



La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial¹

Carmen Luciano² (*Universidad de Almería e Instituto ACT, España*),
Marisa Páez-Blarrina (*Instituto ACT, España*) y Sonsoles Valdivia-Salas
(*State University of New York at Albany, USA*)

RESUMEN. Numerosos estudios han corroborado que la regulación de los eventos privados focalizada en la evitación experiencial juega un papel fundamental, tanto en el desarrollo de las adicciones como en su mantenimiento, llegando a producir el patrón destructivo que caracteriza a las personas ancladas en el consumo desajustado de sustancias. Las contingencias a la base del comportamiento adictivo constituyen el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) que implica una estrategia inflexible, formada por un conjunto de acciones dirigidas al escape y la evitación de malestar, y sustentada por la coherencia –establecida socialmente– que supone la necesidad de regular el malestar de modo inmediato. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) está diseñada para el abordaje de la Evitación Experiencial Destructiva (el TEE). En el contexto del comportamiento adictivo, la ACT ha mostrado ser eficaz en el desarrollo de una vida consistente con los valores personales cuyo coste principal supone afrontar el malestar que se deriva de la abstinencia y otras sensaciones, pensamientos y recuerdos que pudieran ser dolorosos. El presente artículo tiene como objetivo la exposición ejemplificada de los componentes fundamentales de ACT en el caso de personas con problemas de adicciones a diferentes sustancias.

PALABRAS CLAVE. Terapia de Aceptación y Compromiso. Trastorno de Evitación Experiencial. Dependencia y abuso de sustancias. Valores. Distanciamiento Cognitivo.

¹ Este artículo se ha preparado, en parte, con los fondos del Proyecto HUM-1093 y SEJ-05845, Ministerio de Ciencia e Innovación.

² Correspondencia: Facultad de Psicología. Universidad de Almería. La Cañada de San Urbano. 04120 Almería (España). E-mail: mluciano@ual.es

ABSTRACT. Many studies have shown that avoidance-based regulation of private events—plays a fundamental role in the development and maintenance of addiction, producing the destructive and inflexible pattern that characterizes Experiential Avoidance Disorder (EAD). EAD implies an inflexible strategy with a set of actions that all functionally directed to the escape and avoidance of discomfort. This strategy EAD is maintained by the socially established coherence of the immediate need to reduce discomfort as a single goal. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) was designed to alter destructive forms of experiential avoidance (as in EAD). ACT has proven its benefits in addictive behavior by developing a valued track consistent with personal values, in which the cost is being willing to feel the discomfort of abstinence as well as others sensations, thoughts and memories that might be painful. This paper illustrates the fundamental components of ACT in the work with persons with substance-abuse problems.

KEYWORDS. Acceptance and Commitment Therapy. Experiential Avoidance Disorder. Substances abuse and dependence. Values. Defusion.

Desde una perspectiva funcional, el comportamiento adictivo, como cualquier otra conducta compleja en el repertorio humano, es explicable como resultado de la combinación de factores de control funcional presentes en un momento dado y que lo son por el cúmulo de interacciones a lo largo de la historia de la persona en cuestión. Entender científicamente ese cúmulo de interacciones permite dar razón ajustada de por qué se consume en ocasiones sin aparente razón, de por qué la necesidad de consumir se presenta sin esperarse, de por qué surge la tristeza o la angustia y se busca sentirse mejor, de por qué al consumir, o después, surgen los sentimientos de culpa y de inferioridad o superioridad, etcétera. Permite, además, entender por qué hay personas que se dejan llevar por el malestar o las ganas y se comportan literalmente para eliminarlos. Explica, igualmente, por qué otras personas pueden convivir con el malestar y/o con las ganas de consumir sin caer en la necesidad de sentirse bien de inmediato y, por tanto, sin tener que escapar de tales sensaciones y pensamientos. En suma, el conocimiento de las leyes que regulan el comportamiento y la cognición humana permite entender la dependencia de sustancias y lo más importante -para una explicación científica-, permite organizar las interacciones de un modo que se prevenga o se supere la drogadicción. Sabido es, hace tiempo, que las drogas cumplen un papel funcional como reforzadores positivos y/o negativos por las propias características de las sustancias (véase Gil Roales-Nieto, 1996; Golberd y Stolerman, 1986). Se sabe que el uso de sustancias se vincula estrechamente con el reforzamiento implicado en la regulación cognitiva y emocional; además, se ha encontrado que las emociones negativas derivadas del abandono del consumo son predictoras potentes de las recaídas, incluso más que la dependencia fisiológica o la historia de exposición a la sustancia (Kenford *et al.*, 2002); y, también, se ha observado que medidas de aceptación y evitación de las emociones correlacionan con menor o mayor abuso (Forsyth, Parker y Finlay, 2003). Estos datos han llevado a plantear que las contingencias a la base del comportamiento adictivo se verifican como estrategia de evitación experiencial, en donde se conjugan contingencias de reforzamiento negativo y positivo.

Sabido es, gracias a la investigación en comportamiento relacional y transformación de funciones, que las funciones de estímulo (reforzantes, aversivas, discriminativas y motivacionales) se extienden a elementos nuevos aún cuando los mismos no compartan su apariencia física con otros previos, y que las contingencias se transforman vía tales procesos (para una descripción completa de dichos procesos consultar en Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). Estas investigaciones permiten dar razón plausible de los interrogantes que se planteaban en el párrafo previo y completar la comprensión de la regulación emocional problemática y, más ampliamente, de la estrategia o clase funcional definida como Trastorno de Evitación Experiencial o Evitación Experiencial Destructiva (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001; Törneke, Luciano y Valdivia-Salas, 2007; Wilson, Hayes, Gregg y Zettle, 2001). La Evitación Experiencial Destructiva es un tipo de regulación del comportamiento consistente en la necesidad inflexible de actuar para no entrar en contacto con el malestar o para escaparse de ello, resultando que tal malestar se extiende, e incluso se puede intensificar, y lo más importante, conduce a una limitación en hacer la vida que uno quiere (por eso se califica como un patrón «destructivo»). Dicho de otro modo, es un tipo de regulación que pone a la persona «contra las cuerdas» porque no proporciona vitalidad sino que, finalmente, la envuelve en un sufrimiento en el que resulta cada vez más atrapada. El resultado, a la larga, es una gran insatisfacción personal. En el caso de las adicciones, el resultado incluiría otras consecuencias problemáticas asociadas al tipo de droga en cuestión, que además podrían afectar a las personas que rodeen al consumidor. En conclusión, denominamos a esta regulación inflexible como Evitación Experiencial Destructiva, precisamente, si destruye. Sin embargo, no ha lugar demonizar la evitación experiencial, ya que puede ser un acto elegido en un determinado momento y, por tanto, no generar insatisfacción a la persona (Wilson y Luciano, 2002). No obstante, en este trabajo nos centramos en el patrón de evitación que genera problemas al individuo.

El desarrollo del patrón de regulación mediante consumo de drogas podría estar controlado por el reforzamiento positivo que provee el consumo de sustancias, cuyo efecto se transforma diferencialmente según el significado o historia personal que ello tenga para cada persona (por ejemplo, relacionar el consumo con la valía personal, o con la capacidad o habilidad de hacer cosas, con la pertenencia a un grupo, con sensaciones agradables, sensaciones nuevas, etc.). De la misma manera, consumir puede ser parte de la clase de conductas para reducir la ansiedad y otras sensaciones o pensamientos y recuerdos desagradables; consecuencias que también se verán transformadas según la historia relacional de la persona. En lo anterior, queda incorporado el hecho singular que acontece a los organismos que han aprendido a ser verbales y que implica, inevitablemente, que las sensaciones de malestar se harán presentes antes o después (aunque diferentes según la historia relacional de cada persona). Por ejemplo, las sensaciones de inseguridad, o el aburrimiento, la angustia, la tristeza, los pensamientos de culpa, o recuerdos desagradables, etc. pondrán al individuo en la necesidad de afrontar esas sensaciones y pensamientos; y cómo se afronte (esto es, el tipo de

regulación de tales eventos) podría resultar molesto a la corta pero con significado personal a la larga, o bien placentero a la corta pero limitante a la larga. En una persona que opte por lo segundo, el consumo quedaría inmediatamente reforzado tanto negativamente, por el alivio al consumir la sustancia, como positivamente por la derivación de saberse haciendo lo correcto (quitarse la angustia y haciendo lo que hace mucha gente, por ejemplo). Así, el consumo sería una acción dirigida a la evitación del malestar, a reducir las ganas, al control del deseo o la incomodidad social que puede suponer el mantenerse sin consumir. A ello hay que añadir que las personas que abusan de sustancias suelen presentar otras dificultades más allá del consumo (véase Ciairano, Bosma, Miceli y Settanni, 2008). Por ejemplo, son típicos los diagnósticos formales de co-morbilidad que, sin embargo, en la mayoría de los casos serían funcionalmente parte del mismo patrón de evitación experiencial. Es decir, habría una estrategia centrada en la evitación del malestar en la que la persona consume para resolver otros problemas pero, a la larga, los problemas quedan irresueltos con el añadido de un consumo que termina potenciándolos y generando otros problemas.

