

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica

Marisa Páez-Blarrina^{1*}, Olga Gutiérrez-Martínez², Sonsoles Valdivia-Salas¹ y Carmen Luciano-Soriano¹

¹Universidad de Almería y ²Universidad de Granada, España

RESUMEN

El presente artículo expone la relevancia que tienen los valores personales como componente necesario del tratamiento psicológico y las ventajas que se derivan del abordaje de los valores de forma explícita a lo largo del proceso terapéutico. Se muestra la importancia de analizar los valores del cliente implicados en la práctica de la Psicología Clínica y se describe el lugar que dan a los valores las terapias más relevantes. Se discute además del rol de los valores del cliente, el papel de los valores del terapeuta y la necesidad de que éste aprenda a discriminar cuándo sus propios valores funcionan como barreras en el proceso clínico. En este contexto, se expone la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como terapia centrada explícitamente en los valores personales del cliente.

Palabras Clave: valores, Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), psicología clínica, psicoterapia

ABSTRACT

ACT and the Importance of Personal Values in the Context of Psychological Therapy. The aims of the article are to show the importance of personal values in the context of psychological treatment. The advantages of an explicit approach to values during the therapeutic process are examined. We analyse the values involved in Clinical Psychology, and how different clinical perspectives address them. Besides the importance of client's values, the role of the therapist's values as an incentive for effective clinical work or as a barrier in the therapeutic change is analysed. All these points are considered in the context of the Acceptance and Commitment Therapy (ACT), as a therapy explicitly centred in client's personal values.

Key words: Values, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Clinical Psychology, Psychotherapy.

Como se ha expuesto en diversas ocasiones, el estudio de los valores constituye un campo interdisciplinario ya que éstos comprenden múltiples niveles de análisis, tanto en lo que se refiere al conocimiento de las variables responsables de los mismos, como en lo que tiene que ver con las acciones y prácticas implicadas en su surgimiento y alteración. De entre todos esos niveles de análisis (económico, antropológico, socio-

*La correspondencia sobre este artículo puede ser enviada a la primera y a la cuarta autoras: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Humanidades, Universidad de Almería, 04120-Almería, España. Email: marisa.paez@aecc.es mluciano@ual.es

lógico, por ejemplo), en este trabajo nos centraremos en los valores desde el punto de vista psicológico, asumiendo que su abordaje puede hacerse desde distintas dimensiones o niveles de análisis por las diversas disciplinas que se ocupan de su estudio (Leigland, 2005; Skinner, 1975). El análisis psicológico se ocuparía de explicar, al margen de la interpretación teórica que se ofrezca, la dinámica de la conducta humana dirigida a objetivos y metas, en la línea de los planteamientos de autores como Rokeach (1973) o Schwartz (1994) y, en nuestro país, Pelechano (2000). El estudio de los valores desde el punto de vista psicológico no viene a decir nada acerca de la entidad objetiva externa, del valor de verdad o de la naturaleza sustancial del valor, ya que este planteamiento llevaría a una serie de polémicas sin fin (Pelechano, 2000). Cerrando aún más el objeto de análisis del presente artículo, planteamos de partida que el tratamiento de los valores desde la Psicología Clínica se atiene al contexto o al marco de los procesos psicológicos vinculados con la implicación de los valores en el sujeto psicológico, circunscribiendo su estudio a la historia que conforma a la persona en su contexto. Conviene ya anunciar que el abordaje explícito de los valores en la Psicología Clínica es escaso, lo cual responde principalmente a que su estudio no encaja bien con el esquema defendido por la ciencia tradicional basado en la necesidad de objetividad. Otra razón tiene que ver con la diversificación teórica a que ha dado lugar el concepto de valor. En la literatura encontramos conceptos como creencias, esquemas interpretativos, actitudes o intereses, ante los que conviene plantearse si no se trata de teorizaciones distintas sobre el mismo fenómeno psicológico básico.

Algunas corrientes conceptuales asumen que la ciencia representa un tipo de conocimiento y actividad carente de axiología y que por tanto, de ella se deriva un conocimiento valorativamente neutral. Sin embargo, esta defendida objetividad despierta numerosas polémicas cuando nos referimos a la Psicología, en la que el objeto de estudio es el comportamiento humano. En este punto se hace imprescindible considerar las consecuencias que esto tiene en la práctica de la Psicología Clínica, ya que incluso el análisis a nivel más básico que se pueda hacer de un fenómeno o de una situación conllevaría un sistema de valores que se conforman y perpetúan o cambian en la historia personal e inevitablemente en la cultura que corresponda. No se puede negar, y centrando la cuestión en la propia actividad terapéutica o clínica, que desde las fases de evaluación hasta la propia intervención, como los criterios de eficacia y efectividad terapéutica, llevan consigo una serie de “filtros”, modos de percepción de la realidad, pautas de selección o principios de valoración (según se quiera llamar) en cuanto a las variables que se consideran relevantes en la interpretación de los fenómenos observados. Este conjunto de reglas para la observación, descripción y análisis de los hechos responden a planteamientos teóricos vinculados con los conceptos de normalidad/anormalidad, salud/enfermedad mental, estándar de funcionalidad, etc., y son justamente estas valoraciones las que definen la existencia de distintos modelos conceptuales y diferentes estrategias de intervención en Psicología Clínica.

Se tiene que considerar entonces que la práctica de la Psicología Clínica proviene de concepciones arraigadas históricamente que definen claramente posiciones valorativas. Igualmente los objetivos que cada terapia plantea están impregnados de valoraciones. Resulta una postura excesivamente ingenua asumir que el trabajo del

psicólogo clínico es aliviar el sufrimiento, porque también habrá una definición de sufrimiento a la base de determinado tipo de tratamiento y además porque el sufrimiento inevitablemente tendrá una cualidad social, y esto también implicará necesariamente el planteamiento de una valoración sobre el mismo. Así, la afirmación de que los terapeutas de cualquier orientación teórica tienen que permanecer libres de valores en su trabajo clínico parece ser una falacia, ya que los valores son ubicuos y, de manera más o menos explícita, son la guía del planteamiento terapéutico y de la toma de decisiones de los terapeutas.

Por otra parte y relacionado con lo anterior, el estudio de los valores introduce una tensión entre un estado de cosas y otro estado preferible, una tensión entre lo que *es* en comparación con lo que *debería ser* y marca así la posibilidad y dirección del cambio. Y es precisamente esto lo que se plantea en la Psicología Clínica, pues toda intervención clínica pretende modificar la situación actual en aras de otra condición que se considera axiológicamente preferible. Por ello, desde su definición y razón de ser, la Psicología Clínica representa funcionalmente algo que se pretende cumplir, alcanzar o poseer, y desde este punto de vista sería una manera de abordar la debatida cuestión de la teleología comportamental (Pelechano, 2000). Por tanto, la introducción explícita de los valores en la práctica clínica, entendidos como pasos a seguir según un horizonte al que se quiere llegar, debe ser objeto de análisis tanto a nivel del terapeuta como en relación con los valores de los clientes. En palabras de Williamson (1958) “*cada elección y cada acción deben estar basadas en la aceptación explícita o implícita de un valor*” (p. 524). Más adelante se fundamentará por qué es mejor si esto se hace de manera explícita.

En los párrafos que continúan se hará, en primer lugar, una breve presentación de los objetivos básicos de algunas de las diferentes aproximaciones terapéuticas en Psicología, y se discutirá cómo en todas y cada una de ellas existen y se ponen de manifiesto una serie de valores, en la mayoría de los casos de manera implícita, incluso en aquellas aproximaciones que se autodenominan libres de valores. Seguidamente se hará una breve descripción de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002), como enfoque centrado en el trabajo explícito de los valores de los clientes.

