabras, lo ponga

también en una hoja. Se le pide que siga expresando emociones y le da las mismas instrucciones.

- Los ejercicios de exposición del contenido evitado, como el ejercicio anterior, va dirigido a la aceptación, a crear un espacio psicológico, de los eventos privados cuando éstos son barreras en la vida del cliente, así como alteración de funciones verbales hacia lo que es importante para el cliente. Con los ejercicios de exposición se invita a ver al cliente el valor de una barrera (sea pensamiento o una reacción emocional), a ver al valor que representa abrirse, y darle un espacio psicológico a una historia dolorosa que ha venido evitando. El terapeuta entonces busca generar condiciones en las que se alteran las funciones que tiene en ese preciso momento el pensamiento de no estar dispuesto a ir donde puede ser de valor. El terapeuta también tiene que estar abierto a la aceptación y totalmente libre de críticas y evaluaciones, pues el cliente está “desnudo” metafóricamente a sus recuerdos dolorosos del pasado. Vale decirle también al cliente que es solo pasar por un “charco sucio” y es solo “ver lo que hay en el charco”. Este descubrimiento puede suponer una experiencia de desesperanza creativa y aunque produzca malestar y desconcierto, también es liberadora. Ello también podría equivaler metafóricamente a “tirar toda la basura”.
- Se le explica al cliente que con estos ejercicios permite tomar distancia en lugar de fusionarse con el contenido de su experiencia privada, se distinguen a sí mismos del contenido usando el prefijo “Yo estoy teniendo el pensamiento (angustia, sensación, etc.) de que...”. Así en vez de decir, “Nunca seré capaz de vencer esta depresión”, se le pide al cliente que diga “Yo estoy teniendo el pensamiento de que nunca seré capaz de vencer esta depresión”. Adoptar esa convención verbal rompe el patrón de respuesta para evitar contenidos.

Sesión 9. Compromiso de acción y práctica de valores.

- Una vez identificados los valores y las dimensiones del yo, se procede a realizar ejercicios encaminados a actuar en la dirección elegida.
- Ejercicio sobre la relación arbitraria razón-acción. Este ejercicio sitúa en el contexto de la elección personal, sean las razones que fueren (mal tomadas como causas), es decir, desbaratar la relación razón acción. Lo son en apariencia social y por la historia personal (por ejemplo, estar triste y apenas hablar, tener depresión y no trabajar o tener ansiedad y tomar tranquilizantes). En lo más básico, estas razones no son verdaderos requisitos de lo que se hace. Con ello, la elección de la acción a tomar recae en el ámbito personal (de lo que valore en su vida), despojando al cliente de relaciones automáticas y obligadas (socialmente). Se toma el siguiente ejemplo “Pedro tenía que ir a una cita de trabajo pero finalmente no acudió”, se le invita al cliente a decir algunas razones, por ejemplo “no acudió por que tenía miedo”, “no acudió porque pensó que no lo iba a hacer bien”, “no acudió por que se puso nervioso”, “no acudió por que tenía fiebre”, “no acudió porque pensó que se reirían de él”. Se le pide analice el nivel de credibilidad de cada y de dar razones para no haber ido a la cita. Sin embargo, el objetivo no es discutir si las razones son mejor que otras, sino identificar el hecho de “dar razones” en si. El objetivo es romper cualquier relación razón-acción para situarlo en el plano de la elección personal, o sea en el plano de los valores de uno (con esto último lo que Pedro estaría valorando con sus “pasos”) Es decir la credibilidad de una razón como causa ineludible para una acción es nula. Así Pedro, a pesar de los pensamientos críticos y de sentirse nervioso, podría haber

acudido a la cita si hubiera sido muy importante en su vida, digamos con tales pensamientos en su bolsillo. No hay buenas ni malas razones, lo que hay son acciones que van en dirección de lo que el cliente quiere en su vida. Con ello toca a cada uno elegir el propio destino en el sentido de elegir qué hacer ante lo que sentimos y pensamos.

- Otro ejercicio que conduce a desbaratar o desactivar la relación arbitraria entre causas privadas (razones) y acciones es el ejercicio del autobús. Conducir un autobús hacia de lo que le importa, sin embargo, también lleva pasajeros molestos que representan las razones en contra para llegar a ese lugar, por ejemplo, reacciones automáticas a eventos privados bajo el control de las palabras, unas con más consenso social que otras. Sin embargo, le decimos que siempre tendrá la alternativa más importante: de conducir en dirección de lo que le importa con esos pensamientos y sensaciones como “compañeros de asiento”.
- Se le pide al cliente que imagine desde el yo-contexto, de pensamientos, sensaciones y acciones que surjan al imaginarse haciendo diferentes recorridos hacia sus valores y en contra.
- Ejercicio de decir que no y hacer que sí. Se indica al cliente un objeto el cual, el tocarlo va en dirección a lo que le importa en su vida. Sin embargo, una voz, la voz del sistema verbal le demanda que no lo toque y le da razones para no tocarlo (la voz del terapeuta), mientras tiene que hacer acciones encaminadas a tocar dicho objeto. Al final como conclusión, se plantea que las mentes pueden decir muchas cosas, la cuestión es que hace con ese contenido, la elección de actuar es tuya. Se retoma este ejercicio como cualquier contenido que pueda actuar como barrera. Esto es desbaratar la relación razón-acción y situarla en el contexto de la elección personal, sean las razones que fueran.
- Estos ejercicios conducen a una alteración del contexto de la literalidad y a la ruptura o desactivación de los contextos verbales de evaluación y de dar razones.
- La exposición y la desactivación de funciones son elementos principales en el trabajo dirigido a la aceptación de los eventos privados, cuando estos son barreras en la vida del cliente. Sin ese contexto dimensional del yo, solo hay fusión con los contenidos psicológicos y, por tanto, no hay espacio para la elección personal en dirección a lo que uno le importa para su vida.
- En sesión también es importante trabajar el uso de conjunciones de continuidad (“y”) en lugar de relaciones de oposición (“pero”). Por ejemplo, en vez de decir, “me gustaría tanto implicarme con mis hijos, pero sé que estaré muy deprimida”, y practicar con lo siguiente: “Me gustaría implicarme con mis hijos y sé que me sentiré muy deprimida”.