Cuando la evitación experiencial es la estrategia principal de funcionamiento personal estaríamos ante un patrón inflexible y limitante, como se observa en numerosos trastornos. Por concluir, se observa que para eliminar el malestar, la persona consume, al consumir se alivia, pero al rato vuelve el malestar y, de nuevo, la persona vuelve a hacer algo para eliminarlo, a veces, nuevamente a consumir. Y, al rato, nuevamente malestar. Y nuevamente a hacer algo para escapar, a veces, nuevamente a consumir..., y así sucesivamente. Este círculo de regulación perjudicial mina cada vez más a la persona en su percepción de sí misma y en su habilidad para afrontar el malestar, a la par que amplía su insatisfacción personal. Por ejemplo, una persona puede consumir cannabis para evitar el estrés o la ansiedad que suponen ciertas circunstancias sociales, por ejemplo, entablar relaciones con personas desconocidas, iniciar conversaciones con personas de autoridad, etc. Y al consumir se alivia. Pero estas reacciones vuelven, y con ello el consumo, a lo que se suman comportamientos de riesgo, por ejemplo, practicar sexo sin protección, o conducir bajo los efectos de la sustancia, etc., junto a la limitación de habilidades apropiadas para afrontar dichas circunstancias. A continuación se describe un caso que muestra cómo la evitación experiencial puede terminar conformando un patrón rígido de funcionamiento, adherido a creer tener razón y defender lo que se hace (un potente reforzador en los seres verbales). A pesar de ello, se verá como el comportamiento termina yendo en contra de lo que se anhela y desea a nivel personal.

Andrea, una universitaria de 22 años que lleva cinco años estudiando, al momento de la consulta está en segundo año y no podrá matricularse en tercero. El motivo de consulta se relaciona con una serie de ataques de ansiedad que se han repetido en clases, en exámenes, en la biblioteca y en reuniones sociales. El último episodio ocurrió en la universidad, y sus padres tuvieron que ir a buscarla ya que era incapaz de ir a casa ella sola. Cuando se indaga sobre lo que hace frente a la ansiedad, Andrea expresa que se anticipa a las situaciones, lo que le lleva a aumentar su nerviosismo, por ello va a clase lo mínimo indispensable, no sale a reuniones sociales, pone excusas a sus amigos, cuando

tiene visitas se encierra en su cuarto alegando que está estudiando. Cuando inevitablemente tiene que interactuar con alguien aumenta la incomodidad y deja de prestar atención a sus interlocutores, centrándose casi exclusivamente en sus propias reacciones privadas (sensaciones físicas, pensamientos de inseguridad, temores a que la ansiedad se dispare, etc.). Le resulta preocupante que desde hace cinco años fuma diariamente cannabis y se pregunta si la ansiedad se vincula con esto. La historia de consumo refleja que Andrea empezó a fumar cannabis al iniciar la carrera sólo por probar y por hacer cosas que antes no había hecho, pero que progresivamente fue sirviéndole para afrontar el estrés y las preocupaciones inherentes al estudio. Menciona que desde que entró en la universidad, tiene dudas sobre la carrera elegida, no tiene claro si es lo que le gusta o lo que debería hacer, siempre ha desconfiado de sus capacidades intelectuales y, últimamente, se ve incapaz de remontar en los estudios. Informa que esta serie de inseguridades, dudas y temor al fracaso, le han acompañado desde el inicio y que las ha sobrellevado gracias a las amistades, las distracciones que se procuraba y el consumo de cannabis que le ha facilitado la relajación, el dejar de darle vueltas a sus inquietudes y pasar momentos divertidos.

Como se aprecia en la descripción del caso, Andrea emplea un repertorio de evitación amplio del que el abuso de sustancias forma parte; otras acciones en la misma dirección (de la misma clase funcional) son minimizar la importancia de sus dificultades académicas, procurar pasar la mayor parte del tiempo acompañada por amigos, divertirse, distraerse, etc. Otras, en la misma dirección, son no visitar a sus padres (a fin de no sentirse observada, de que no le pregunten por su rendimiento), no ir a la facultad (dice para no sentir la vergüenza de ser la mayor de su clase,) y otras tantas acciones que lleva a cabo y que, finalmente, se dirigen a suprimir de modo inmediato el malestar que le produce pensar en todo eso.

La evaluación funcional del repertorio de evitación implica cualesquiera pensamientos, sensaciones corporales y recuerdos que se acompañan de malestar y que, para el cliente, precipitan las acciones de evitación y escape. A ello, han de añadirse los efectos inmediatos de las mismas, es decir, lo que consigue la persona de positivo al consumir la sustancia (relajarse, divertirse...) y lo que elimina o suprime de negativo (pensamientos negativos respecto de su rendimiento académico, temor al fracaso, dudas sobre su capacidad intelectual, etc.). Además, la evaluación ha de incluir la repercusión, en las áreas de funcionamiento personal, de todo el conjunto de acciones dirigidas a la evitación. O sea, las limitaciones en aquellas facetas importantes para el cliente, bien por abandono o porque nunca las haya cultivado, en tanto que se haya dedicado al consumo, entre otras acciones de evitación. Por último, hasta qué punto el cliente percibe la discrepancia entre lo que busca para su vida (las cosas que realmente quiere y valora), lo que hace, y lo que consigue. Se trata de ver lo que obtiene de modo inmediato y lo que redunda, a largo plazo, en todas las facetas importantes para él/ella.

¿Qué hacer desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)?

La ACT (se utiliza el acrónimo en lengua inglesa ya que sirve para mostrar lo esencial: actuar en dirección) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) se diseñó, específicamente, para el abordaje del TEE. No es el objetivo del presente artículo describir la conceptualización

y características de sus elementos y base experimental (además, del texto original de Hayes *et al.*, 1999, véanse, Dahl, Wilson, Luciano y Hayes, 2005; Hayes y Strosahl, 2004; Luciano, 2009; Luciano, Valdivia, Gutiérrez, Ruiz y Páez, 2009; Wilson y Luciano, 2002); tampoco pretende ser un artículo para analizar la evidencia experimental de sus métodos y su efectividad y eficacia (véase, Hayes y Strosahl, 2004; Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Hofmann y Asmundson, 2008; Öst, 2008). En este artículo sólo haremos una síntesis de sus características clínicas en su aplicación a los problemas de consumo de drogas.

Como alternativa a la evitación experiencial -a los intentos de regulación cognitiva y emocional para poder vivir, ACT plantea la aceptación psicológica, es decir, el estar dispuesto a notar, a contactar, a sentir y pensar lo que traigan, en cada momento, las circunstancias actuales según la historia personal. Es estar dispuesto a aceptar las sensaciones y pensamientos problemáticos (en el ejemplo anterior, la sensación de ser incapaz intelectualmente, las dudas e insatisfacción general con la carrera, etc.), siempre y cuando hacerlo esté en relación con cosas valiosas para la persona (ser una buena estudiante, progresar en el conocimiento, conseguir un título que le permita ser autónoma, etc.). En ACT, el cambio de los eventos privados aversivos (por ejemplo, eliminar la angustia de ser incapaz) no es el objetivo primario del cambio terapéutico, como sí lo sería desde el modelo cognitivo tradicional, o las terapias denominadas de segunda generación (Hayes, 2004). El objetivo esencial es alterar su función, cambiando el contexto en el que dichos eventos privados ocurren. En otras palabras, ACT se dirige a romper la reacción literal ineficaz, socialmente establecida en la historia personal, entre lo que se piensa, lo que se siente y lo que se hace. Se promueve una actuación ajustada a lo que las condiciones demandan según lo que la persona valore para su vida. El resultado es una reacción a los eventos privados (pensamientos, sensaciones, sentimientos, etc.) más flexible y ajustada, en la cual la persona no tenga que necesariamente evitar o escapar de lo que siente/piensa, sino que pueda elegir responsablemente qué hacer en cada circunstancia según lo que valore verdaderamente como relevante para ella.

Los estudios dirigidos a la evaluación de su eficacia en la alteración del uso y dependencia de sustancias han sido varios (por ejemplo, Gifford *et al.*, 2004; Hayes, Wilson *et al.*, 2004; Heffner, Eifert, Parker, Hernandez y Sperry, 2003; Hernández-López, Luciano, Bricker, Roales-Nieto y Montesinos, *en prensa*). No obstante, investigaciones en curso permitirán afianzar mucho más el trabajo en esta área y otras, más allá de la evidencia acumulada a través de diferentes trastornos psicológicos (véase, revisión de procesos y resultados en Hayes *et al.*, 2006).

En el tratamiento de las adicciones, el objetivo central en ACT es ayudar a los clientes a establecer contacto con el centro de sus dificultades -ir a la raíz del problema- y desde ahí, trabajar para que el cliente construya la vida que le dé sentido personal. Para ello, el trabajo en sesión estará dirigido al entrenamiento sistemático para afrontar las barreras cognitivas y emocionales ligadas a dejar consumir, siendo éste un objetivo elegido por el cliente porque le «abra la puerta» a actuaciones de valor personal. Para

la consecución de este objetivo central, el cliente no sólo tendrá que aprender a tomar contacto con el centro de sus dificultades y debilidades, sino que habrá de apreciarlas en lo que son y reaccionar con la vista puesta en el valor que sustente la abstinencia. Será preciso que flexibilice su reacción ante el conjunto de reacciones privadas repletas de malestar derivadas de la abstinencia con la droga (por ejemplo, la urgencia por consumir, nerviosismo, ansias, problemas de sueño, irritabilidad, tristeza, dudas, etc.). Y estar dispuesto no sólo a sentir los efectos de no consumir, sino la cascada de pensamientos que, de acuerdo a la historia personal, emergerán (por ejemplo, «no seré capaz de dejarlo», «soy un enfermo», «no puedo con esto», «sólo una vez más», «¿y si fracaso?»), etc.).