Se adelanta que la complejidad de los valores supera con creces la aproximación psicológica más compleja que se haya elaborado sobre ellos. Este artículo obviamente no pretende agotar el campo, máxime cuando los valores se van haciendo a lo largo de la ontogenia, o sea, son un producto de la historia personal. Sin embargo, en este artículo pretendemos exponer una aproximación al trabajo en valores que, desde un contexto sociocultural dado, pretende ser útil para la labor terapéutica realizada en ese contexto.

LOS VALORES EN DISTINTAS APROXIMACIONES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

A continuación se describe la manera en que diferentes sistemas terapéuticos han abordado el trabajo en valores personales en la arena clínica.

El *psicoanálisis* elude supuestamente el trabajo explícito en los valores del clien-

te, escuchándose en la condición neutral del terapeuta (Holmes, 1996). Técnicamente son definidas una serie de reglas orientadas a establecer y salvaguardar la alianza terapéutica con el paciente, a partir del mantenimiento de la neutralidad del analista. Cuando Freud describe esta neutralidad lo hace a partir de especificar un conjunto de condiciones y actitudes que tiene que mantener el terapeuta, a saber, la escucha atenta, el control de sesgos personales que pudieran influir en la dinámica del paciente, la equidistancia valorativa respecto del conflicto, etc; en definitiva, lo que se ha venido a denominar el “estado de abstinencia” (Pérez Álvarez, 1996). El psicoanalista actuaría como una pantalla sobre la que el paciente transfiere el pasado, limitándose a reflejar solamente lo que el paciente pone. No obstante, Freud no deja de reconocer una cierta implicación personal por parte del terapeuta que serviría de estímulo para el paciente. Con ello, pone de relieve la importancia del propio comportamiento del terapeuta, lo que le lleva a defender la necesidad de que éste se someta a sí mismo a análisis (psicoanálisis didáctico) como condición necesaria para la consecución de la pretendida neutralidad (Freud, 1984).

Sin embargo, tras esta supuesta neutralidad del analista, no deja de ser el terapeuta quien interpreta lo que subyace a lo que el paciente expresa, quien determina cuál es el *contenido latente* o a qué hace referencia lo dicho abiertamente por el cliente, quien atribuye significados a los sueños, olvidos, equívocos y lapsus del paciente, etc. Y esto inevitablemente supone hacer juicios de valor acerca de lo que es una conducta o una creencia aceptable. Si el “ego debe ser fortalecido” esto implica que el ego está débil, no desarrollado al completo o que no funciona adecuadamente, en definitiva, que existe un estado preferible al que se puede acceder. En resumen, los criterios para determinar que el cliente ha resuelto sus conflictos intrapsíquicos dependen del trabajo de interpretación del analista (Parrot, 1999). Esto significa responder a qué anda mal y, por tanto, qué interpreta el analista que ha de ser modificado, y ello indicaría su posición conceptual frente al problema.

El objetivo del *enfoque cognitivo-conductual* de la terapia es reducir al mínimo la ansiedad, la angustia, la culpabilidad, la depresión, el enfado y la intolerancia a la frustración, tal cual lo ha expresado Ellis en numerosas ocasiones (p. ej., Ellis, 1981). De forma genérica, las terapias cognitivas son terapias centradas en el problema en el sentido de que el punto fuerte del proceso terapéutico es el desentramado del sistema de creencias y atribuciones del cliente; una vez que ese paso está superado la terapia consiste en trabajar sobre ese sistema de creencias y observar cambios en la vida de los sujetos, como consecuencia. Los cambios comportamentales deseables, según las aportaciones de los autores originales, no parecen estar entroncados en valores personales de cada cliente, sino más bien se trataría de acciones entroncadas en los valores de la terapia, como se ha mencionado anteriormente, la reducción del malestar considerado en términos generales como el síntoma a eliminar. Y esto ocurre tratando de alterar tales síntomas antes o mientras la persona se ocupa de otros menesteres. Por ejemplo, sería valioso que el paciente aprendiera a relajarse para poder enfrentarse a situaciones (llamar a antiguos amigos, salir a bailar, hacer deporte, etc.) para reducir la ansiedad que las mismas provocan y cambiar las creencias respecto de ellas, o bien se discuten sus pensamientos irracionales como un requisito para solucionar sus problemas. En esta

aproximación, no es que no se contemplen -aunque indirectamente- los valores del paciente, sino que no son el punto central de la terapia. El valor de la terapia se sitúa en la cualidad de las emociones, de los pensamientos y recuerdos, en tanto que se entiende que su cambio es el foco o esencia necesaria para que el paciente actúe y resuelva sus problemas. Huelga señalar que en numerosos protocolos de tratamiento cognitivo-conductual, el paciente es alentado directamente a actuar, a comportarse de algún modo a pesar de que a la par se le estén proporcionando estrategias para controlar los pensamientos y sensaciones.

Con respecto a la *terapia gestáltica*, el valor u objetivo primordial es la toma de conciencia de las propias necesidades para poder revivirlas emocionalmente y “por fin cerrar lo que había quedado incompleto hasta ese momento” (Castanedo, 1988, p. 99). La toma de conciencia estaría a su vez implicada en la identificación de los valores personales del cliente, considerados como frases del cliente en forma de generalizaciones sobre el mundo. La identificación y toma de conciencia de los valores personales se consideran un paso esencial en el proceso terapéutico, aunque no se especifica cómo se llegan a identificar dichos valores, ni qué se hace una vez se han identificado. La ausencia de directrices a este respecto puede estar relacionada con el concepto de valor asumido en esta terapia, tomado del enfoque fenomenológico como su filosofía de base. Se entiende valor como juicio o dirección impuesta por el terapeuta, y puesto que al individuo se le supone la capacidad de determinar qué es bueno y qué no para él, entonces rehúsa hablar de valores y se autodenomina enfoque libre de valores. El cometido del terapeuta sería ayudar al paciente a percibir su conducta y las consecuencias e implicaciones de ésta sobre sí mismo y su entorno; a partir de ahí se respeta al paciente en su modo de conducirse sobre la base de dicho conocimiento. Aunque el enfoque se autodenomina libre de valores, el hecho mismo de respetar al paciente en los términos en que se hace, el hecho de contemplar el proceso de la toma de conciencia como el objetivo básico en terapia y por tanto centrar todas las estrategias y esfuerzos de terapeuta y paciente en dicho proceso, ya implican tener en cuenta, por un lado, una serie de valores, o dicho de otra manera, una serie de consideraciones acerca de cuál es el modo en que se debe conducir una persona con el objetivo de llevar una vida saludable. Por otro lado, y como en todas las aproximaciones, se apuesta también en ésta por un modo o estrategia para conseguirlo.

El objetivo general de las *terapias humanistas* está vinculado a que las personas consigan la auto-actualización, esto es, la realización del potencial humano. Subyace a esta perspectiva la creencia de que la persona que vive en congruencia con el *self* real es psicológicamente más saludable que un individuo que presenta un falso *self*. Rogers y Maslow, dos fundadores de la teoría humanística, destacaron algunas características de un individuo autorrealizado, a saber, una percepción realista, racionalidad, responsabilidad personal, capacidad para tener buenas relaciones personales y una vida ética. Claramente la teoría humanística valora algunas maneras de ser y no otras, y ya en esto observamos que un juicio de valor o preferencia se hace explícito. La teoría humanística está a la base de la *Terapia Centrada en el Cliente* de Rogers, que se resume a continuación.