Sesión 10. Aplicación de cuestionario de medida post-test. Seguimiento del proceso terapéutico, así como evaluación del progreso en cada área de la vida del cliente.

- Se aplican instrumentos de medida post-test.
 - Aplicación del Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) (Hayes et al., 1999, 2002) (Adaptación española del Cuestionario de Aceptación y Acción -AAQ) (Barraca, 2004).
como medida del TEE (Trastorno de Evitación Experiencial) (anexo 12)
 - Aplicar Inventario de Ansiedad de Beck (anexo 13).

- Aplicar Inventario de Depresión de Beck II (anexo 14).
- Seguimiento del proceso terapéutico, así como evaluación del progreso en cada área de la vida del cliente.
- Evaluación de cada dimensión terapéutica post tratamiento (“Herramienta Hexaflex de seguimiento de casos”) (Hayes et al., 2015).
- Durante el seguimiento detectar barreras que surgen ante las recaídas, y reafirmar dimensión terapéutica implicada.
- En la práctica pueden añadirse algunas sesiones, dependiendo de la evolución del cliente y de recaídas. Así también es importante un seguimiento a 6 meses o un año.

Comentarios y conclusiones

De acuerdo con la investigación teórica realizada en el presente trabajo, se puede concluir que la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por su acrónimo en inglés) es una opción viable para tratar una gran variedad de síntomas y trastornos psicológicos y/o emocionales, incluidos los generados en el contexto actual por la pandemia COVID-19, como es principalmente la depresión y la ansiedad. Para ello se parte de la premisa teórica de la ACT de que la evitación emocional y la fusión cognitiva fungen como variables dimensionales subyacentes en común en dichas patologías.

Como alternativa, la ACT utiliza variables dimensionales funcionales de normalidad como la aceptación, la defusión y el compromiso con valores, que favorecen la flexibilidad psicológica, como resultado hacia cambios de conducta que generan una adaptación natural a las contingencias presentes y más funcionales para el cliente.

De acuerdo a investigaciones recientes, el modelo ACT, complementa la formación y práctica de los psicólogos cognitivo-conductuales con competencias y habilidades, enfocadas en enfrentar y dar propuestas de solución a las problemáticas emocionales y/o psicológicas complejas de las personas, desde un enfoque unificado que reconoce la normalidad del sufrimiento psicológico desde otra perspectiva a la tradicional, sin tratar de cambiar o controlar los diversos síntomas o eventos cognitivos o emocionales del cliente, sino más bien cambiando la función del contexto socio-verbal, la apertura radical hacia eventos privados negativos, y la elección-acción que uno hace para su vida, esto por medio de los seis procesos psicológicos propuestos en ACT (aceptación, defusión, yo-contexto, presente, valores y acción), con la ayuda de metáforas, ejercicios de atención plena aceptación y conductas de compromiso.

Tratar los trastornos emocionales desde un enfoque tradicional desde la primera o segunda generación, tienen un enfoque hacia la reducción de síntomas y generalmente con un paquete de intervención psicológica que implique tratar las comorbilidades existentes. Mientras que la terapia de aceptación y compromiso desde un enfoque transdiagnóstico con dimensiones funcionales de normalidad como la aceptación y la difusión cognitiva, se enfoca en las acciones valoradas por los clientes a pesar de las situaciones adversas ante la presencia de sus síntomas (por ejemplo, baja motivación o estar deprimido o ansioso).

Así también el procedimiento de ACT puede brindar en los pacientes, un mayor sentido de vida, puesto que al ejecutar un comportamiento que lo relacione con sus valores y éste tiene una función de refuerzo positivo, a pesar del incremento de sus eventos privados negativos, generalizando funciones como la desactivación de funciones en su contexto socio-verbal, con repertorios de conducta diferentes a la evitación, aprendiendo de esta manera una alternativa diferente a lo que fue habitualmente era normal a lo largo de su historia. En contraste con algunas técnicas de la terapia de segunda generación que generalmente se obtiene un refuerzo de tipo negativo asociados al eliminar los malestares (a corto plazo) “para poder vivir”. De lo anterior se puede apoyar los resultados en los estudios que generalmente arrojan que los grupos tratados con la ACT, los cambios se mantienen a lo largo del tiempo.

La ACT es un modelo de terapia poco conocido, pero que aporta muchas ventajas, resumiendo a lo anterior, se puede decir que la ACT reduce el número de sesiones, los

cambios se mantienen en el tiempo, es aplicable a una amplia de población clínica y no clínica, y una variedad de dificultades sindrómicas y no sindrómicas, así mismo el cliente no crea dependencia hacia el terapeuta, pues los cambios son autorregulados por él mismo y el contexto, y las contingencias se convierten, es en sí mismo en el terapeuta del cliente.