En el caso que se ha planteado, el centro de los problemas de Andrea tienen que ver fundamentalmente con una constante en su vida desde hacía tiempo: la profunda y dolorosa sensación de incapacidad personal y de insatisfacción y dudas con tareas académicas. La respuestas a preguntas como las siguientes sirven para clarificar direcciones de valor personal: ¿qué te gustaría hacer con tu vida?, ¿a qué la querrías dedicar?, ¿cómo quisieras verte como estudiante? o ¿qué te gustaría verte haciendo dentro de cinco o diez años? Estas preguntas (u otras intervenciones equivalentes con ejercicios a veces más drásticos y dolorosos, pero eficaces, por ejemplo, el ejercicio del Funeral [Hayes *et al.*, 1999; Wilson y Luciano, 2002]) marcarían el horizonte de la operación terapéutica. Ahora bien, para avanzar, la persona habrá de experimentar «esa cascada» de barreras según aparezcan desde el mismo momento en que se plantee la abstinencia y la ruptura o desmantelamiento del patrón de evitación experiencial. Cabe señalar que el conjunto de reacciones privadas (de pensamientos y sensaciones cargados de malestar) será ineludible y el malestar será considerablemente mayor al producirse las primeras acciones dirigidas al abandono del consumo. La pregunta que estará presente a partir de ahí, cada día y cada minuto, es si elige estar dispuesta a *sentarse con* todo el conjunto de sensaciones y pensamientos al iniciar la abstinencia -porque hacerlo se asiente en algo valioso para ella, o si elige rechazar ese malestar y perder todo lo que ello puede llevar consigo. Es la doble cara de cualquier elección personal. En el caso que nos ocupa, Andrea tendrá que elegir entre continuar haciendo lo que está haciendo o, bien, dar un giro hacia la aceptación de todo lo que trata de evitar y asumir las consecuencias de hacerlo. En ACT, los giros son acciones y, por tanto, al hacerlo la persona tendrá ineludiblemente malestar. El entrenamiento en «estar con el malestar» es potenciado mediante múltiples ejercicios de defusión que incluyen la desliteralización y, principalmente, la experiencia de diferenciar las dimensiones del yo. El objetivo es diferenciar la parte personal que llamamos YO, de los pensamientos y sensaciones que en cada momento pueden fluir. Esta diferenciación es el contexto para que el cliente adquiera la habilidad de estar en el presente, en el aquí y en el ahora, con los pensamientos y sensaciones que fluyan, y elegir hacer lo que es valiosa para ella. Las oportunidades para este aprendizaje han de ser múltiples, ya que múltiples serán los momentos en los que la persona habrá de elegir entre acciones valiosas o acciones que no tengan esa calidad personal. Las últimas serán experimentadas por el cliente

como acciones de escape y evitación con algo de beneficio a la corta pero considerable costo a la larga.

Los elementos esenciales en ACT pueden ser presentados de distintos modos. Es el caso de la presentación hexagonal de los componentes (véase, Hayes, Strosahl *et al.*, 2004) y es el caso de la presentación de los componentes de un modo más sintetizado (véase el texto original de Hayes *et al.*, 1999 y Wilson y Luciano, 2002). El contenido que sigue se basa en los textos generales y se presenta siguiendo la síntesis de componentes realizada en Luciano (2009) y Luciano, Rodríguez y Gutiérrez (2004). De modo simplificado, describiremos: a) la clarificación de valores y la aceptación que, inevitablemente, sustentan las acciones en la dirección clarificada, y b) los métodos dirigidos a generar distanciamiento cognitivo de los eventos privados y el malestar. Los apartados que siguen describen estos componentes en relación a diversos casos, comenzando por la necesaria relación o alianza que ha de establecerse entre terapeuta y cliente en el contexto de la guía esencial en ACT, las trayectorias de valor.

La clarificación de valores y el desarrollo de un contexto propicio para el cambio

La necesidad de una postura activa por parte del cliente en cualquier tipo de intervención que suponga un cambio personal –y resolver problemas psicológicos, inevitablemente lo requiere– es algo reiterado (*e.g.*, Auerbach, May, Stevens y Kiesler, 2008; Kohlenberg y Tsai, 1991; Miller y Rolnick, 1991), aunque no necesariamente comprendido en sus componentes técnicos. Por ejemplo, se sabe que han de ser los clientes quienes tomen las riendas del cambio, siendo los agentes directos de las decisiones que les conciernen. Sin embargo, en los casos de adicción pueden existir factores coercitivos que lleven a la persona a consulta: una orden judicial, la demanda y obligación de un padre que busca ayuda para su hijo, una esposa que amenaza a su marido, o una persona que quiere dejarlo porque se lo ha prometido a sus seres queridos, etc. En cualquier caso, es primordial que entre cliente y terapeuta, más allá de estos factores de presión, exista un horizonte construido conjuntamente, y nunca supuesto, en respuesta a la demanda de terceros o en la valoración *a priori* de que el abandono de las sustancias es algo deseable *per se*. Es esencial un horizonte común hacia el que dirigirse, que contenga valor personal para el cliente, esté claramente definido, e impregne de valor los momentos de dificultad, malestar y dolor que en la mayoría de los casos implicará el trabajo en sesión. Este lugar común hacia el que dirigirse se afianza desde el inicio del tratamiento cuando el terapeuta comunica al cliente, con palabras y con actos, que cuenta al máximo con su capacidad y su habilidad personal para tomar sus propias decisiones responsablemente y hacer frente a lo que ello suponga. Hacer responsable al cliente de sus elecciones (por sencillas que puedan parecer), aún en casos de deterioro social, abuso cronificado o limitaciones, es un paso necesario. Así se ilustra en la siguiente viñeta correspondiente al caso de Alfonso, un fumador crónico de 56 años diagnosticado de cáncer de pulmón con metástasis. Su mujer le ha concertado una cita para que le ayuden a dejar de fumar, él acude y después de recoger información general, se le plantea lo siguiente:

Terapeuta (T): Me gustaría que habláramos más detenidamente sobre por qué esto es importante para ti.

Cliente (C): Bueno, es bastante evidente, con el diagnóstico que tengo es hora que me lo plantee ¿no?

T: Bien, me gustaría saber, más allá de las cosas evidentes y que has mencionado, saber que te lleva concretamente a ti, ahora, a buscar ayuda para dejarlo.

C: No lo sé, la salud..., no se sabe hasta que la pierdes...

T: Explicame un poco más ¿qué está significando esta pérdida de salud para tí?

C: Es que yo tampoco lo sé, me lo preguntas y no sé si quiero dejarlo realmente. Mira, voy a ser sincero contigo, si tuviera información certera sobre las posibilidades de mejora en el pronóstico de mi enfermedad si dejase de fumar, pues igual tomaba la decisión. Ahora, si a estas alturas no va a cambiar nada, pues no creo que sea un buen momento para pasarlo mal.

T: Veo que tienes dudas sobre dejarlo.

C: Tengo que ser sincero, no me voy a machacar cuando llevo 40 años fumando, cuando he probado de todo para dejarlo y he durado, como mucho, un par de meses sin fumar y ahora, cuando probablemente sea el final de mi vida, empeñarme en ello y sin que esto me beneficie, pues no sé.

T: Desde luego tiene que ser una decisión difícil...

C: Ufff, claro, es que no se qué hacer.

T: Entiendo tus dudas y más, ahora, en estas condiciones bastante críticas. Para empezar, sí que te agradezco la sinceridad con la que me estás hablando. Si vamos a trabajar juntos es fundamental que ambos tengamos claro el objetivo, si no cada uno va a estar tirando en direcciones diferentes y, bueno, ya sabes lo que pasa cuando en un equipo cada uno tira para su lado...

C: Ya me he engañado bastante y he engañado bastante a otros sobre esto.

T: Cuéntame un poco más ¿qué te ha hecho venir ahora?

C: He venido porque mi esposa me insiste, parece que no se da cuenta de lo que está ocurriendo y me presiona todo el día, ella lo está pasando francamente mal.

T: ¿Te importa como está tu esposa y cómo le afecta lo del tabaco?

C: Claro, si lo hago más que nada para que se tranquilice un poco, es que me ve fumando y se descompone. Si es que yo la entiendo y quisiera hacerlo por ella sabes..., pero, para qué, para qué hacer semejante sacrificio ahora... antes, vale, ¿pero ahora?

T: Bueno, venir aquí, acceder a acudir a la cita que ella ha concertado tiene que ver con hacer cosas por ella ¿verdad?, es decir que parece que hay algo que sí tienes claro.