Rogers dio fundamental importancia a la experiencia subjetiva del cliente, seña-

lando su modo de hacer como no directivo. Como se sabe, el objetivo de la Terapia Centrada en el Cliente es poner las condiciones para la comprensión del cliente desde su marco interno de referencia y la aceptación incondicional de su valor propio como persona. Aunque Rogers (1971) se refiere a los objetivos personales, metas y valores de sus clientes, no indica ningún procedimiento en particular para trabajar con ellos, sino que apuesta por la confianza en el organismo humano cuando éste funciona libremente y en que la persona responda por sí misma a las preguntas acerca de su objetivo en la vida, con lo que esta terapia ha quedado definida, igualmente, como un enfoque libre de valores. Sin embargo, es muy fácil apreciar que Rogers valoraba la autoorientación, la responsabilidad, la autonomía y la definición de significados personales. Pero ocurre que aunque la supuesta actitud no directiva pretenda eludir las valoraciones morales y la influencia en el cliente, existe evidencia empírica que muestra que el terapeuta rogeriano refuerza diferencialmente la conducta del cliente (Truax, 1966). En esta terapia, no se hace explícito el trabajo de clarificación de valores personales y tampoco procedimientos claros para conseguir la auto-realización.

La *terapia estratégica* y la *terapia familiar* tienen como denominador común el uso pragmático de la comunicación, así como el énfasis en la noción de sistema, en particular en el sistema familiar. La tarea del terapeuta consistiría en formular con claridad el síntoma presentado aquí y ahora por el cliente y planear una intervención en su situación social a fin de modificar dicho síntoma. Si bien en esta perspectiva se realiza una exploración de las metas de los clientes, tal exploración es empleada por el terapeuta estratégico para conocer su percepción y creencias acerca de la situación y así influir en la demanda del cliente. A partir de técnicas específicas, el terapeuta sugiere a los clientes cierto modo de ver los problemas, es decir, se viene a cambiar la queja del cliente según lo que el terapeuta considera que se puede cambiar o solucionar. La indagación explícita de las metas y objetivos de los clientes viene a ser sólo un método para conseguir información importante que permita al terapeuta asirse con los estilos de comunicación de los clientes, sus creencias, concepciones, actitudes y valores y, a partir de ahí, inducir en ellos un cambio delineado por la concepción de normal/anormal que sostenga el terapeuta en particular. Y en esto el terapeuta termina ejerciendo un control deliberado, destinado a influir en las verdades y creencias personales y familiares, haciéndose cargo de la verdad que rige al individuo y al sistema familiar. Con lo cual, la pretendida neutralidad que sostiene el enfoque, no existe, ni puede existir.

Dentro del *planteamiento existencial* de los problemas psicológicos, Víctor Frankl es, sin duda, el autor que mayor atención ha prestado a los valores y, en concreto, al significado de la vida dentro de la psicopatología y la psicoterapia. Él fue quién utilizó el término 'logoterapia' (de logos, significado, sentido o propósito). Frankl (1959) defiende que "*los valores son encontrados en el mundo, no dentro del hombre o en su propia psique*" (p.13). Con este acento en el "carácter objetivo" de los valores, Frankl expresa sus reservas acerca de la importancia que se debe conceder a procesos como la autorrealización o la satisfacción de deseos o impulsos en la búsqueda del sentido de la vida. Así, para Frankl, es la trascendencia de uno mismo la característica principal en la cuestión del significado y los valores, así como el autodistanciamiento (Frankl,

1961). El cometido de la logoterapia será precisamente que el paciente se haga conector de la responsabilidad que tiene de cubrir sus valores, de buscar el sentido de su vida. Aunque Frankl insiste en que cada cual tiene un significado que nadie más puede cumplir o llenar, estos significados únicos los incluye dentro de tres grandes categorías: a) lo que uno logra o entrega al mundo en forma de creaciones propias; b) lo que uno toma del mundo en términos de encuentros y experiencias; y c) la propia posición hacia el sufrimiento y hacia la suerte que no se puede cambiar (Frankl, 1992). Aunque Frankl defiende que la vida tiene un sentido de entrada que cada uno tiene que descubrir y cumplir, la logoterapia, de manera más o menos autoritaria, acaba ofreciendo al paciente ese significado. Esto mismo se observa al examinar los casos de otros terapeutas que enfocan su terapia en el significado de la vida. Por mucho que Frankl defina la “realización” o el “logro” como una “categoría obvia y evidente en sí misma” de la significación personal, la cuestión del significado vital no se puede entender al margen de las influencias sociales de una cultura en particular. Otras culturas contemporáneas están reñidas con el sentido de la vida orientado hacia las realizaciones, además de con el concepto mismo de “un propósito en la vida”, de modo que de nuevo nos encontramos con un entramado teórico embebido de valoraciones procedentes del contexto social en que se desarrolla, que se acaban transmitiendo al cliente de forma más o menos explícita. Ahora bien, es justo reconocer que la Terapia Existencial no se agota con Frankl y la logoterapia. Los planteamientos de otros autores, como las propuestas terapéuticas de Yalom (1984), con su énfasis en la voluntad, en la toma de responsabilidad ante la vida y en el compromiso, tienen una afinidad básica con la Terapia de Aceptación y Compromiso (Pérez Álvarez, 2001), como se verá más adelante.

De la revisión del abordaje de los valores en los diferentes sistemas terapéuticos realizada hasta ahora, se pueden extraer dos conclusiones fundamentales. Por un lado, todos los planteamientos psicológicos, con más o menos reservas dependiendo de su afinidad con el método científico, abordan aunque sea implícitamente el tema de los valores. Por otro lado se ha visto que ya sean modelos ‘psicodinámicos’, ‘experienciales’ o ‘cognitivos’, los valores han sido entendidos la mayor parte de las veces en términos de sentimiento o razón, incurriendo en la ‘psicologización’ de los mismos.

Una postura radicalmente distinta procede de una *perspectiva funcional o contextual*, en la que se pone el acento en la conducta y en las circunstancias históricas y presentes en la que ésta tiene lugar, de modo que frente a la concepción más extendida del mundo como obstáculo para la propia expresión, crecimiento o desarrollo personal, los valores, en términos conductuales, quedarían radicalmente vinculados al mundo en el que se realiza la vida y la circunstancia de cada persona en particular (Pérez Álvarez, 1996). Esto apela a la historia personal y, por tanto, al efecto de las contingencias y de la derivación de funciones verbales (Wilson y Luciano, 2002). El planteamiento filosófico del que partiría esta perspectiva funcional es, como se sabe, el conductismo radical. Skinner (1972a) ya desechó la idea de que los valores personales fueran elementos immanentes a la naturaleza humana. Frente a ello, propuso que las contingencias sociales definen los valores de las personas en un contexto determinado. Esta noción de contingencia apunta directamente a la importancia de las prácticas culturales, donde se pondrían de relieve la combinación de reglas y de contingencias, tanto próximas como

a largo plazo, en la determinación de los valores. Así, frente al reproche de que los planteamientos conductuales deshumanizan al hombre, Skinner dirá que lo que se hace es deshomuncularlo, al rechazar las explicaciones basadas en una supuesta interioridad en favor de una consideración ambiental, de manera que los problemas se plantean en términos de sus soluciones, en vez de dedicarse a hablar de ficciones (Skinner, 1974). Sostendrá Skinner que al cambiar de “el hombre en cuanto tal” a las condiciones de las que la conducta es función, se hacen posibles las mejoras prácticas “para el bien del individuo, para el mayor bien de la gran mayoría, y para el bien de la cultura o de la humanidad considerada como un todo” (Skinner, 1972b, p.67).