Alcances y limitaciones

Se considera que este trabajo ofrece una alternativa viable de intervención psicológica basada en evidencia, para el contexto actual en el que se desarrolla la problemática estudiada; sin embargo las limitaciones de este estudio es que la metodología propuesta requiere de una investigación experimental individual y/o grupal, realizar las evaluaciones pre-post tratamiento pertinentes , así como tomar en cuenta las características ideográficas de los participantes, como es el análisis funcional de la conducta, necesario para la adaptación terapéutica de manera integral. Para ello se necesita como requisitos profesionales graduados en Psicología, con formación y experiencia previa en ACT. Luciano, Ruiz y Sánchez (2016) mencionan que para la formación de terapeutas en ACT, se necesita de un entrenamiento sistemático teniendo en cuenta dos puntos de apoyo: por un lado el abordaje y dominio del contenido teórico del modelo ACT, y por el otro lado el entrenamiento de interacciones en sesiones clínicas de manera supervisada.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Adhikari, S. P., Meng, S., Wu, Y. J., Mao, Y. P., Ye, R. X., Wang, Q. Z., ... & Zhou, H. (2020). Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. *Infectious diseases of poverty*, 9(1), 1-12.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Anand, K.B., Karade, S., Sen, S., Gupta, R.M., 2020. SARS-CoV-2: camazotz's curse. *Med. J. Armed Forces India* 76, 136–141.
- Asmundson, G. J., & Taylor, S. (2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *Journal of Anxiety Disorders*, 71, 102211.
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 728-737.
- Barlow, D. H (2011). *Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnostico de los trastornos emocionales*. Alianza editorial.
- Barlow, D. H., Farchione, T.D., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseaur, C. L., Allen, L.B. y Ehrenreich-May, J. (2015). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales manual del terapeuta y manual del paciente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Barraca M. J. (2004). Spanish adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 505-515.
- Bedford, J., Enria, D., Giesecke, J., Heymann, D. L., Ihekweazu, C., Kobinger, G., ... & Ungchusak, K. (2020). COVID-19: towards controlling of a pandemic. *The Lancet*, 395(10229), 1015-1018.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., & Barnes-Holmes, D. (2006). Psychological flexibility, ACT, and organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior Management*, 26(1-2), 25-54.
- Brown, M., Glendenning, A. C., Hoon, A. E., & John, A. (2016). Effectiveness of web-delivered acceptance and commitment therapy in relation to mental health and well-being: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 18(8), e221.

- Claassen, C. A., Carmody, T., Stewart, S. M., Bossarte, R. M., Larkin, G. L., Woodward, W. A., & Trivedi, M. H. (2010). Effect of 11 September 2001 terrorist attacks in the USA on suicide in areas surrounding the crash sites. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 359–364.
- Dindo, L., Van Liew, J. R., & Arch, J. J. (2017). Acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics*, 14(3), 546-553.
- Ducasse, D., Jaussent, I., Arpon-Brand, V., Vienot, M., Laglaoui, C., Béziat, S., ... & Olié, E. (2018). Acceptance and commitment therapy for the management of suicidal patients: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 87(4), 211-222.
- Escudero, X., Guarner, J., Galindo-Fraga, A., Escudero-Salamanca, M., Alcocer-Gamba, M. A., & Del-Río, C. (2020). La pandemia de Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): Situación actual e implicaciones para México. *Arch Cardiol Mex*, 7-14.
- Gobierno de México (2020). Covid-19 México, Información general. <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
- Gruber, J., Prinstein, M. J., Clark, L. A., Rottenberg, J., Abramowitz, J. S., Albano, A. M., ... & Forbes, E. E. (2020). Mental health and clinical psychological science in the time of COVID-19: Challenges, opportunities, and a call to action. *American Psychologist*.
- Hayes, S. C., Bissett, R., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, L., Cooper, I. y Grundt, A. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49, 33-47.
- Hayes, S. C., Strosahl K. y Wilson K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*, New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*. 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002.
- Hayes, S. C.; Strosahl, K y Wilson, K. G. (2015). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao. España: Desclée De Brouwer.
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-34.

- Lappalainen, P., Langrial, S., Oinas-Kukkonen, H., Tolvanen, A., & Lappalainen, R. (2015). Web-based acceptance and commitment therapy for depressive symptoms with minimal support: a randomized controlled trial. *Behavior modification*, 39(6), 805-834.
- Luciano, M. C. (2001) (ed.), *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y el trastorno de evitación experiencial. Una síntesis de casos clínicos*. Valencia: Promolibro.
- Luciano, M. C., Gómez, S., Hernández, M. y Cabello, F. (2001). Alcoholism, Experiential Avoidance, and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 113, 333-372.
- Luciano, C., Gutiérrez, O., Cobos, F., Valdivia, S., Visdómine, C. y Rodríguez, M. (2002). Working with acceptance and commitment therapy: Results from cases. Paper presentado en Convention Association for Behavior Analysis, Toronto, mayo.
- Luciano, M. C., y Wilson, K. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso*. Pirámide, Madrid.
- Luciano, M.C, y Valdivia, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Fundamentos, características y evidencia*. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Martínez, J. (2016). Pandemias y bioamenazas globales del siglo XX. Recuperado de http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/ari42-2016-martinezhernandez-pandemias-bioamenazas-globales-siglo-21
- Mazarro, M. C., Carrillo, C. L., & Ruiz, J. A. R. (2016). Uso del Acceptance & Action Questionnaire y prevalencia de trastornos emocionales en la Zona Básica de Orcera. In *Acercamiento multidisciplinar a la salud: Volumen I* (pp. 467-472). Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP).
- Nagelhout, G. E., Hummel, K., de Goeij, M. C. M., de Vries, H., Kaner, E., & Lemmens, P. (2017). How economic recessions and unemployment affect illegal drug use: A systematic realist literature review. *The International Journal on Drug Policy*, 44, 69–83.
- Nishiura, H., Kobayashi, T., Yang, Y., Hayashi, K., Miyama, T., Kinoshita, R., ... & Akhmetzhanov, A. R. (2020). The rate of underascertainment of novel coronavirus (2019-nCoV) infection: estimation using Japanese passengers data on evacuation flights.
- OMS. (2020). Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Recuperado de: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.