C: Está ahí fuera, hoy se ha levantado más tranquila... Por otra parte, pienso que dejar de fumar es una meta que le debo a la gente que me quiere ¿sabes?, a la gente que ahora está sufriendo por mí, me lo debo a mí mismo. Tal vez debería planteármelo como la «última gran meta de mi vida», no estaría mal... Pero ¿a ti que te parece?, conforme hablo estoy cada vez más indeciso. A ti con la experiencia que tienes ¿qué te parece?

T: Yo no puedo decirte si o no, pero eso no tiene ninguna importancia aquí, ya que lo esencial en esto es lo que a ti te importe, lo que tú quieres que pase en adelante respecto del tabaco, de tu esposa, tus hijos... Yo no puedo contestarte esa pregunta, sería una falta de respeto hacia ti. Lo que sí puedo hacer es acompañarte en el proceso de hacerte preguntas y encontrar respuestas a lo que tú quieras, a lo que tú quieres hacer en adelante.

Tú eres el experto en tu vida, y eres quien tiene que decidir cuáles quieres que sean tus direcciones, yo solamente puedo estar aquí, a tu lado acompañándote en lo que elijas hacer.

C: Ya lo sé, eso es lo que siempre he pensado. Al final, eres la primera persona que no me dice lo que tengo que hacer, que no me da recomendaciones, estoy un poco harto de todo esto, ¿sabes?

Al iniciar el establecimiento de un contexto para la terapia y a lo largo de todo el proceso, el terapeuta tiene que dejar de lado sus propios valores respecto de lo que considera le convendría al cliente. Como en el caso anterior, para este cliente y cualquier otro, la elección ha de ser sustentada por él. Pueden proveerse opciones, pero el cliente ha de elegir con todo lo que ello suponga. En el caso que nos ocupa, el paciente optará por mantenerse fumando -y todo lo que ello suponga para él- o bien, dejar el tabaco con todo lo que ello traerá consigo. Por ejemplo, los temores (y otros contenidos privados) sobre el mal pronóstico, lo difícil que resulta el proceso y las escasas repercusiones que, posiblemente, tendrá el abandono del tabaco dado el estado avanzado de su enfermedad. Pero al lado de todo esto, también se harán presentes otros elementos con significado para él. Por ejemplo, dejar de fumar puede ser algo para nutrir su relación de pareja o su relación con sus hijos, etcétera. Darle la posibilidad de elegir, sin instruirle sobre qué hacer, es devolverle al cliente su dignidad y su libertad personal en estas condiciones críticas. Supone darle la palabra y permitirle un contexto para que elija libremente, aún en las peores condiciones.

Un aspecto esencial en ACT, en el proceso de construcción de un contexto valioso para la terapia, es que el cliente sepa que su experiencia será el cimiento sobre el que se apoyará la intervención, y la materia prima con la que se trabajará, de modo que, cualquier sentimiento, pensamiento o reacción que surja en sesión (la negativa inicial a tratarse, la ambivalencia respecto del consumo y el abandono, las reticencias y desconfianza con el terapeuta, etc.) serán objeto de validación por parte del terapeuta. No se discutirá sino que se validará su experiencia ante lo que quiere, lo que ha hecho para conseguirlo, y lo que, finalmente, ha conseguido a la larga. Estos serán los pilares del trabajo a realizar. Siendo así, no será necesario intentar convencer al cliente, ni argumentar, ni recomendar, informar o aconsejar. En definitiva, decirle al cliente lo que tiene que pensar, sentir o hacer, no sería un movimiento acorde a la libertad que tiene el individuo de elegir lo que quiere hacer en su vida asumiendo las condiciones de la misma.

El análisis funcional que se ha de hacer con el paciente sobre su estrategia de evitación (qué quiere, para qué lo quiere, qué ha hecho para conseguirlo, y qué ha conseguido finalmente), es un paso necesario para que el cliente experimente allí mismo en sesión el resultado de su estrategia (ver, más adelante, la *Desesperanza Creativa*). Allí, podrá experimentar si las recomendaciones sobre lo mejor para la salud le han hecho dejar de fumar; si los consejos o las amenazas por las que ha pasado en el pasado han servido para algo; si hacer lo que otros le dicen, sin más, le ha ayudado; si eludir sensaciones y quitarse de la cabeza pensamientos o consumir le ha sido útil a la larga,

etcétera. Es decir, la experiencia del cliente será la baza para dilucidar la efectividad de lo que hace y de lo que obtiene con el consumo de sustancias como recurso. En este punto, señalamos nuevamente, que el tratamiento implicará generar las condiciones para elegir libremente, aunque lo que el paciente elija pueda no ajustarse a lo que socialmente se juzga como bueno, a lo que los agentes de salud recomiendan sobre los efectos perniciosos para la salud del consumo de ciertas sustancias. En lugar de eso, el tratamiento profundizará sobre lo que el individuo añora y desea, tratará sobre la vida que esa persona quiere tener y la que tiene al consumir. El terapeuta estará allí no para juzgar o valorar su comportamiento, sino simplemente para exponer una dirección u otra (desde la ventaja que otorga la perspectiva, la experiencia y el conocimiento de las leyes que regulan la condición humana) y permitir que el cliente elija con la responsabilidad de lo que quiere y planificar con él las acciones a seguir y las barreras con las que trabajar.

Desde la conceptualización de ACT, la formulación de los valores se asienta en el conocimiento sobre el efecto de las contingencias y su transformación vía verbal, es decir, sobre la leyes que explican la formación de reforzadores condicionados y la formación de reforzadores verbalmente construidos, como direcciones o contexto de valor (véanse los textos de ACT y Páez-Blarrina, Gutiérrez-Martínez, Valdivia-Salas y Luciano-Soriano, 2006). Dicho esto, los valores tienen que ver con un sentido de dirección, con acciones elegidas en las que la calidad es lo que importa. Eso significa que en cada momento se puede elegir y que la calidad está siempre en el presente, en el aquí y ahora, como un contexto o base que empapa cada acción. En contraposición a esto, hay que señalar que dejar de consumir una droga no es un valor ni una meta en sí misma, sino que es una acción posible cada día respecto de la cual hay que buscar «qué puertas abre» o qué calidad tiene o qué permite alcanzar o cultivar. Finalmente, hay que volver a señalar que los valores no tienen nada que ver con sentirse bien de modo inmediato y en cada instante. Por tanto, un valor no es la ausencia de malestar o de dolor. De hecho, habrá numerosas oportunidades en las que el cliente actúe siendo fiel y consistente con lo que valore, como trasfondo o significado personal, y hacerlo irá acompañado de malestar. Esto, a la larga, proporcionará satisfacción y una sensación de paz con uno mismo.

En resumen, desde la consideración funcional/contextual en la que se apoya el modelo de ACT, el esclarecimiento de los valores personales es el eje del trabajo y ése es el contexto motivacional necesario para el cambio. Desde ese contexto, el cliente determinará lo que quiere conseguir para la propia vida y será el marco desde el que el cliente decidirá, dejar de consumir abruptamente o decidirá programar un consumo controlado, o emplear algún sustitutivo, etcétera.

Estar dispuesto a mantenerse sin consumir es estar dispuesto a enfrentarse al dolor que cada día intenta evitar, incluyendo los recuerdos que no puede controlar (por ejemplo, recuerdos traumáticos de la infancia), y al malestar derivado de los síntomas de abstinencia o de dejar de hacer algo que le gusta y que le genera satisfacción y disfrute inmediatos. Supone además enfrentarse con el dolor que conllevan las conse-

cuencias de haber consumido, por ejemplo, la pérdida de la pareja, de los hijos, la pérdida del trabajo, una afectación pulmonar, mal rendimiento físico, etcétera.

Trabajar para que un adicto se mantenga sobrio, sin consumir, es un trabajo complicado y sólo se conseguirá un efecto mantenido a largo plazo, si hacerlo está preñado de valor, si tiene sentido para él, si es un acto vinculado a una elección libremente asumida, vinculada a la posibilidad de enriquecimiento personal a pesar del malestar que ello contenga. Por tanto, el factor motivador más poderoso del que el terapeuta se puede valer comprende el esclarecimiento de las direcciones de valor del cliente. El significado personal que tenga la abstención es el único contexto que permitirá al adicto dignificar el precio de mantenerse sobrio. Es un paso valiente por el malestar que conlleva, pero con significado.

El trabajo en sesión para profundizar en la clarificación de valores es especialmente problemático con clientes que han vivido a expensas de reducir el malestar, sin más y de inmediato. Es el caso de las personas adictas que viven a expensas de las ganas, del deseo, las ansias, la sensación de euforia, de relajación; a expensas de los pensamientos de «no puedo,» «por uno más, no pasa nada,» «es la última vez que lo hago,» etc. El problema de ejercer una regulación evitativa, en la que la persona está fusionada a sensaciones y pensamientos, es que eso significa vivir atado al incontrolable mundo privado (incontrolable aunque dependiente de las leyes correspondientes). ACT tratará de enseñar al cliente a «romper las cadenas» con su necesidad de eliminar el malestar sin más; tratará de impedir la pérdida de dirección que resulta inevitable cuando uno se comporta fusionado a tales productos humanos.