Esta aproximación funcional al estudio de los valores apela necesariamente al reconocimiento de su carácter socio-verbal en tanto que la conducta del ser humano es un producto de su historia y ésta es personal y ocurre necesariamente en el ámbito de la comunidad verbal de referencia (Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004). El planteamiento funcional de los valores se ha visto complementado y avalado experimentalmente en los últimos años con las investigaciones sobre lenguaje y transformación de funciones (p.ej., Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, McHugh y Hayes, 2004; Whelan y Barnes-Holmes, 2004) vinculadas con la teoría del marco relacional *-Relational Frame Theory (RFT)-* (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). Estos trabajos han demostrado la adquisición de funciones y generalización de respuestas a través de relaciones verbales o derivadas más allá del condicionamiento directo de dichas funciones y de la presencia de elementos físicos comunes entre estímulos. Estos datos están permitiendo explicar mejor múltiples facetas complejas del comportamiento humano (Hayes y Berens, 2004; McHugh, Barnes-Holmes y Barnes-Holmes, 2004), entre otras, las relaciones verbales que controlan el comportamiento humano orientado a metas y valores a largo plazo, que es lo que nos ocupa en este trabajo, es decir, los tipos de regulación verbal (Hayes, Gifford y Hayes, 1998; Hayes et al., 1999; Wilson y Luciano, 2002). La teoría del marco relacional y el sistema terapéutico que se ajusta a esta teoría, a saber, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), son recientes propuestas que están recibiendo una amplia acogida, pues abarcando el análisis clásico del comportamiento como esquema de estudio de los valores personales, por primera vez están ofreciendo además apoyo empírico a esta aproximación funcional de los valores. A continuación se describe más detalladamente la Terapia de Aceptación y Compromiso como una terapia explícitamente centrada en valores.

EL PORQUÉ Y PARA QUÉ DE LOS VALORES EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN COMPROMISO (ACT)

Algunas consideraciones previas sobre el modelo de psicopatología en ACT

En ACT, todo el proceso terapéutico parte de la asunción de que el problema del cliente no es tener ciertos pensamientos o sentimientos que se valoran negativamente, sino que el problema viene dado por el modo en el que la persona reacciona ante esos eventos privados. Esta asunción deriva de dos aspectos básicos de la filosofía de ACT. En primer lugar, como terapia basada en el contextualismo funcional, considera que el organismo interacciona como un todo indivisible con su contexto, de manera que la

especificación de diferentes sistemas de respuesta (fisiológico, cognitivo, motor), aunque puede resultar útil con fines didácticos, no debería usarse con fines explicativos. En otras palabras, los pensamientos no causan otros comportamientos, sino que pensamientos, sentimientos, respuestas fisiológicas, etc., constituyen conjuntamente la reacción de un organismo-como-un-todo a un contexto específico, por tanto deben también ser explicados, pues su uso como variables independientes constituye una descripción circular del fenómeno, una reificación, pero nunca su explicación causal (Hayes y Brownstein, 1986; Luciano y Hayes, 2001).

Se considera que el comportamiento (y de acuerdo con lo anterior, pensamientos, recuerdos, emociones o sentimientos son considerados comportamientos) depende del contexto actual e histórico, lo que significa que todas las reacciones del organismo (incluso los eventos privados) son “normales” en el sentido de que son las que se han conformado a lo largo de su historia, constituyen el repertorio del individuo y dadas ciertas circunstancias se hacen presentes.

Estrechamente relacionado con este último punto, ACT mantiene un concepto de salud psicológica entendida como el mantenimiento de patrones de comportamiento valiosos en las diferentes áreas importantes de la vida de una persona. En ACT se trabaja a partir de la asunción de que los “problemas psicológicos” no están dados por la presencia de ciertos contenidos psicológicos perturbadores (como pueden ser pensamientos negativos, recurrentes, sensaciones de ansiedad, tristeza, apatía, etc.), sino que los problemas surgen cuando estos contenidos privados adquieren un papel protagonista en el control del comportamiento, es decir, cuando estos contenidos terminan siendo relevantes y su credibilidad como causa del comportamiento termina dirigiendo las elecciones de la persona, quedando relegado a un segundo plano los valores fundamentales para la persona.

Mediante procesos del lenguaje los contenidos privados adquieren ciertas funciones que especifican diferentes modos de comportamiento (para una exposición detallada de la literatura sobre funciones verbales y su influencia en otros comportamientos, ver la serie de artículos dedicados a la Teoría del Marco Relacional (RFT) que publicó *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* en 2004 - volumen 4, números 2 y 3). Sea, por ejemplo, el caso de los recuerdos sobre un hecho desagradable que pueden confundirse con el propio hecho y terminar siendo tan dolorosos como él, haciendo que la persona reaccione ante ellos queriendo apartarlos de su vida en la creencia de que es la única manera en la que finalmente podrá vivir en paz. Sin embargo, apartarlos supone realizar una serie de comportamientos (por ejemplo, tomar drogas) que pueden implicar renunciar a multitud de acciones que harían que aparecieran los recuerdos temidos y como consecuencia la vida del individuo se reduciría al punto de que lo importante en su vida pasa a segundo plano, imponiéndose como objetivo primordial evitar, escapar o controlar estos pensamientos y sensaciones temidas, desagradables y vividas dolorosamente. Este patrón de comportamiento puede cronificarse debido a las contingencias a corto plazo que operan, ya que efectivamente estos intentos de control alivian inmediata y momentáneamente el malestar quedando el comportamiento de evitación reforzado negativamente. El problema es que a largo plazo este comportamiento se hace incompatible con el comportamiento dirigido a

acciones valiosas o importantes para la persona. Esta clase de respuestas de evitación que pueden llevar a que el sufrimiento psicológico natural sea vivido como trauma, es lo que se ha venido a llamar Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001). El TEE es una dimensión funcional diagnóstica desarrollada como modelo de psicopatología y propuesto desde el contextualismo funcional. Esta perspectiva permite incorporar una cantidad amplia de problemas psicológicos, que diferenciados formalmente como trastornos diversos, se han desarrollado y son mantenidos por contingencias funcionalmente equivalentes (Luciano, 2001). Es a partir de este sistema de funcionamiento psicológico sobre el que se trabaja con ACT.

Lo que es valorar en ACT

Ahora bien, para una comprensión completa de lo que son los valores desde la perspectiva de ACT y el rol que los mismos juegan en el desentramado de los problemas psicológicos definidos en la forma expuesta en el apartado anterior, se requiere una visión general del modelo de la terapia y de sus raíces en el conductismo radical.