- Puolakanaho, A., Tolvanen, A., Kinnunen, S. M., & Lappalainen, R. (2020). A psychological flexibility-based intervention for Burnout: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 52-67.
- Quispe, F. , y García, G. (2020). Impacto psicológico del covid-19 en la docencia de la Educación Básica Regular. *Alpha Centauri*, 1(2), 30-41.
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA COVID 19 EN LA SALUD MENTAL ASOCIADAS AL AISLAMIENTO SOCIAL.
- Räsänen, P., Lappalainen, P., Muotka, J., Tolvanen, A., & Lappalainen, R. (2016). An online guided ACT intervention for enhancing the psychological wellbeing of university students: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour research and therapy*, 78, 30-42
- Ruiz, F.J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 10:125-162.
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 185-203.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Pineda, D., Espinosa, V., Magaz, A. M., & Chorot, P. (2019). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes a través de internet: Aplicación web y protocolo de un ensayo controlado aleatorizado. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 197-215.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. New York: Appleton - Century – Crofts
- Statista (2020). Número de personas fallecidas a causa del coronavirus en el mundo a fecha de 23 de noviembre de 2020, por país. <https://es.statista.com/estadisticas/1095779/numero-de-muertes-causadas-por-el-coronavirus-de-wuhan-por-pais/>
- Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., Veehof, M. M., & Schreurs, K. M. (2015). Internet-based guided self-help intervention for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy: a randomized controlled trial. *Journal of behavioral medicine*, 38(1), 66-80.
- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics*, 40(4), 751-770.
- Volkow, N. D. (2020). Collision of the COVID-19 and addiction epidemics. *Annals of Internal Medicine*, 173, 61–62.

- Walser, R. D., Garvert, D. W., Karlin, B. E., Trockel, M., Ryu, D. M., & Taylor, C. B. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. *Behaviour research and therapy*, 74, 25-31.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... & Fratiglioni, L. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., ... & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*.

ANEXOS

Anexo 1

Metáfora del jardín

Suponga que usted es un jardinero que ama su jardín, que le gusta cuidar de sus plantas y que nadie más que usted tiene responsabilidad sobre el cuidado de sus plantas. Suponga que las plantas son como las cosas que usted quiere en su vida... así, ¿cuáles son las plantas de su jardín? ¿Cómo ve las plantas: como jardinero? ¿Tienen flores, huelen bien, están frondosas? ¿Está cuidando las plantas que más quiere como usted las quiere cuidar? Claro que no siempre dan las flores en el lugar que usted quiere, en el momento que lo desee; a veces se marchitan a pesar del cuidado; la cuestión es cómo ve que las está cuidando, ¿qué se interpone en su camino con las plantas, en su quehacer para con ellas? Quizás esté gastando su vida en una planta del jardín. Ya sabe que en los jardines crecen malas hierbas. Imagine un jardinero que las corta tan pronto las ve, pero las malas hierbas vuelven a aparecer y nuevamente el jardinero se afana en cortarlas y así, ¿es ésta su experiencia con su problema? Surge... (el problema del cliente, dígame la ansiedad o sus recuerdos o pensamientos que le hacen sentir mal) y..., abandona el cuidado del jardín para ocuparse de ese problema. No obstante, las malas hierbas, a veces, favorecen el crecimiento de otras plantas, bien porque den espacio para que otras crezcan, bien porque hagan surcos. Puede que esa planta tenga algún valor para que las otras crezcan. A veces, las plantas tienen partes que no gustan pero que sirven, como ocurre con el rosal que para dar rosas ha de tener espinas. ¿Qué le sugiere? ¿Puede ver sus plantas y las áreas de su jardín donde aún no hay semillas? Algunas estarán mustias y otras frondosas. Hábleme de sus plantas y de si las cuida como usted quiere cuidarlas. Dígame si está satisfecho con el cuidado que da a sus plantas, si las cuida de acuerdo con lo que valora en su vida (el cliente comenta al respecto).

El trabajo que aquí haremos es como plantar una nueva semilla que tendremos que hacer crecer con el trabajo que los dos hagamos. Esta nueva planta la alimentaremos hasta que usted tenga habilidad cuidando las demás plantas, las cosas importantes de su vida como usted quiera cuidarlas. Hay otra cosa importante: cualquier jardinero sabe que el crecimiento de sus plantas no depende de su estado de ánimo, sino que cada planta requiere un cuidado sistemático y apropiado y, a pesar de ello, nadie puede garantizar el resultado completo con cada planta... Quizá al jardinero le gustase que el cuidado de una planta diese a luz una planta con un número de flores blancas de un tamaño preciso, en un tiempo concreto. Pero el jardinero sabe muy bien que la planta puede ofrecer otras flores distintas, en menor número y desprendiendo un olor menos agradable que el deseado, o quizá más. No es algo que el jardinero pueda controlar. La cuestión es si a pesar de ello valora el cuidado de esas plantas. Es más, las cosas, personas..., que queremos en nuestra vida se parecen a las plantas del jardín. A veces el jardinero quizá se impacienta si la planta tarda en crecer o lo que crece inicialmente no le gusta. Si el jardinero arranca de «cuajo» lo plantado y pone otra semilla, nunca verá crecer la planta, y su vida girará sólo en poner semillas sin llegar a vivir cada momento del crecimiento. Otra opción es seguir cuidando las plantas, con lo que ofrezcan cada momento.

Es importante que sepamos, los dos, que yo nunca podré plantar semillas en su jardín, ni decirle qué semillas plantar, y cómo crecerán mejor; que nunca podré cuidar de sus plantas.