La confrontación entre lo que importa, lo que se hace y lo que consigue permite que el cliente experimente el estado de Desesperanza Creativa. Un patrón cronificado y amplio en adicciones correlaciona con una cantidad notable de pérdidas (trabajo, pareja, familiares, amigos, salud, etc.). Pues bien, por doloroso que resulte situarse frente a estas pérdidas, más aún, cuando uno se da cuenta de la responsabilidad personal de las mismas, es una experiencia clarificadora. El contacto con el dolor es precisamente lo más valioso que el cliente tiene en su haber para cambiar su trayectoria. La razón está en que experimentar las pérdidas es un dolor que roza lo que más se valora. Darse permiso para estar allí –y estar allí con el cliente– es una experiencia creativa para el cliente. Estar presente con la pena que sobreviene ante esas pérdidas es el contexto necesario para elegir consumir o abstenerse. Parte de lo que acabamos de señalar, se muestra en el siguiente diálogo con Sofía:

C: Tampoco son tantos los problemas, es lo que tiene la coca. Alguna vez he estado con resaca en el trabajo, pero no se me ha notado, simplemente he dicho que estaba con jaqueca. Dos o tres veces al año, los lunes he avisado que no iba al trabajo por estar indispuesta, pero poco más, tampoco es que sea demasiado grave...

T: ¿Sueles tener estos pensamientos con frecuencia?

C: ¿Qué cosa?

T: El pensamiento de que «tampoco es demasiado grave», ¿te lo dices con frecuencia?

C: Sí. Es lo que solemos decir los fines de semana, en las fiestas...

T: Y cuando decís eso, ¿qué pasa?

C: Es el pistoletazo de salida.

T: Más allá de esos pensamientos que te vienen a la cabeza, quiero que vuelvas a cómo te va a ti y que sigamos explorando otras consecuencias, aunque sean mínimas, del consumo.

C: Pues mi hijo, él está por allí cuando consumimos, aunque nunca nos ha visto concretamente.

T: ¿Te preocupa esto?

C: Bueno no nos ha visto- rompe a llorar bruscamente – Es que le estamos dando ejemplo, el niño con seis años sabe lo que son las fiestas, sabe lo que es beber, sabe lo que es fumar y ¡no sé qué más sabe!, ¡soy la única que lo tiene en cuenta!

T: ¿Recuerdas alguna ocasión que haya sido especialmente problemática con tu hijo?

C: (se recompone rápidamente) Claro, pero no creo que sea demasiado grave.

T: De nuevo tu cabeza... Volvamos a buscar en tu experiencia.

C: Que no es grave me lo repito constantemente, trato de convencerme de ello.

T: Otra vez, tu cabeza... diciendo cosas... Háblame de lo que te preocupa con tu hijo.

C: Ha habido ocasiones en las que mi hijo ha estado completamente perdido, situaciones que yo he permitido porque he estado drogada y que él sabe que jamás las hubiese permitido, peleas con otros niños, estar levantado a altas horas de la noche.

T: ¿Esto es preocupante para ti?

C: Claro, es que después el niño hace berrinches, tiene que tener un caos.... Su madre, o sea yo, a veces dice unas cosas y, a veces, dice otras. Y encima me quejo porque el niño es rebelde... Ahora estoy recordando que una de esas noches, fui a meterlo a la bañera para darle su baño y el niño me gritó ¡que lo estaba metiendo con ropa! (rompe a llorar nuevamente). Es que es demasiado, soy una mala madre, ¿sabes las veces que lo he desatendido por estar drogada?

T: ¿Estás dispuesta a mirar qué notas cuando recuerdas esto y que hay allí de valioso para ti? Venga cierra los ojos...

En este momento, las opciones pueden ser varias. Una de las más eficaces para esta cliente fue darle la ocasión de experimentar esas sensaciones que resume en «ser una mala madre» y que, en su caso, es el lado oscuro de elegir drogarse. Permitir al cliente exponerse a esas sensaciones y pensamientos es la práctica múltiple que, necesariamente, ha de hacerse en ACT para que se produzca el distanciamiento entre la persona que resume en Sofía (y que es la parte cargada con lo que valora) y las ganas de drogarse y los pensamientos que vienen en cada momento. En este caso, Sofía se expuso a los pensamientos y sensaciones dolorosas que se presentaban, en cada momento, al recordar tantas situaciones en las que había desatendiendo a su hijo.

La Desesperanza Creativa será un aspecto que el terapeuta tendrá presente en numerosos momentos del proceso y es esencial desde el principio porque compromete la supuesta eficacia de la estrategia de regulación de la vida centrada, sin más, en no tener malestar. La toma de contacto con lo que importa, lo que hace cada día (especialmente en torno al consumo), y las consecuencias resultantes a corto y a largo plazo, desestabilizan el sistema que ha seguido el cliente. Esta experiencia resulta creativa

porque, a partir de ahí, el cliente experimenta que la estrategia no ha funcionado, en lo importante, y experimenta que no podrá funcionar. Sentir esas sensaciones es un hecho doloroso pero, a la vez, es un contexto esencial para elegir responder de otro modo ante el malestar y ante las ganas de consumir.

La indagación de las áreas valiosas afectadas por el consumo se puede realizar de un modo menos experiencial, por ejemplo, en la entrevista inicial o respondiendo a los formularios de valores (véanse manuales de ACT). En cualquier caso, *el análisis funcional del patrón de regulación* (lo que quiere, lo que hace para conseguirlo, y las consecuencias o lo que consigue a corto y largo plazo) supondrá una primera confrontación con el resultado de su funcionamiento y podrá servir para generar la experiencia de la desesperanza creativa. Cuanto más grado experiencial contenga la desesperanza (al contrastar la inutilidad o el coste negativo en su propia vida), más probabilidad habrá de que surjan respuestas emocionales. Será el momento para promover en el cliente la exposición a esas sensaciones. Y será el momento, también, para comenzar a discriminar que no es factible controlar todo lo que se quiere o, bien, el costo de hacerlo. Por ejemplo, no será posible evitar las ganas aunque la persona ponga todo su empeño en ello. Un modo de calmarlas es consumir pero, entonces, tendrá que aceptar el precio inevitable en áreas valiosas a nivel personal. Sofía tendrá que elegir cada día entre dos opciones: una, reducir el malestar y las ganas de consumir, unido al coste personal, o dos, estar presente con las ganas y el malestar, pero tener a su hijo atendido. Son dos opciones y cada una de ellas tiene dos lados. Sofía siempre tendrá que elegir una de ellas. Cierto es que querría controlar las ganas a su voluntad pero las leyes que regulan estos procesos no responden a la voluntad, no pueden ser controlados ni planificados por la persona como uno puede hacerlo en otros aspectos de la vida. En cambio, el acto de beber o no beber, encender o no encender un cigarrillo, comprar o no cocaína, son actos que sí están bajo control de la persona (en tanto que la historia personal, a nivel verbal, permite elegir y transformar las funciones presentes). Sin embargo, estos actos no serán «gratis» debido a las leyes que gobiernan nuestro comportamiento. En suma, el cliente tendrá de aprender que para ganar control sobre su vida habrá de tener control sobre su acto de consumir (por ejemplo, beber) aunque las ganas le sobrevengan. Para ello, habrá de estar dispuesto a tener el deseo de beber, los pensamientos sobre su consumo, las dudas sobre la propia habilidad para mantener la sobriedad, recuerdos sobre lo que se ha hecho mal, las experiencias dolorosas resultado del abuso, etc. Y, a pesar de todo ello, no necesariamente beber,

En el contexto del trabajo con adictos es frecuente encontrar a personas con cierto deterioro social o psicológico, con una historia de múltiples intentos por dejar de consumir, con experiencias repetidas de fracasos y pérdidas y que lleguen a consulta verbalizando que en el momento presente ya nada les importa en su vida, que son desgraciados, que su vida no merece la pena ser vivida. Desde ACT se asume que todas las personas tienen direcciones de valor y que el pensamiento «no hay nada que merezca la pena» emerge siguiendo las leyes que regulan el comportamiento verbal y la cognición. Sin embargo, se considera que no es más que un pensamiento inevitable

que surge, por ejemplo, cuando uno compara las posibilidades pérdidas, con la vida de hoy y la de antes o lo que ya no podrá hacer. Actuar fusionado a tal pensamiento es un ejemplo de evitación experiencial, es un actuar sin ver lo que hay debajo de la frustración, lo que hay más allá de los sentimientos de incapacidad, de falta de voluntad y dolor. Por tanto, asumir que las personas no nacen con tendencias a ser adictos, sino que están atrapados por las contingencias del patrón inflexible de evitación experiencial y, así, se comportan fusionados al malestar o a la urgencia de pasarlo bien, permitirá rastrear y encontrar las direcciones de valor y utilizarlas como soporte del trabajo terapéutico.

Las leyes que regulan la formación de los eventos privados (incluida la formación de lo que denominamos «uno mismo» o «el contexto del yo») permite aislar las condiciones responsables de una formación problemática de las dimensiones del yo. Igualmente, esas leyes también permiten disponer las condiciones para que la persona pueda aprender a estar a salvo a pesar de pensamientos o sensaciones molestas. En suma, los humanos estamos verbalmente hechos para formar eventos privados cargados de malestar, podemos haber aprendido a actuar fusionados a ellos, o bien podemos haber aprendido a comportarnos sin estar fusionados al malestar. En este último caso, podemos aprender a actuar sin fusión.