Desde este marco conceptual, el comportamiento es generalmente moldeado por sus consecuencias, y en este sentido se diría que es inherentemente propositivo. El comportamiento operante es según Skinner (1974, p.55) “el terreno del propósito y la intención”; esto significa que gracias al comportamiento verbal, los humanos guiamos nuestra conducta no sólo por las consecuencias directamente experimentadas, sino también por las consecuencias verbalmente construidas como valores a través de procesos derivados. Existen diferentes clases de consecuencias construidas verbalmente, incluidas las metas concretas y los valores. Las metas u objetivos son eventos deseados específicos, cosas que pueden o no obtenerse; cuando las metas son alcanzadas en cierto modo se completan, por ejemplo, un ascenso en el trabajo, la consecución de un título académico, casarse, etc. No obstante estas metas están al servicio de direcciones vitales de más largo alcance. En el caso de un trabajo, éste puede contribuir al bienestar y la calidad de vida de la persona, a sentirse realizado profesionalmente; el casarse podría ir en la dirección de sostener, desarrollar y profundizar una relación de compromiso, amor e intimidad. Así pues, desde ACT se definen los valores como estas direcciones vitales globales, elegidas, deseadas y construidas verbalmente. Los valores pueden alcanzarse a partir de la conducta pero nunca pueden ser conseguidos como un objeto. La calidad de vida, la realización personal o el desarrollo de una relación de compromiso e intimidad nunca se completan del todo y perfectamente, no son tareas que se acaben en algún momento, que terminen, sino que siempre se podrá tener una mejor calidad de vida, crecer profesionalmente o enriquecer una relación. Como los valores no tienen fin, no se realizan completamente nunca, están siempre presentes como horizonte, trasfondo o marco del comportamiento y por eso son tan útiles: están siempre disponibles para dar un sentido al comportamiento, impregnar las acciones de dirección y propósito, aportar vitalidad a la conducta momento a momento. Los valores, el sentido de las elecciones que se realizan, transforman las funciones motivacionales del comportamiento, permitiendo su coherencia y flexibilidad (Wilson y Luciano, 2002).

Desde un punto de vista individual, valorar es algo intensamente personal y en un sentido profundo es elegir algo libremente. En esto hay un matiz que es fundamental diferenciar y es que, ACT como sistema terapéutico afincado en el punto de vista filosófico del contextualismo, sostiene como criterio de verdad la efectividad del comportamiento (Hayes, 1993). La verdad no es la correspondencia entre la forma de hablar y los eventos, sino el cumplimiento de los fines deseados, esto es, la verdad de las cosas es un concepto estrictamente pragmático; lo que funciona de acuerdo con los planes que se tienen según la experiencia es lo válido. Esto implica que los valores son fundamentales en ACT ya que proveen la medida, el canon a partir del cual las acciones son estimadas, y esto es así tanto en la definición de los problemas psicológicos, como en la determinación de la eficacia de las estrategias empleadas y de las diversas soluciones intentadas para su superación. De esto se deriva que los valores son elecciones, no juicios realizados por alguien que determina la perfección o imperfección de dichos valores.

Dado que todo comportamiento humano está impregnado de funciones verbales, generalmente las elecciones se realizan de forma conjunta con una serie de razones verbales concurrentes; por ejemplo, formulaciones verbales sobre las causas y los efectos, razones para no elegir otra alternativa, justificaciones, verbalizaciones sobre pros y contras, etc. Si la elección sobre lo que se va a hacer o lo que se está haciendo se relaciona con y es explicada en términos de estas razones, entonces la elección es un juicio. Si la persona en presencia de este tipo de verbalizaciones simplemente elige hacer un curso de acción con esas razones y no por esas razones, estamos hablando de una elección. En este sentido especial, tomar una dirección valiosa es una elección (y no un juicio). Si bien decimos que los valores como entidades abstractas, se materializan en metas y objetivos concretos, que a su vez requieren de acciones específicas para avanzar hacia ellos, es por esto que en ACT valorar no es creer, pensar o desear, en ACT valorar es actuar.

Datos sobre estudios experimentales y aplicados del trabajo en valores desde ACT

Siguiendo con la necesidad e importancia de los valores en terapia, son ya muchos los estudios empíricos que están poniendo de manifiesto la profunda transformación de funciones aversivas y discriminativas para la evitación y el establecimiento de funciones motivacionales que opera a partir de la implicación de los valores personales (para un análisis detallado ver los estudios de Gutiérrez, Luciano, Rodríguez y Fink, 2004; Páez, Luciano, Gutiérrez y Rodríguez, 2005; Luciano, Páez, Valdivia, Molina y Gutiérrez, 2003). La construcción verbal de valores y las acciones que ellos controlan ayudan a guiar a los seres humanos y perseverar en comportamientos aún cuando las consecuencias sean remotas o sutiles e incluso en presencia de dificultades.

En una serie de estudios experimentales y aplicados dirigidos a delimitar los efectos de diversos componentes de ACT, se está analizando el papel que el esclarecimiento de valores tiene en el cambio del comportamiento, o sea en el afrontamiento y superación de barreras psicológicas de diversa magnitud.

Estas intervenciones, se dirigen a alterar la relación sostenida por el contexto

social de referencia que sitúa el malestar como algo con un papel contrario a la vida, a la par que la satisfacción y comodidad inmediata se valora como algo necesario para poder vivir. El comportamiento de evitación se apoya en la regla que establece que son los eventos privados vividos aversivamente las causas de los problemas psicológicos, de modo que éstos son vividos como auténticas barreras para vivir, como algo inherentemente incompatible con tener una vida plena en la que se planteen y se trabaje en la consecución de propósitos importantes, es decir, como algo en directa oposición temporal con el cumplimiento de objetivos y metas incluidos en direcciones de valor. A la par, esta regla lleva implícita la solución lógica a estos problemas, y es que si estas barreras están en oposición temporal con tener una vida valiosa, hay que conseguir eliminarlas, controlarlas o evitarlas antes de implicarse en comportamientos significativos. Eliminando tal tipo de eventos la persona sería capaz de actuar en concordancia con lo que le importa o quisiera hacer u obtener para su vida.

A partir del análisis de los tipos de regulación verbal para vivir, que son las clases de relaciones verbales conducta-conducta establecidas en la historia personal, los estudios empíricos sobre valores se están centrando en la alteración de estas reglas del control de los eventos privados (búsqueda inmediata de placer y reducción inmediata del malestar). Los protocolos que se aplican procuran alterar verbalmente estas relaciones temporales de oposición por otras de coordinación, en las que los eventos privados vividos aversivamente (tristeza, ansiedad, recuerdos negativos, dolor, etc.) se incluyen en coordinación con direcciones valiosas, es decir, como parte inherente de avanzar a lo largo de caminos plenamente satisfactorios para la persona. Remitimos al lector interesado a estos y otros estudios para profundizar en el argumento de por qué ACT es una terapia donde los valores son explícitos y son la base de la intervención.

LA CLARIFICACIÓN DE VALORES EN ACT

No es éste el espacio para argumentar en detalle que ACT es una terapia centrada eminentemente en los valores de los clientes, por lo que estos apartados serán breves e incidirán especialmente en los aspectos relevantes que permitan ubicar el sentido y necesidad de hacer explícitos los valores en el proceso terapéutico, a la par que plantee de modo general el proceder técnico del terapeuta. Nos ceñimos pues a este objetivo, tomando como referencia diferentes manuales de la terapia disponibles (Dahl, Wilson, Luciano y Hayes, 2005; Hayes, Follette, y Linehan, 2004; Hayes *et al.*, 1999; Wilson y Luciano, 2002).