Sólo usted podrá hacerlo. Y ahora, le pregunto si, por un minuto, ¿podría dejar de centrarse en la planta que le molesta; la que le ha traído aquí? ¿Estaría dispuesto aun con cualquier pensamiento sobre esa planta que no quiere a hablar de las otras plantas de su jardín, de cómo están, e incluso estaría dispuesto a hacer algo con ellas, a cuidarlas incluso sin ganas?... Dígame, ¿qué hay entre usted y el cuidado de sus plantas? ¿Qué le impide cuidarlas ya?.

Anexo 2

La metáfora del hombre en el hoyo

La situación en la que usted se encuentra se parece un poco a esto. Imagínese que está en un campo, llevando una venda en los ojos y una pequeña bolsa de herramientas. Se le ha dicho que su tarea consiste en correr por ese campo con los ojos vendados. De hecho, es como se supone que debe vivir su vida. Y usted hace lo que le han dicho que haga. Pero usted no sabe que en la granja hay hoyos grandes y muy profundos, lo ignoraba completamente. Así que empieza a correr por el campo y tarde o temprano cae en uno de esos grandes agujeros.

Empieza a palpar las paredes del hoyo y se da cuenta de que no puede saltar fuera y de que tampoco hay otras vías de escape. Es probable que, en un apuro semejante, usted coja la bolsa de herramientas que le han dado y empiece a mirar qué hay en ella, pues quizás así encuentre algo que pueda usar para escapar del hoyo. Ahora suponga que efectivamente hay una herramienta en esa bolsa, pero se trata de una pala. Y eso, aparentemente, es todo lo que tiene. Así que empieza a cavar con diligencia, pero muy pronto advierte que no sale del hoyo. Intenta entonces cavar más y más rápido, pero sigue en el hoyo. Así que lo intenta con grandes paladas o con pequeñas, arrojando lejos la tierra o arrojándola cerca, pero continúa en el agujero. Todo ese esfuerzo y todo ese trabajo y, por raro que parezca, lo único que ha conseguido es que el hoyo se haga cada vez más y más profundo, ¿no es así? Y entonces usted viene aquí pensando: ¡Bueno, tal vez él tenga una pala lo bastante grande, una preciosa pala mecánica! Pues no, no la tengo.

Y si la tuviera, no la usaría, porque cavar no es la forma de salir del hoyo: al contrario, cavando es como se hace los hoyos. Tal vez lo que pasa es que todo el plan esté equivocado y no tiene solución: cavando no puede conseguir una escapatoria, lo único que hace es hundirse más.

Anexo 3

La metáfora del granjero y el asno

Había una vez un granjero que tenía un asno muy, muy viejo. Un día, mientras el asno estaba caminando por un prado, pisó sobre unas tablas que estaban en el suelo, se rompieron y el asno cayó al fondo de un pozo abandonado. Atrapado en el fondo del pozo el asno comenzó a rebuznar muy alto. Casualmente, el granjero oyó los rebuznos y se dirigió al prado para ver qué pasaba. Pensó mucho cuando encontró al asno allí abajo. El asno era excesivamente viejo y ya no podía realizar ningún trabajo en la granja. Por otro lado, el pozo se había secado hacía muchos años y, por tanto, tampoco tenía utilidad alguna. El granjero decidió que simplemente enterraría al viejo asno en el fondo del pozo.

Una vez tomada esta decisión, se dirigió a sus vecinos para pedirles que vinieran al prado con sus palas. Cuando empezaron a palear tierra encima del asno, éste se puso aún más inquieto de lo que ya estaba. No sólo estaba atrapado, sino que, además, lo estaban enterrando en el mismo agujero que le había atrapado. Al estremecerse en llanto, se sacudió y la tierra cayó de su lomo de modo que empezó a cubrir sus patas. Entonces, el asno levantó sus cascos, los agitó, y cuando los volvió a poner sobre el suelo, estaban un poquito más altos de lo que habían estado momentos antes. Los vecinos echaron tierra, tierra y más tierra, y cada vez que una palada caía sobre los lomos del asno, éste se estremecía, sacudía y pisoteaba. Para sorpresa de todos, antes de que el día hubiese acabado, el asno apisonó la última palada de tierra y salió del agujero a disfrutar del último resplandor del sol. (Anónimo.)

Anexo 4

Ejercicio del funeral ¿Qué quieres hacer con tu vida?