Procedimientos de de-fusión: des-literalizar y diferenciar las dimensiones del yo

La aceptación del malestar y resto de pensamientos y eventos privados requiere flexibilidad ante ellos, es decir, requiere la habilidad de estar dispuesto a contactar con ello y actuar en la dirección valiosa. Los métodos para conseguir esta habilidad son métodos clínicos centrados en la potenciación de la discriminación de las dimensiones del yo. No es el lugar para exponer los procesos verbales involucrados en estos métodos, como tampoco lo ha sido para los correspondientes en la clarificación de valores y la desesperanza creativa (véase Luciano, 2009). Sirva aquí tan sólo que los métodos clínicos incluyen metáforas y ejercicios experienciales de diversos tipos (que, como su nombre indica, implican la exposición como elemento esencial).

La exposición a los eventos privados, al malestar, no tiene el propósito de reducir tal malestar. No obstante, los procesos involucrados han demostrado que la exposición puede llegar a reducir el malestar en ciertas condiciones. El objetivo de cualesquiera técnica de de-fusión se orienta a la flexibilidad de reacción ante el malestar, sin pretender modificar el contenido de los pensamientos, o las sensaciones, ni sustituirlos por otros. Tampoco se busca disminuir su frecuencia o su ocurrencia. Se pretende que la persona los aprecie por lo que son y pueda diferenciarlos de ella misma. Para ello, se busca cambiar su función a través de un cambio en los contextos problemáticos que sustentan la regulación ineficaz (las funciones de literalidad de las palabras, de los pensamientos, la fusión a las evaluaciones de bueno o malo de las emociones y pensamientos, la fusión a las numerosas razones que justifican la evitación, etcétera). Como es bien conocido, dejar de usar una droga generará sensaciones cargadas de malestar y, a la par, nume-

rosas razones que justifiquen la evitación. Por ejemplo, la urgencia y el deseo por consumir, la intranquilidad, el nerviosismo, los recuerdos de lo hecho, los juicios de valor, los argumentos y justificaciones sobre el uso y la dificultad del abandono, etcétera. Además, surgirán reacciones derivadas de intentar «retomar las riendas de la vida». Por ejemplo, al retomar una relación de pareja o buscar un trabajo, se harán presentes el temor, la culpa, la inseguridad, incertidumbre.

La aceptación y los métodos de de-fusión se emplean para generar la inflexibilidad psicológica ante cualesquiera de los eventos privados anteriores. Diferentes ejercicios (preferentemente con los ojos cerrados) servirán para practicar la exposición al hecho de pensar y sentir y a los pensamientos y sensaciones que vayan fluyendo en cada momento. A la exposición se unirá la intervención explícitamente dirigida a practicar el distanciamiento desde la perspectiva del yo como contexto. El objetivo de todos estos ejercicios es que el cliente se mantenga en el «aquí y ahora» con la activación emocional a fin de eliminar la fusión que conduce a la evitación. Para todo ello, es indispensable que el terapeuta posibilite la presencia de todos los eventos privados, y facilite al cliente la experiencia de «sentarse con el malestar» y elegir qué hacer. La siguiente transcripción del caso de Mónica, una consumidora crónica de sustancias (alcohol, cannabis y cocaína) muestra lo anteriormente indicado. Cuando el terapeuta estaba revisando su patrón de consumo, la cliente refirió estar notando ganas de consumir:

C: Ufff... !, es que viendo todo esto me están dando unas ganas, claro, pienso que todo esto está muy mal, pero si pudiera ahora me metería un tiro (muestra signos de activación)

T: ¿Qué sensaciones tienes ahora?

C: Ganas (tensando la cara).

T: ¿En qué parte del cuerpo notas las ganas?

C: Es como un picor en la nariz (hace gestos, movimientos con la nariz, se la toca).

T: Cada vez que notas ese picor en la nariz...

C: Cuando lo noto es que ya estoy... suelo activarme mucho, anticiparme a la posibilidad de consumir y empiezo a tener sensaciones desde antes.

T: Entonces ¿qué haces?

C: Pues consumo, es algo irrefrenable.

T: Te invito a que hagamos un ejercicio, a que te mantengas abierta a la sensación de ganas, tal como la notas ahora.

C: Vale (sigue tocándose la nariz y suspirando).

T: Cierra los ojos. Quiero que notes tus ganas y que intentes identificar una escena en la que hayan aparecido sensaciones similares a las que estás notando ahora mismo.

C: Pues sí, el fin de semana pasado, tenía muchas ganas, estaba frente a un tiro, preparándomelo con la tarjeta y notaba esto.

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

C: Ya.

T: Dime ¿qué estás notando en este momento?

C: Ganas... no doy más (abre los ojos).

T: Mantente con los ojos cerrados Mónica.

- C: Es que es demasiado.... no aguanto (se mueve intranquilamente en la silla).
- T: Déjame preguntarte una cosa, cuando notas esta sensación ¿qué haces?
- C: ¡Meterme la raya!
- T: ¿Y cuando la inspiras...?
- C: ¡Se pasa!
- T: Vale, ¿te gustaría, aquí y ahora, conmigo hacer otra cosa con esta sensación?, ¿practicar estar con esta sensación e intentar hacer algo diferente?
- C: Vale (suspira).
- T: Quiero que localices esas ganas en tu cuerpo.
- C: Es un picor en la nariz, necesito rascarme.
- T: Mantente con el picor en la nariz, e imagina que la prioridad ahora mismo es no moverte, quiero que te mantengas con esa sensación, no hagas nada por cambiarla y que te veas a ti misma notando esa sensación.
- C: Ya... Ahora en la garganta como si tuviera una burbuja, ahí transparente.
- T: Observa esa burbuja, no hagas nada, simplemente mírala delante de ti, ¿es grande o pequeña?
- C: Es grande, abarca toda la garganta.
- T: ¿Es liviana o pesada?
- C: Es ligera, transparente, como un vacío que me asfixia.
- T: Vale, imagínate ahora que puedes coger esa burbuja transparente entre tus manos, ¿la tienes? ... desde la garganta la coges con tus manos y la colocas delante de ti. Ahora, contempla la burbuja delante.
- C: Me he imaginado chupando la tarjeta y estoy teniendo arcadas, como náuseas (haciendo muecas y ansiosamente).
- T: Puedes darte permiso, aquí y ahora, conmigo, para estar abierta a notar esas sensaciones, que le des un espacio, que dejes éstas sensaciones que no te gustan estar ahí, contigo, que aflojes tu lucha contra ellas... dime ¿dónde notas estas sensaciones?
- C: En la boca, en la garganta, se me llena la boca de saliva (tragando).
- T: Nota la saliva en tu boca, las sensaciones de arcadas en la garganta, no hagas nada con ello Mónica, simplemente obsérvalo. Si le dices una forma, ¿cuál sería?
- C: Es como si tuviese un globo, una bola grande.
- T: Observa esa bola, ¿qué color le pondrías?
- C: Marrón - hace muecas de arcadas -.
- T: Nota esa bola marrón grande allí en la garganta, en la boca. Mantente con ella y ahora, coge la bola grande y marrón entre tus manos y una vez que la tengas, ponla delante de ti y observa la bola allí delante..., obsérvala desde arriba..., desde abajo..., desde un lado...
- C: Me estoy agobiando.
- T: ¿Dónde notas el agobio?
- C: En todo el cuerpo, desde la punta del pie hasta la cabeza ¡no doy más! – (está visiblemente inquieta, se retuerce en la silla, cambia de posición).
- T: ¿A qué se parece ese agobio?
- C: A que me quiero mover, no aguanto las ganas de moverme, quiero terminar.
- T: ¿Se parecen estas sensaciones a las ganas de consumir?, ¿podríamos aprovechar para notar éstas ganas sin hacer nada con ellas?
- C: Vale, es esa inquietud previa.

T: Imagina que la prioridad en este momento es quedarse completamente inmóvil, pongamos que quedarse inmóvil aquí y ahora, es como cuidar de tu hija diariamente, ¿estás dispuesta?

C: Claro.

T: Mantente abierta entonces a las ganas de moverte, nótalas, mantente cerca de ella.

C: ¡Ay! Es como si fuese un contorsionista en una caja, me siento así, completamente tensa.

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

C: ¡Qué no doy más!, ¡me quiero mover!, ¡es insoportable!

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

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

T: ¿Se parece en algo esta sensación de ganas de moverte con la de ganas de consumir?

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

T: ¿Te merecería la pena seguir adelante con ella, aprendiendo a llevarla al lado, y eligiendo hacer otra cosa?

C: Sí venga.

T: Quédate un rato notando lo que dice tu mente ahora mismo..., nota las sensaciones que tienes en el cuerpo..., Ahora tienes la oportunidad de acabar con el ejercicio o continuar durante un par de minutos más. Tú eliges. Si renuncias a seguir porque el malestar es algo, eso sería como...

C: Quitarme esta sensación, aliviarme, meterme el tiro...

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

C: Estar con el mono.

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

C: Quiero dejarlo ya, pero voy a elegir seguir, venga... (se continúa con más ejercicios).