Dimensiones valiosas usadas en ACT

Lo que aquí llamamos “desentramado de los valores” consiste en una evaluación exhaustiva de los aspectos que son fundamentales para el cliente en cada una de las facetas en las que puede fraccionarse su vida. Los valores son profundamente personales, por eso en ACT no puede establecerse una lista correcta de valores; por definición cada persona tiene que establecer la suya propia. Es clínicamente útil examinar los valores en una variedad de dominios. Dado que las personas varían en la importancia

de dominios particulares según las circunstancias o en ciertos momentos de la vida, no existe una lista única y ésta debería poder ampliarse o restringirse libremente y de forma flexible según los propósitos de la intervención, la inmediatez de las necesidades y la propia jerarquía y prioridades que establezca el cliente. Normalmente los aspectos que se contemplan como posibles ámbitos de valor, son las relaciones familiares, la pareja, el trabajo, la formación y el crecimiento personal, el ocio y tiempo libre, la espiritualidad (como cada uno la defina), el trabajo y participación comunitarios, las relaciones sociales y de amistad, y la salud. Si bien son éstos los ámbitos que se suelen tener en cuenta, al cliente se le pedirá que indique cuáles de estos terrenos son valiosos, así como las direcciones por seguir en estos dominios y los objetivos y metas por alcanzar a mediano y largo plazo, que también son completamente idiosincrásicos. Además, se le pedirá que indique qué razones o motivaciones sustentan, en general, sus acciones o modos de vida, siendo importante conocer si son patrones de regulación verbal generalizados o contextualizados (véase Hayes *et al.*, 1998; Luciano y Hayes, 2001; Wilson y Luciano, 2002). En ACT, se hace relevante evaluar lo que controla las acciones del paciente en términos generales de modo que ya en el momento de la evaluación, o bien más tarde, el paciente pueda discernir lo que controla sus acciones y el costo personal a la larga. Por ejemplo, es relevante evaluar si casi siempre (a) hace las cosas porque otros le alaban o aprueban lo que hacen, o porque con ello consigue acabar con amenazas de otros (más o menos implícitas); o si casi siempre (b) hace lo que hace sin más buscando eliminar rápidamente, por ejemplo, los sentimientos de culpa o tristeza o de soledad o de angustia; o si casi siempre (c) hace las cosas por puro placer sin pensar en las consecuencias a largo plazo, porque lo pasa bien en el momento; o si al actuar como lo hace (d) busca eliminar el dolor y el sufrimiento o busca la satisfacción inmediata con el convencimiento de que esto es un aspecto imprescindible para vivir; o si casi siempre (e) hace las cosas porque al hacerlo entiende que su vida tiene un significado a la larga o que incluso lo que hace puede tener consecuencias que trasciendan su propia vida (véanse, Hayes *et al.*, 1998; Hayes y Strosahl, 2004; Hayes *et al.*, 1999; Wilson y Luciano, 2002).

En qué momento introducir los valores en ACT

Si bien inicialmente lo que busca una persona que acude a tratamiento psicológico es aliviar sus síntomas, hacer desaparecer la ansiedad, aprender a controlar sus pensamientos obsesivos, mejorar su estado de ánimo, sentirse más alegre, etc.; la pregunta que el terapeuta ACT tiene que hacerse y hacer directamente al cliente es al servicio de qué metas estaría el alivio del sufrimiento que le trae a la consulta. En otras palabras, el terapeuta tiene que indagar para qué quisiera obtener alivio, qué estaría haciendo si no estuviese como está (triste, deprimido, ansioso, etc.) (nótese la afinidad entre este tipo de intervención y la evaluación del estilo de vida que se hace desde el esquema psicoterapéutico adleriano, ver Pérez Álvarez, 1996). Es a partir de esta pregunta que se abren distintas posibilidades que terminarán siendo la verdadera razón de ser de la terapia. De esta forma se descubre que el alivio sintomático que busca el cliente no es un fin en sí mismo, sino que se encuentra a la base, según cree el cliente,

de la realización de una serie de aspectos que de manera más o menos clara constituyen lo auténticamente importante en esta persona. Se descubre que un cliente ansioso, por ejemplo, quiere quitar su ansiedad, aprender a controlarla para poder disfrutar y enriquecer sus relaciones sociales, para poder examinarse y avanzar en la universidad, para conseguir iniciar relaciones íntimas; otra persona si no estuviera triste, deprimida o apática como está, estaría teniendo una "vida normal", trabajando, atendiendo a su familia, planificando sus vacaciones, etc. Así pues, se afirma que los valores son una parte primordial del trabajo de ACT incluso desde la propia evaluación funcional, que tiene en consideración el nivel de afectación e interferencia que suponen los denominados síntomas del cliente en los mencionados aspectos importantes.

La importancia del trabajo en valores viene dada también porque difícilmente una persona cambiará su modo de actuación si su funcionamiento actual no le depara algún costo que lo sea, lógicamente para él. Sin un costo en los valores (como reforzadores construidos en la vida personal), no habrá malestar general, ni tampoco lugar para la terapia; aunque esta afirmación debe tener en cuenta que a veces la terapia se hace necesaria aunque la persona en principio no tenga un costo inmediato por lo que hace y, por tanto, no sea consciente de las limitaciones venideras. Tal es el caso cuando una persona no tiene problema aparente alguno pero sí lo sufren y lo detectan quienes conviven con ella (es el caso de niños y a veces adolescentes e igualmente algunos adultos).

El proceso de la terapia implicará pasar necesariamente por momentos dolorosos, molestos, que sólo se justifican si hacerlo supone acciones en dirección valiosa. Ese sentido de valor, de significado, viene dado al situar al paciente en una situación que le permita confrontar los beneficios inmediatos y el costo a la larga de la operación de evitación destructiva y el costo inmediato y la posibilidad de beneficios a la larga de la alternativa que supone abrirse al malestar que se encuentra al actuar en dirección a lo que le importa.

El trabajo sobre valores en ACT es un trabajo que, de un modo u otro, está presente desde el inicio del planteamiento terapéutico (de hecho, la desesperanza creativa no puede ocurrir sino en el contexto de los valores personales), siendo la clarificación sistemática e intensa de las direcciones de valor uno de los primeros pasos (aunque el análisis funcional del caso puede llevar a decidir trabajar este componente de un modo pormenorizado más adelante). La investigación incipiente indica que en algunos casos, la clarificación de valores es el aspecto esencial aunque otros elementos de la terapia necesariamente estarán también presentes (dirigidos a la de-fusion: desliteralización y distanciamiento de los eventos privados), mientras que en otros casos, por el análisis funcional del caso, la persona logra clarificar sus valores con una intervención terapéutica mínima y sin embargo es preciso dedicar más atención a la práctica de los métodos dirigidos a romper la fusión cognitiva como modos de discriminación del propio comportamiento, o de las propias reacciones privadas y públicas. En cualquier caso es importante considerar que los valores estarán presentes como un marco o referente global desde el principio y servirán de base para cualquier movimiento durante la terapia, siendo un referente continuo (aunque variable ya que a lo largo del proceso terapéutico los valores del cliente pueden cambiar), con el que contrastar, en cada

sesión, los avances o no del proceso terapéutico.

La metáfora de la vida como si fuera el cuidado de un jardín

En la experiencia clínica con ACT, hemos encontrado útil, para analizar el problema y situar la estrategia del paciente en el contexto de sus valores, el uso de la “metáfora del jardín” (Wilson y Luciano, 2002) en tanto que permite -como otras metáforas- un uso muy flexible de la misma para ajustarla a las características de los problemas del paciente. La “metáfora del jardín” puede introducirse en los momentos iniciales tras conocer el problema, siendo retomada tanto en las fases de evaluación del problema, como en las de intervención y valoración final del proceso terapéutico. La flexibilidad de su uso permite que los clientes fácilmente relacionen la idea de los haceres en la vida como el cuidado de un jardín. Les decimos lo siguiente:

“Supongamos que cada uno de nosotros somos jardineros, adoramos nuestras plantas, las plantas son las cosas que queremos en nuestra vida. Hemos seleccionado un lugar para plantar nuestro jardín, hemos distribuido las plantas dejando más terreno para las que más nos gustan, para las que queremos que más crezcan y menos espacio para las plantas que no son tan relevantes para nosotros. Hemos preparado la tierra, plantado semillas, algunas han brotado, unas con más fuerza, otras con menos... Y claro, algunas plantas importan más que otras, puede no ser lo mismo que se seque uno de los geranios a que se seque un rosal, el rosal puede que sea una de las plantas que más importen, que se cuide con más mimo... Ahora dime, ¿cuáles son tus áreas o facetas de valor, como si fueran las plantas de tu jardín?, ¿Cuánto te importa cada una de ellas?... Fíjate que no te pregunto cómo están actualmente, sino qué sector ocupan en tu terreno, te pregunto sobre el valor que ellas tienen para ti...”