Cierra los ojos, céntrate en el observador que hay en ti y date cuenta de que inhalas... y exhalas. Date cuenta de tu respiración..., observa tu posición sentada..., nota que te das cuenta de que estás oyendo mi voz... y el ruido de fuera. Observa el movimiento de tu vientre según respiras... Nota que estás pensando..., las sensaciones que sientes..., contemplarlas por unos segundos desde esa parte que hay en ti que te permite contemplar cualquier cosa que ocurre..., lo que sientes..., lo que haces..., lo que piensas. Hay una parte en ti única y segura desde la que puedes observar todo lo que tu mente te da... Ahora, desde ese lugar que hay en ti, imagínate que has muerto y que asistes a tu entierro. Imagina que toda tu familia, todas las personas que quieres, están a tu alrededor. Céntrate en esa situación... Imagínate ahí y observa quiénes están a tu alrededor..., ¿quiénes están? (deje que el cliente lo diga). Ahora pon tu atención en tu hijo... y déjale decir lo que a ti te gustaría que él dijera de ti..., déjale hablar..., óyelo, piensa que tienes poder y que puedes conseguir que diga lo que a ti más te gustaría que dijese de ti... (el cliente, llorando, dice: «fue cariñosa conmigo, estaba conmigo, jugábamos y me ayudaba»)... Ahora pon tu atención en tu marido, déjale decir lo que te gustaría que dijese. Déjale hablar... («me cuidó y era amable conmigo, aunque se enfadaba...»)... También está allí tu madre. Piensa lo que a ti más te gustaría que dijera, qué querrías poner en sus labios si pudieras... («estuvo a mi lado cuando estaba enferma, me ayudó, me quería...»). Escucha ahora a tus hermanos, déjalos hablar sin reservas, lo que a ti te gustaría que ellos dijeren, míralos y dime qué están diciendo sin reservas, déjalos hablar... (llorando, «... nos quiso»). Vamos a tu padre..., déjale hablar, déjale decir lo que a ti te gustaría que él dijera... («era alegre, me ayudó cuando lo necesité...»). Dime, quién más hay acompañándote en tu entierro, ¿a quién ves?... («mis compañeros de trabajo...»), déjalos hablar con lo que a ti más te gustaría que dijeren... («siempre fue una buena compañera y trabajadora). ¿Hay alguien más? («no»). Ahora, nuevamente, date cuenta de que estamos aquí, tú y yo en esta habitación..., nota tu postura sentada, tus brazos y piernas apoyados..., aprecia desde ese lugar que siempre está detrás, de lo que sientes, que te permite observar que tus ojos están cerrados..., de los pensamientos que ahora tienes..., que se da cuenta de que estás aquí escuchando mi voz... Desde esa posición contempla tus pensamientos, contempla cómo fluyen, nota cualquier cosa que te dé tu mente sin hacer nada..., contemplarlos cómo observas el movimiento del mar... (deje al cliente unos minutos). Cuando quieras abre los ojos (silencio prolongado).

CLIENTE: Ha sido muy duro ver eso, a mi hijo, mi marido, mi padre, mis compañeros... Estaban tristes. Creo que me necesitan. No me ha gustado verlo.

TERAPEUTA: Entonces no ha sido algo que te haya gustado. Pero veamos si ha servido para algo. CLIENTE: Creo que he dejado al margen los problemas que tengo

TERAPEUTA: No parece que oyeras a ninguno de ellos decir que «se pasó su vida lamentando no saber si estaba bien con nosotros, lamentando que la vida no le hubiera sonreído». Es curioso que entre las cosas por las que tú querrías que te recordasen no apareciera eso que a ti tanto te preocupa, o sea, no saber si tu vida tiene sentido para ellos, para ti.

CLIENTE: No, ninguno dijo eso. No se me ocurrió que lo pudieran decir. Es como si mi camino ahora no tuviera mucho que ver con eso. Parece que todos los días tiro a la basura el día. TERAPEUTA: ¿Recuerdas si alguno de ellos quisiste que te recordase como «fue una persona que pasó todos los días de su vida tirándolos a la basura»?

CLIENTE: No, claro.

TERAPEUTA: Dime, ¿surgió «fue una mujer que tuvo varios hijos, trabajó, ganó dinero y todos los días dormía por la noche»?

CLIENTE (se ríe): No, eso no tiene importancia.

TERAPEUTA: Entonces, ¿qué es lo relevante, qué es lo importante para ti?

CLIENTE: Pues quererles, ayudarles... (comenzó, a llorar).

TERAPEUTA: ¿No te parece que quizá hayas estado agobiada, preocupada en exceso por cosas que en el fondo no son las que al final tienen valor?

CLIENTE: Sí, es cierto.

TERAPEUTA: Veamos qué lo impide.

CLIENTE: Me siento tan culpable.

TERAPEUTA: Eso es un pensamiento..., sólo eso..., no deja huellas el sentimiento de culpa. Lo que deja huellas es lo que haces con eso.

TERAPEUTA: Las huellas es lo que haces... Actualmente, tus pasos, tus huellas, ¿qué dirección llevan, qué horizonte tienen...?

CLIENTE (sollozando): Finalmente, no cuido ni ayudo a los míos, me aísló... No les doy lo que necesitan, yo soy la responsable, la culpable... No entiendo cómo voy a cambiar lo que siento por ellos.

TERAPEUTA: Yo tampoco, quizá no puedas. Lo has intentado muchas veces, ¿y qué te dice tu experiencia, lo consigues?

CLIENTE: Nunca, siempre está conmigo desde pequeña.

TERAPEUTA: Sin embargo, hay una posibilidad si miramos a lo que deja huellas. No son tus sentimientos de culpabilidad, sino tus actos de culpabilidad. Tus sentimientos son los que son y si están, están. De lo que se trata no es de cambiar eso; ya lo has intentado, y sabes el resultado... Se trata de no actuar con culpabilidad, aunque te sientas culpable.

CLIENTE: Es extraño, nunca he separado mis sentimientos de mis actos.

TERAPEUTA: Te propongo hacer un ejercicio para aprender a contemplar tus sentimientos de culpa mientras das pasos sin culpabilidad, dejas huellas sin culpabilidad; o sea, mirando al horizonte de lo que es importante en tu vida con tus hijos, tu pareja.

CLIENTE: No sé, tengo una sensación extraña. Siempre he buscado el modo de no sentirme culpable y ahora resulta que eso no importa, y siento que a lo mejor yo puedo dejar otras huellas a mis hijos.

Anexo 5

Formulario narrativo de valores (Hayes et al., 1999)

Generar una narración breve en cada área sobre la base de la discusión del trabajo llevado a cabo por el cliente respecto a lo que valora. Si algún área no es aplicable en un cliente, simplemente se deja en blanco. Después de haber narrado las direcciones valiosas, volver sobre ellas a fin de perfilarlas con el cliente. Continuar este proceso, al tiempo que se cuida que el cliente no ofrezca respuestas de tipo *pliance* (respuesta que estarían reguladas por las contingencias mediadas por otros) hasta que terapeuta y cliente lleguen a una frase breve con la que el cliente esté de acuerdo en que resume sus valores para un área dada.