Ejercicios de «fiscalización» de las sensaciones, emociones y pensamientos son muy potentes y pueden llevarse a cabo como se ha mostrado o bien mezclados con discriminaciones para establecer explícitamente la diferenciación de la persona y sus eventos privados (véase, a continuación). Si los pacientes muestran ciertas habilidades de distanciamiento, estas ocasiones de exposición tendrán un considerable efecto y serán la ocasión para la aceptación. De todos modos, la habilidad de diferenciarse de los pensamientos será necesariamente potenciada al introducir los ejercicios de exposición siempre que estos últimos vayan unidos a ejercicios experienciales dirigidos a la discriminación de las dimensiones del yo (véanse Hayes *et al.*, 1999; Luciano, 2009; Luciano, Valdivia, Cabello y Hernández, 2009; Wilson y Luciano, 2002). Adicionalmente, pueden llevarse a cabo numerosos ejercicios para «des-literalizar» los pensamientos. Por ejemplo, repetirlos muchas veces, cantarlos, decirlos al revés muchas veces, hacer voces con ellos, etcétera (véanse Hayes *et al.*, 1999; Wilson y Luciano, 2002). Como antes, estos ejercicios de desliteralización pueden producir efectos en la diferenciación de las dimensiones del yo. Si no fuera el caso, ese efecto –necesario– se garantiza realizando ejercicios múltiples dirigidos, explícitamente, a ese fin (véase más adelante).

En todo caso, el terapeuta estará atento y propiciará el contacto con lo que viene en cada momento; por ejemplo, son típicas las resistencias de los clientes para llevar a cabo algún ejercicio, argumentos en contra o a favor del consumo, justificaciones, responsabilizar a otros, darle muchas vueltas e intelectualizar la intervención, cambiar de temas, resistirse a realizar compromisos públicos, responder agresivamente a algo que el terapeuta diga, tratar de manipular al terapeuta, etcétera. Todas estas reacciones son «ejemplos de conductas clínicas» (en el sentido de *Functional Analytic Psychotherapy, FAP*, Kolhenberg y Tsai, 1991) (véanse equivalencias entre ACT y *FAP* en Luciano, 1999) y son una ocasión ejemplar para permitir al paciente elegir la aceptación a través de cualesquiera de los métodos dirigidos a la de-fusión y para permitirle experimentar la escasa eficacia, en lo importante, de dejarse llevar por todos esos pensamientos y sensaciones. Cuando el cliente es capaz de tener pensamientos y verlos como meros pensamientos, como un proceso verbal que fluye, pierden su poder de control en la regulación del comportamiento, y dejan de tener un papel crucial en las elecciones que se realizan. Es decir, actuar habiéndose dado permiso para tener pensamientos y sensaciones problemáticas, permite estar plenamente en lo que se está haciendo y eso, inevitablemente, incrementa la sensibilidad a las contingencias del comportamiento.

Debido a las interacciones verbales que conforman la construcción del yo (de los contenidos y proceso del yo y del contexto, resultante, que los sostiene) (véase Hayes *et al.*, 2001; Luciano, Valdivia, Cabello *et al.*, 2009), es posible una de-fusión de los pensamientos, las sensaciones, los recuerdos, etc.). La fusión cognitiva dificulta considerablemente que la persona pueda situarse por encima de dichos contenidos y actuar de modo valioso. Así, es posible que el individuo se fusione con los contenidos derivados de lo que se denomina auto-concepto, sin diferenciarse de ellos mismos. Por ejemplo, al decir «soy incapaz de mantenerme limpio» la sensación de incapacidad no se experimenta como una sensación, como una valoración sobre sí mismo, sino que el individuo se estaría identificando con dicha sensación. La fusión con ese contenido del yo, construido verbalmente, es problemática, ya que la persona responde a ese contenido literalmente, sin distancia del mismo y, por tanto, la acción resultante no necesariamente se ajustaría a lo importante para la persona. Por ejemplo, en el caso de una recaída -y según la historia personal- pueden derivarse pensamientos de «nunca haré algo bueno en mi vida», «siempre volveré al mismo círculo» o «sólo puedo hacer daño a quienes quiero». En la medida en que se responda a estos pensamientos literalmente en vez de verlos como pensamientos que uno tiene y en la medida en que se pierda la distinción entre estos pensamientos y el contexto de la persona que los tiene, la aceptación de los mismos y el retomar las riendas de lo que se quiere conseguir se torna casi imposible. Por tanto, la solución será, como con el resto de pensamiento y sensaciones que fluyen al hilo de historia personal, aprender a tenerlos y situarlos desde la perspectiva de uno mismo, es decir, desde el contexto del yo. La diferenciación entre los contenidos y el contexto del yo hacen posible la aceptación. Situarse plenamente consciente ante los eventos que fluyen, notar que fluyen, y darse cuenta de quién tiene los pensamientos y sensaciones, es un proceso experiencial considerablemente valioso

para elegir con responsabilidad y actuar centrado en lo que se está haciendo. A continuación, con motivo de los efectos de una recaída, se expone un ejercicio que potencia la «Diferenciación de las dimensiones del Yo» y, con ello, el necesario distanciamiento de los eventos privados. En sí mismo, la realización de este ejercicio es una elección más que se propone al cliente como un acto en dirección valiosa. Veamos un ejemplo de esa práctica de de-fusión:

C: Si es que te lo dije, miles de veces lo he intentado, me he repetido a mi misma que tengo que dejarlo ya, pero ya llevaba nueve días sin fumar y tuve una discusión en el trabajo, demasiadas exigencias y estrés y, bueno, volví, llevo dos días fumando.

T: Y bien, ahora, ¿qué quieres hacer?

C: Yo quisiera dejarlo, pero es que no soy capaz de conseguir los objetivos, he pensado que tal vez este no sea un buen momento, tengo tensión en el trabajo, estrés...

T: Vamos a ir recogiendo todo esto que te dices, todo lo que te da tu mente en este momento, y vamos a distinguir si son pensamientos y sensaciones y qué podemos hacer con ellos. «Miles de veces lo he intentado» ¿de qué se trata?

C: Bueno, eso es un pensamiento, un recuerdo de todo lo que he intentado.

T: Bien, también ha venido «yo quisiera dejarlo, pero no sé si podré» ¿de qué se trata?

C: Eso es un pensamiento.

T: Vale, es un pensamiento de futuro que te está visitando ahora. ¿Qué más?

C: Uff, es que son muchos...

T: Estás teniendo el pensamiento aquí y ahora de que «son muchos».

C: ¡Sí, claro! Bueno, el pensamiento que «no voy a poder conseguirlo», la sensación de «soy un fracaso», la idea de que «estoy estresada para hacerlo», el pensamiento de que «no es un buen momento».

T: Vale, te invito a que cierres los ojos para centrarte y te detengas en observar todos los pensamientos, sensaciones que te vienen cuando te miras fumando nuevamente después de nueve días sin hacerlo...

C: No me gusta, me viene la sensación de culpa, me viene unida a muchas cosas.

T: Céntrate en esta sensación que estás teniendo y dime dónde notas la culpa.

C: En los hombros, en el cuello.

T: Mantente con la culpa allí en los hombros y dime ¿si la culpa se pareciese a algo, a qué se parecería?

C: Como una losa sobre mi espalda, que me encorva, me pesa, me cansa.

T: Quiero que observes esa losa. Dime ¿es grande o es pequeña?

C: Es grande, abarca los hombros, el cuello, toda la espalda casi.

T: Vale, es una losa grande. Si tuviese un color ¿qué color le pondrías?

C: Es gris.

T: Esa es tu culpa, una losa gris. Mira si puedes observar esa losa en detalle. No hagas nada con ella, nota su peso ahí, mírala por arriba..., mira como la losa se apoya en tu espalda... Deja que esté allí contigo y pregúntate quién está notando esa losa. Dime ¿quién está teniendo esa sensación?

C: ... ¿Yo?

T: Vale, tú estás teniendo esa sensación, estás notándola.

C: Sí.

- T: ¿Quién ha dicho sí y quien se está dando cuenta de que acaba de decir sí?
 C: Yo.
 T: Vale, si tú desaparecieses en este momento, ¿dónde se iría esa sensación, esa losa?
 C: A ningún lado, desaparecería.
 T: Vale, ¿quién es el soporte de esa sensación?
 C: Yo.
 T: Entonces, ¿quién es más importante, la losa o tú?
 C: Yo.
 T: Vale, ahora imagina que la losa que tienes sobre los hombros la puedes coger con tus manos y la pones delante de ti... ¿la tienes? ... Ahora, observa la losa ahí delante. Imagina que la observas desde arriba..., ahora desde abajo..., ahora de un lado
 C: No es igual que antes. Parece distinta. Uff, me viene a la cabeza que he sido una tonta.
 T: ¿Quién está teniendo ese pensamiento?
 C: Yo.
 T: ¿Y quién es más, tú o tu pensamiento?
 C: Yo
 T: ¿Quién quieres que mande, tú o tu pensamiento «he sido una tonta, voy a fracasar, estoy estresada y no podré»
 C: ¡Yo!
 T: Quién está mandando ahora, ¿tus pensamientos o tú?
 C: Yo.
 T: Ahora, pregunta a esta parte de ti que dice YO y que sostiene todos los pensamientos y sensaciones que estás teniendo ahora mismo... pregúntate si ha dejado de ser importarte tu salud, tu independencia del tabaco, tu hija..., ¿ha cambiado algo de eso aunque hayas vuelto a fumar?
 C: No, eso está igual. Sigue siendo el camino.
 T: Vale, entonces, pregúntate ¿cuál es el siguiente paso? ¿Qué quieres hacer hoy?
 C: Volver a cero, pero es que no sé si podré.
 T: ¿Quién está teniendo el pensamiento de no sé si podré?
 C: Yo.
 T: Vamos a repetir yo soy Clara y estoy teniendo el pensamiento de no sé si podré mantenerme a cero.
 C: Yo soy Clara y estoy teniendo el pensamiento de no sé si podré mantenerme a cero.
 T: ¿Qué otros pensamientos estás teniendo?
 C: ¿Qué haré si vuelvo a caer?
 T: Repite, yo soy Clara y estoy teniendo el pensamiento de qué haré si vuelvo a caer.
 C: Soy yo y estoy teniendo ese pensamiento.
 T: Ahora, Clara, con ese pensamiento a tu alrededor, ¿qué quieres hacer nada más salir de aquí?
 C: Voy a dar una sorpresa a mi hija y la llevaré a merendar. Y voy a mirar el tabaco sin fumar.
 T: Tú eliges.