Una vez introducida esta metáfora y habiéndose establecido las oportunas conexiones funcionales entre los elementos de la metáfora y la vida del cliente, puede ser de utilidad aplicar el “Cuestionario de Valores” (Wilson y Groom, 2002; véase también Blackedge y Ciarrochi, 2006 -ver notas 1 y 2). Este instrumento ha mostrado su utilidad clínica en la aplicación de ACT, y estudios que muestran sus propiedades psicométricas se encuentran actualmente en desarrollo.

La “metáfora del jardín” puede retomarse para seguir investigando sobre el nivel de afectación de esas áreas de valor, es decir el ajuste del comportamiento de la persona según lo que tiene en su vida de importante y como horizonte. Por ejemplo:

“Entonces tenemos la planta de tu pareja que te importa mucho y le das una importancia de diez sobre diez, el ámbito laboral que le has dado una importancia de ocho, la planta de... Ahora bien, dime, actualmente ¿cómo están las plantas de tu jardín, están frondosas o más bien mustias?... Si las plantas hablaran del jardinero ¿qué crees que dirían? ¿Dirías tú que el jardinero está poniendo todo el abono necesario, que el trabajo que está haciendo es suficiente según la importancia que cada una de sus plantas tiene?... Ahora te pido que mires tu comportamiento como jardinero y que me digas de cero a diez lo fiel que estás siendo con tus plantas...”

De nuevo la “metáfora del jardín” establece el contexto para analizar la consistencia del comportamiento, de las acciones con los valores personales, al situar el valor

de diversas áreas y la evaluación del sujeto sobre su comportamiento. A partir de este análisis se hace necesario indagar las barreras psicológicas que impiden que el sujeto actúe como considera que debiera hacer desde sus valores. Argumentos racionales, razones basadas en emociones, sentimientos o recuerdos perturbadores y demás verbalizaciones sobre la sintomatología por la que el cliente consulta, entre otros, conforman las barreras psicológicas para hacer lo que el paciente valora o quiere hacer. Indagada la sintomatología, suele resultar de utilidad empezar a hacer estos eventos privados, considerados como negativos, equivalentes a las “malas hierbas del jardín”, que aún sin quererlo aparecen y dificultan la labor de un buen jardinero. Esta analogía permite situar las relaciones entre la sintomatología (eventos privados aversivos) y los valores personales en otra dimensión o contexto, intentando desestabilizar las relaciones temporales de oposición entre estos fenómenos, poniendo en evidencia que no necesariamente, la presencia de uno implica la ausencia del otro, sino que ambos, tanto plantas como malas hierbas, forman parte y pueden coexistir en un mismo terreno. De esta forma se prepara el camino, y se comienza a plantear la aceptación como una estrategia alternativa para flexibilizar la función de las reacciones del paciente ante la sintomatología. Por ejemplo:

“Podríamos decir que éstas son las cosas desagradables, las que de alguna manera no te están dejando cultivar las plantas que más quieres... Vendrían a ser las malas hierbas del jardín, éstas que crecen y lo ponen feo. Y dime tú como jardinero, ¿qué haces con la mala hierba que aparece en tu jardín?... Apenas ves que están apareciendo, rápidamente te afanas en arrancarlas ¿verdad?... Y hacer esto rápidamente ¿hace que la mala hierba desaparezca por completo?... Desaparece a la corta pero a la larga, al otro día, qué pasa... ¿otra mala hierba?, ¿En otro lugar? Y entonces, tú rápidamente a arrancarla... y de nuevo... En tu experiencia, ¿consigues erradicar por completo la mala hierba?”

En este punto la función de la metáfora es comenzar a hacer evidente para el cliente los resultados de la estrategia de evitación y lo infructuoso que están resultando sus persistentes intentos de controlar (suprimir, cambiar, desviar, etcétera) las sensaciones, pensamientos, etcétera, que se acompañan de malestar. A la par se comienzan a vislumbrar los costos que esta estrategia está teniendo no sólo en cuanto a erradicar estas experiencias de su vida, sino además en los dividendos que arroja en relación con el cuidado de sus facetas importantes, con el cultivo cuidadoso de las plantas de su jardín:

“Dime, si el jardinero sólo se ocupa de arrancar la mala hierba porque no la quiere tener en su jardín, porque si ve malas hierbas, no está dispuesto a cuidar del resto de plantas. ¿Qué pasaría si emplea todo su tiempo en erradicar la mala hierba?, ¿cómo estarían entonces sus plantas, ‘sólo’ dedicándose a cortar y cortar la mala hierba? ¿Podría regar, mover la tierra y abonar sus plantas? ¿Podría emplearse en cultivar sus plantas?... ¿Y si la mala hierba tuviese algún valor? ¿Y si la mala hierba fuese parte de tener jardines? ¿Y si hubiese que aprender a vivir con lo que el jardín ofrece a cada momento? Porque, dime una cosa, siempre pendiente de la mala hierba, ¿estás disfrutando de las plantas que te da tu jardín?....”

Se intenta desde los primeros momentos que el paciente pueda mirar, siquiera por breves momentos, más allá de la problemática que le llevó a consulta; una lógica rígida centrada en la necesidad de erradicar o minimizar el malestar y los pensamientos valorados negativamente para poder vivir. Con esta misma intervención se puede todavía avanzar más y emplearla para empezar a debilitar las relaciones arbitrarias y rígidas que han sido reforzadas en la historia del sujeto y que le llevan a estar dónde está y cómo está. La inclusión de los eventos privados aversivos como parte de tener un “jardín bonito” comienza a desestabilizar el contexto de dar razones (centradas en pensamientos y sensaciones molestas, como si fueran las malas hierbas del jardín) y del control -o la regulación verbal ineficaz- y prepara el terreno para el trabajo futuro en la aceptación y la desactivación o ruptura de la fusión con las funciones verbales, o sea para aplicar la desliteralización y practicar el distanciamiento de los propios pensamientos y sensaciones.

El establecimiento de los valores así planteados y desde el inicio ayuda al cliente, ya que desde prácticamente las primeras sesiones, cuenta con un marco que le permite determinar si avanza, si se mueve en una dirección valiosa o si lo que hace lo lleva por otros derroteros. Por ello es que se afirma que los valores se convierten en el punto de referencia desde el cual se justifica la introducción de ciertos componentes terapéuticos, a la par que es el criterio para el ajuste comportamental según las metas planteadas y la guía desde la que se evalúa la buena marcha o no de la terapia.

Finalmente cabe aclarar en relación con el uso de las metáforas que no se trata de relatar historias al cliente que puedan resultar más o menos interesantes, ni que la eficacia de las mismas sea algo inherente a determinada metáfora o que para el trabajo de valores haya de usarse una metáfora específica. Muy por el contrario, las mejores metáforas son las traídas y elaboradas por el propio cliente ya que casan con su propia vivencia (Luciano, 1999). En este sentido, la investigación reciente muestra la importancia de trabajar con metáforas que incluyan algún aspecto no-arbitrario que sea equivalente con el problema en cuestión (Stewart y Barnes-Holmes, 2004). En definitiva, lo fundamental de una metáfora es la capacidad de condensar una regla que muestre el propio funcionamiento del individuo y sus consecuencias y a la vez permita vislumbrar al paciente una opción de comportamiento diferente.