Área	Narración de la dirección valiosa
Relaciones íntimas / parejas	
Relaciones familiares	
Relaciones sociales	
Trabajo	
Educación y formación	
Ocio	
Espiritualidad	
Ciudadanía	
Salud / bienestar físico	

Anexo 6

Formulario de Metas, Acciones y Barreras (Hayes et al., 1999)

Dado el listado de direcciones valiosas, ahora se trata de trabajar con el cliente para generar objetivos (eventos realistas) y acciones (pasos concretos que el cliente pueda dar) que manifiesten dichos valores. Luego, preguntando y por ejercicios, se identifican los eventos psicológicos que se interponen entre el cliente y su movimiento en dirección a sus valores. Si el cliente presenta eventos o hechos públicos como barreras, se reformulan en términos de objetivos y se sitúan en recorridos valiosos (las áreas pueden variar de las planteadas originalmente). Entonces volver sobre las acciones y las barreras relevantes para esos objetivos de la misma forma.

Área	Dirección valiosa	objetivos	Acciones	Barreras
Relaciones íntimas / parejas				
Relaciones familiares				
Relaciones sociales				
Trabajo				
Educación y formación				
Ocio				
Espiritualidad				
Ciudadanía				
Salud / bienestar físico				

Anexo 7

Metáfora del viaje

Como ocurre en un viaje, la terapia supone partes más o menos difíciles. Podemos advertirle de que habrá momentos en la terapia donde todo le estará diciendo que se vuelva atrás y que esas serán precisamente las ocasiones más importantes para persistir. Como si se tratase de un recorrido por diversos paisajes, podremos encontrar cumbres montañosas que permitan una vista clara de la dirección que se está tomando. Otras veces la terapia será como un oscuro bosque donde cada árbol nos parecerá igual a cualquier otro árbol. En ocasiones como esto puede ser muy difícil ver dirección alguna y requerirá un acto de fe para continuar poniendo un pie delante del otro. En ocasiones será como encontrar túneles que aunque formarán parte de la dirección elegida surgen, y pasarlos forma parte del viaje de la vida. Es más, a veces resultará como si los túneles contuvieran recovecos que parecen extraños y contrarios a la dirección elegida. Pasos como un acto de fe son los que pueden permitir seguir el camino.

Anexo 8

Metáfora de la tortuga

«... Imagínate una tortuga que se dirige hacia su cueva, donde están sus crías, el resto de tortugas... Pero la tortuga, cada vez que llueve, cuando sopla el viento, cuando se topa con piedras, se mete en su caparazón. A veces sale del caparazón, avanza un poco, pero en cuanto ocurre a su alrededor algo inesperado (aparece una mariposa, ve un relámpago...) se mete dentro del caparazón... ¿Crees que de esta forma puede alcanzar lo que pretende? A lo mejor la alternativa es avanzar con todo el cuerpo fuera, en pleno contacto con el suelo, abierta a todo lo que pueda surgir en ese camino, notando todo lo que surja mientras avanza en dirección a sus crías. Probablemente no le gusten muchas de las cosas que estén en ése

camino, o tal vez sí, pero eso es absolutamente distinto de su compromiso de avanzar por el sendero...

Anexo 9

Ejercicio de los elefantes rosas

TERAPEUTA: A veces ocurre que cuando uno deliberadamente intenta no pensar en algo, resulta muy difícil o no siempre funciona. Por ejemplo, le pido que haga todo lo que pueda por no pensar en «elefantes rosas»; venga, no piense en «elefantes rosas»... ¿Qué tiene?

CLIENTE: No puedo, los veo.

Anexo 10

Ejercicio de saborear el limón

TERAPEUTA: dígame, ¿cómo podría asegurarse de que no está pensando en la ansiedad sin pensar en la ansiedad? De acuerdo, voy a darle más instrucciones: «Desde este mismo instante, no piense en limones. No piense en el color de un limón y no piense en la textura de la piel del limón, ni en lo que sentiría si lo cogiera. Y no piense tampoco en la forma del limón. No piense en cómo huele cuando lo corta en rodajas. Y, esto es especialmente importante, no se le ocurra pensar en cómo sabría el limón si usted muerde su pulpa. No piense en el sabor de su jugo ni en la sensación del líquido en sus dientes y en su lengua». De acuerdo, ¿sería capaz de seguir esas instrucciones?

CLIENTE (risas): Claro que no, usted está hablando de eso. No podría por menos que pensar en ello

TERAPEUTA: Claro, pero quiero que se dé cuenta de la diferencia que hay aquí. Intente seguir estas instrucciones: «No se dé palmadas en la cabeza. No levante su mano sobre la parte superior de la cabeza. No deje que la palma de su mano toque su cabeza y, especialmente, no deje que las puntas de los dedos toquen su cabeza. No deje que su mano se mueva arriba y abajo en absoluto». Creo que no tendría ningún problema en seguir esas instrucciones.

CLIENTE: No, por supuesto que no. ¡Eso es porque los pensamientos son una cosa distinta!

TERAPEUTA: ¡Exacto! Ésa es precisamente la cuestión. Algunas cosas son muy fácilmente controlables, pero con algunas es casi imposible. Es algo curioso. Y no parece que se trate de una cuestión de motivación. Por lo general, añadir motivación ayuda. Pero, incluso habiéndolo amenazado con dispararle, mi conjetura es que usted fallaría en el experimento del limón. Tal vez no inmediatamente, pero sí muy pronto. ¿Y en cuanto a no tocar su cabeza con la palma de su mano? Ahí sí creo que podría pasar un día, una semana o un año sin hacerlo si su vida dependiera de ello.