Las personas con adicciones suelen tener una larga historia con hacer compromisos y romperlos, de ahí el temor a comprometerse. Hay que aclarar que el compromiso

con el que se está trabajando no es con un resultado puntual, sino que se trata de un compromiso con una dirección valiosa. En esa dirección, el compromiso es con acciones valiosas y no con el resultado. En otras palabras, el compromiso de dejar de consumir no significa que no pueda haber una recaída. Si ocurriera, el compromiso con los valores sería la única guía para continuar. Por definición, el futuro no está bajo nuestro control, pero sí lo está la elección de qué hacer ante los pensamientos y sensaciones que se presentan en cada momento. Por definición, como cualquier persona, el cliente sólo puede elegir actuar en el momento presente, estando dispuesto al ciento por ciento a la responsabilidad que ello conlleva. Sabrá que si retrocede, siempre tendrá la oportunidad de volver a elegir. En definitiva, este compromiso significa que el cliente está dispuesto a dejar de consumir drogas porque esa elección está en consonancia con sus valores. Si bien, ese compromiso incluye la responsabilidad de elegir retomar el rumbo cuantas veces sean necesarias.

A modo de conclusión

El objetivo del presente artículo ha sido exponer el abordaje genérico del comportamiento adictivo desde el análisis funcional-contextual del comportamiento. Para ello, se ha descrito, brevemente, el patrón de regulación de la Evitación Experiencial Destructiva que encierra el comportamiento adictivo. También, se han descrito las características fundamentales de la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el caso de las adicciones, recogiendo los estudios que muestran la eficacia de ACT en la alteración de los comportamientos adictivos. La exposición de los contenidos de ACT se ha efectuado a través de diálogos que, a modo de ejemplo, ilustrarían la aplicación de las diferentes fases y componentes de ACT.

La práctica de ACT no es necesariamente fácil ni difícil, sino que es cuestión de poner las condiciones precisas para ello. En tanto que ACT es concebida como un modelo terapéutico novedoso y que la investigación para la comprensión de todos sus métodos y para la adquisición de las habilidades ACT, son aspectos –ambos– en curso, parece oportuno señalar que la formación en ACT por terapeutas noveles requiere del asentamiento apropiado de sus componentes y del desarrollo de las destrezas correspondientes bajo la práctica sistemática y supervisada por terapeutas expertos. Eso garantizará un buen ajuste entre teoría y práctica e incrementará la probabilidad de buenos resultados.

Como punto final de este artículo, y en línea con lo que llevamos tiempo señalando en distintos contextos, no queremos dejar de hacer explícito el compromiso de este enfoque con la investigación básica en análisis funcional, extendido al análisis de lo que se conoce como lenguaje y cognición (Teoría del Marco Relacional; Hayes *et al.*, 2001). Este compromiso ha sido determinante para perfilar las aplicaciones sobre la base de las contingencias y funciones derivadas o transformadas. Continuar con un apego constante a la investigación funcional sobre los procesos verbales implicados en cada uno de los métodos clínicos y elementos definitivos de ACT, es lo que está permitiendo

afinar considerablemente esos métodos y –lo más importante– entender las contingencias y transformaciones que contienen. Des-apegarse de ese compromiso o de esa investigación, significará dejar que la ACT vaya a la deriva con lo que ello implica. Principalmente surgirán múltiples acercamientos equivalentes pero que carecerán del sustento científico que ha permitido conocer parte de los procesos verbales implicados en la formación de los problemas y en su desmantelamiento. Sin el conocimiento de la investigación básica, el profesional no sabrá qué está manejando cuando utilice los métodos clínicos y por tanto, su flexibilidad ante nuevos casos, se verá mermada. En último término, en ausencia de un contexto científico que mantenga la comprensión y mejora de los métodos de ACT, su supervivencia, como terapia, se verá amenazada y su eficacia mermada.

Referencias

- Auerbach, S.M., May, J.C., Stevens, M. y Kiesler, D.J. (2008). The interactive role of working alliance and counselor-client interpersonal behaviors in adolescent substance abuse treatment. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 617-629.
- Ciairano, S., Bosma, H.A., Miceli, R. y Settanni, M. (2008). Adolescent substance use in two European countries: Relationships with psychosocial adjustment, peers, and activities. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 119-138.
- Dahl, J.A., Wilson, K.G., Luciano, M.C. y Hayes S.C. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain*. Reno, NV: Context Press.
- Forsyth, J.P., Parker, J.D. y Finlay, C.G. (2003). Anxiety sensitivity, controllability, and experiential avoidance and their relation to drug of choice and addiction severity in a residential sample of substance-abusing veterans. *Addictive Behaviors* 28, 851-870.
- Gifford, E.V., Kohlenberg, B.S., Hayes, S.C., Antonuccio, D.O., Piasecki, M.M., Rasmussen-Hall, M.L., *et al.* (2004). Applying a functional acceptance based model to smoking cessation: An initial trial of Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Therapy*, 35, 689-705.
- Gil Roales-Nieto, J. (1996). La adicción como conducta. Variables diferenciadoras y dimensiones de interés. En J. Gil Roales-Nieto (Ed.), *Psicología de las adicciones* (pp. 1-20). Granada: Ediciones Némesis.
- Golberd, S.R. y Stolerman, I.P. (1986). *Behavioral analysis of drug dependence*. Orlando, FL: Academic Press.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York, NY: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C. y Strosahl, K.D. (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Nueva York: Springer.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.

- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., *et al.* (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S.V., *et al.* (2004). A preliminary trial of twelve-step facilitation and Acceptance and Commitment Therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*, 35, 667-688.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Heffner, M., Eifert, G.H., Parker, B.T., Hernandez, D.H. y Sperry, J.A. (2003). Valued directions: Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of alcohol dependence. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 378-383.
- Hernández-López, M., Luciano, M.C., Bricker, J.B, Roales-Nieto, J.G. y Montesinos, F. (*en prensa*). Acceptance and Commitment Therapy for smoking cessation: A preliminary study of its effectiveness in comparison with Cognitive Behavioral Therapy. *Psychology of Addictive Behaviors*.
- Hofmann, S.G. y Asmundson, G.J.G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28, 1-16.
- Kenford, S.L., Smith, S.S., Wetter, D.W., Jorenby, D.E., Fiore, M.C. y Baker, T.B. (2002). Predicting relapse back to smoking: Contrasting affective and physical models of dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 216-27.
- Kolhenberg, R. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy*. Nueva York, NY: Plenum Press.
- Luciano, M.C. (1999). La Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 497-584.
- Luciano, M.C. (2009). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Manual Práctico*. Trabajo en curso.
- Luciano, M.C. y Hayes, S.C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 109-157.
- Luciano, M.C., Rodríguez M. y Gutiérrez O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in Experiential Avoidance Disorder and Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 377- 394
- Luciano M.C., Valdivia, S., Cabello, F. y Hernández, M. (2009). Acquiring self-Rules. En R.A. Rehfeldt e Y. Barnes-Holmes (Eds.), *Derived relational responding. Applications for earner with autism and other developmental disabilities*. (pp. 335-352). Nueva York, NY: New Harbinger.
- Luciano, M.C., Valdivia, S., Gutiérrez, O., Ruiz, F. y Páez, M. (2009). Brief Acceptance-based Protocols applied to the work with Adolescents. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 237-257.
- Miller, W.R. y Rolnick, S. (1991). *Motivation Interviewing*. Nueva York, NY: The Guilford Press.
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S. y Luciano-Soriano, C. (2006) Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 1-20.
- Öst, L.G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321.

- Törneke, N., Luciano, C. y Valdivia-Salas, S. (2008). Rule-governed behavior and Psychological Problems. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8, 141-156.
- Wilson, K.G., Hayes, S.C., Gregg, J. y Zettle, R.D. (2001). Psychopathology and psychotherapy. En S.C. Hayes, D. Barnes-Holmes y B. Roche (Eds.), *Relational Frame Theory. A post-skinnerian account of human language and cognition* (pp. 211-237). Nueva York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Recibido 11 de mayo, 2009
Aceptado 15 de septiembre 2009