*Relacionar estos ejercicios con los problemas experimentados, así mismo que el cliente comprenda directamente esta paradoja. Por ejemplo, con la siguiente pregunta: ¿Que pensamientos experimenta usted como más difíciles? ¿Con que aspectos de su vida interfieren? (generalmente en los recuerdos dolorosos, por ejemplo, una violación)

Anexo 11

Metáfora de las dos escalas

TERAPEUTA: veamos es como si ahora hubieras funcionado sobre la base de una única escala, la escala de la ansiedad que va de 0 a 100 , y que tan pronto sube a 40 la haces bajar, o sea, no estás dispuesto a que esa escala suba, baje, y suba hasta 100 y luego baje. Tienes tu vida organizada para que esa escala esté a 0, ¿no es así?

CLIENTE: Sí, claro.

TERAPEUTA: Pues bien, hay otra escala que aún no has practicado, ni siquiera sabes que está. Es la escala de estar dispuesto a que la escala de la ansiedad oscile como quiera. Es una escala que también va de 0 a 100, y que tú mantienes completamente cerrada a 0. Pero tu experiencia te da el resultado de lo que pasa al intentar controlar la ansiedad para mantenerla a 0. Eso es no estar dispuesta a que esa escala oscile, o sea, que al actuar para conseguir ese objetivo la escala de tu disposición para estar abierto está en 0. Mira el resultado de tu acción: cómo está tu jardín, tu vida.

CLIENTE: Entonces, ¿cómo consigo abrir esa escala? Nunca me lo había planteado así.

TERAPEUTA: No lo sé con palabras, es abrir la escala totalmente, sin reparos, no a 50, o 60, eso no es estar abierto. Lo que sí sabes es lo que consigues al controlar esta escala que no es controlable. Esto te puedo decir, estar abierto es como ver las olas que se aproximan, con distancia, sin intentar controlarlas, sino dejándolas que rompan teniendo una gran playa para ello. Si las intentas controlar, pueden contigo, pero si tienen una gran playa donde romper pausadamente, las olas no son ningún problema.

CLIENTE: Quiero aprender a hacer eso, a tener una gran playa para tener mis temores.

Anexo 12

Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) (Hayes et al., 1999, 2002)
(Adaptación española del Cuestionario de Aceptación y Acción -AAQ) (Barraca, 2004)

Sexo: _____ Edad: _____ Fecha: _____

A continuación, encontrará una serie de frases. Valore en qué grado son aplicables a usted. No hay contestaciones buenas o malas, ni preguntas con truco; unas serán más verdad en su caso y otras menos. Tome el tiempo que necesite y trate de responder a todas las preguntas. Use la escala siguiente (ponga el número que crea aplicable a su caso en la raya que está a la izquierda de cada frase):

- 1 ----- nunca verdad
- 2 ----- muy raramente verdad
- 3 ----- raramente verdad
- 4 ----- a veces verdad

5 ----- con frecuencia verdad

6 ----- casi siempre verdad

7 ----- siempre verdad

_____ 1. Tenga o no tenga claro cuál es el mejor modo de resolver un problema, me pongo en marcha.

_____ 2. Muchas veces me descubro fantaseando sobre cosas que he hecho y que haría de forma distinta si tuviese otra oportunidad.

_____ 3. La verdad es que cuando estoy deprimido o ansioso no soy capaz de hacer frente a mis responsabilidades.

_____ 4. Casi nunca me preocupa tener bajo control mi ansiedad, mis preocupaciones o mis sentimientos.

_____ 5. Mis sentimientos no me dan miedo.

_____ 6. Cuando valoro algún suceso negativamente, lo habitual es darme cuenta de que es sólo una apreciación y no un hecho objetivo.

_____ 7. Cuando me comparo con otras personas tengo la impresión de que la mayoría lleva su vida mejor que yo.

_____ 8. La ansiedad es mala.

_____ 9. Ojalá pudiese borrar por arte de magia todas las experiencias dolorosas que he tenido en la vida.

Los ítems 1, 4, 5 y 6 suman de forma inversa; esto es, una puntuación de 7 en el ítem 1 equivale a 1 punto

Anexo 13

Inventario de Ansiedad de Beck

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:					
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)					
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11	Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21	Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 14
Inventario de depresión de Beck II

BDI-II¹

Nombre: _____ Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Ocupación: _____ Educación: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Estoy triste todo el tiempo.</p> <p>3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.</p> <p>1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.</p> <p>2 No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p> <p>3. Fracaso</p> <p>0 No me siento como un fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que hubiera debido.</p> <p>2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.</p> <p>3 Siento que como persona soy un fracaso total.</p> <p>4. Pérdida de Placer</p> <p>0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.</p> <p>1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento particularmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado.</p> <p>1 Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Disconformidad con Uno Mismo</p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusto a mí mismo.</p> <p>8. Autocrítica</p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.</p> <p>2 Querría matarme.</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3 Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>
--	---

Título original: *Beck Depression Inventory* (Second edition)
Traducido y adaptado con permiso.
© 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.
© de la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA.
Todos los derechos reservados.

Subtotal Página 1

Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

<p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p> <p>12. Pérdida de Interés</p> <p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3 Me es difícil interesarme por algo.</p> <p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14. Desvalorización</p> <p>0 No siento que yo no sea valioso.</p> <p>1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>3 Siento que no valgo nada.</p> <p>15. Pérdida de Energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</p> <p>3 No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> <p>16. Cambios en los Hábitos de Sueño</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <hr/> <p>1a Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p>1b Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo.</p> <p>18. Cambios en el Apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.</p> <hr/> <p>3a No tengo en apetito en absoluto.</p> <p>3b Quiero comer todo el tiempo.</p> <p>19. Dificultad de Concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p> <p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p>21. Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
---	---

_____ Subtotal Página 2

_____ Subtotal Página 1

_____ Puntaje total