Los valores del terapeuta ACT

Al igual que como veíamos más arriba no se puede sostener que las corrientes terapéuticas estén libres de valores, sería falso afirmar que el terapeuta ACT, en su tarea pueda dejar totalmente al margen sus valores personales. Afirmar este hecho sería una muestra de ingenuidad pues supondría asumir que los problemas psicológicos y la profesión de psicólogo existen al margen de un determinado contexto cultural. En este caso, ACT parte de una concepción que afirma que los eventos privados son comportamientos verbales y no causas del resto de comportamiento, y que el sufrimiento se ubica en los valores de uno. Por otro lado, y como ampliamente se ha defendido desde distintos foros, lo que no ha lugar en terapia es la imposición por parte del terapeuta de su sistema de valores. Para evitar esto, desde ACT se resalta la importancia de

promover el autoconocimiento en el terapeuta, de discriminar en diferentes momentos en sesión los propios pensamientos, sentimientos, creencias, de modo que estos eventos privados no sirvan de barreras para hacer en cada momento lo que es importante hacer con la vista puesta en lo que demanda hacer el análisis funcional de los comportamientos del paciente. Estos repertorios permiten al terapeuta discriminar sus propias reacciones y tener la suficiente perspectiva como para no proyectar excesiva o innecesariamente sus valores en el trabajo que lleva a cabo con el cliente. Así, se resalta como elemento crucial el entrenamiento de terapeutas noveles y el trabajo de supervisión dirigido al conocimiento y el debate abierto sobre valores, lo cual redundará en el desarrollo de una conducta más profesional, en tanto que el objetivo en ACT es que el cliente aprenda a regular su comportamiento de un modo que le permita llevar su vida en vez de “ser llevado” por la sintomatología. El terapeuta ACT debe dar un paso muy similar al que se pide a los clientes que den, a saber, el terapeuta podrá tener sentimientos de reprobación o desacuerdo, plenamente y sin reservas, pero su actuación con el paciente no se verá influida por ello, de modo que dejará a un lado el papel de juez en favor del papel de terapeuta que hará lo que sea preciso hacer durante la sesión clínica. Además, actuando de esta forma, el propio terapeuta puede servir como modelo de compromiso personal para sus clientes.

La consideración de los valores en el contexto terapéutico puede trasladar el foco de la terapia desde eliminar síntomas hacia el desarrollo de un estilo de vida pleno y saludable. La elección de hacer tal cambio dependerá en último término de los valores del cliente y del terapeuta. En definitiva, la formación de los valores a la par que las estrategias para acceder a ellos, son un tema cultural en tanto es la sociedad la que perpetúa unos u otros a través de numerosos medios dirigidos al conjunto de los ciudadanos. Este es un asunto básicamente económico-político a su vez regulado por unos valores u otros y cuyo análisis sobrepasa los límites de este trabajo.

En síntesis, la necesidad del trabajo explícito en relación a los valores personales en el ámbito de la terapia es sin duda evidente. Más allá de su relevancia como marco general, la investigación sobre este tema con tan variadas y numerosas ramificaciones, aunque incipiente, ya ha generado las herramientas precisas para un análisis útil sobre las condiciones en las que se forman, perpetúan y cambian los valores (y, por tanto, con implicaciones en la prevención) (Luciano y Hayes, 2001). A la par, la investigación en el marco de la terapia, ha proporcionado un conjunto de herramientas y métodos clínicos eficaces para afrontarlos de pleno durante el proceso de la clarificación de los mismos y para la evaluación de sus implicaciones en el proceso de la terapia (remitimos, por ejemplo, a la guía práctica sobre ACT de Hayes y Stroschal, 2004). La investigación en el presente se dirige, precisamente, a afinar aún más dichas estrategias y métodos clínicos.

NOTAS

1. Blackegde JT y Ciarrochi J (2006). *Personal Values Questionnaire*. [Disponible sobre petición al primer autor: Department of Psychology, University of Wollongong, New South Wales, Australia].
2. Wilson K y Groom J (2002). *The Valued Living Questionnaire*. [Disponible sobre petición al primer autor: Department of Psychology, University of Mississippi, Mississippi, EEUU].

REFERENCIAS

- Barnes-Holmes Y, Barnes-Holmes D, McHugh L y Hayes SC (2004). Relational Frame Theory: Some implications for understanding and treating human psychopathology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 355-375.
- Castanedo C (1988). *Terapia Gestalt. Enfoque centrado en el aquí y ahora*. Barcelona: Herder.
- Dahl JA, Wilson K, Luciano MC y Hayes S (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain*. Reno: Context Press.
- Ellis A (1981). La teoría básica clínica de la terapia racional emotiva. En A Ellis y R Grieger (Eds.), *Manual de terapia racional-emotiva* (pp. 17-45). Bilbao: DDB.
- Frankl VE (1959). *Logoterapia y análisis existencial*. Barcelona: Herder.
- Frankl VE (1961). Dynamics, existence and values. *Journal of Existential Psychiatry*, 2, 5-16.
- Frankl VE (1992). *Teoría y terapia de la neurosis. Iniciación a la logoterapia y al análisis existencial*. Barcelona: Herder.
- Freud S (1984). Etiología de la histeria. En S Freud, *Escritos sobre la histeria* (pp.106-137) Madrid: Alianza. (Original publicado en 1896).
- Gutiérrez O, Luciano MC, Rodríguez M y Fink B (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35, 767-783.
- Hayes SC (1993). Goals and the varieties of scientific contextualism. En SC Hayes, LJ, Hayes, TR Sarbin y HW Reese (Eds.), *The varieties of scientific contextualism* (pp. 11-27). Reno, Nevada: Context Press.
- Hayes SC, Barnes-Holmes D y Roche B (2001). *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Hayes SC y Berens NM (2004). Why relational frame theory alters the relationship between basic and applied behavioral psychology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 341-353.
- Hayes SC y Brownstein A (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9, 175-190.
- Hayes SC, Follette VM y Linehan MM (2004). *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive behavioural tradition*. New York: The Guilford Press.
- Hayes SC, Gifford EC y Hayes GJ (1998). Moral behavior and the development of verbal regulation. *Journal of The Experimental Analysis of Behavior*, 21, 253-279.
- Hayes SC y Strosahl KD (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer-Verlag.
- Hayes SC, Strosahl KD y Wilson KG (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM 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.
- Holmes J (1996). Values in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 50, 259-173.
- Leigland S (2005). Variables of which values are a function. *The Behavior Analyst*, 28, 133-142.
- Luciano MC (1999). La psicoterapia analítico funcional (FAP) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 497-584.
- Luciano MC (2001). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Libro de casos*. Valencia: Promolibro.

- Luciano C y Hayes SC (2001). Trastorno de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 109-157.
- Luciano MC, Páez M, Valdivia S, Molina F y Gutiérrez O (2003). *Acceptance and Commitment Therapy as a therapeutic approach centered in values*. Paper presentado en 29 th Annual ABA Convention, San Francisco, USA.
- Luciano MC, 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.
- McHugh L, Barnes-Holmes Y y Barnes-Holmes D (2004). A relational frame account of the development of complex cognitive phenomena: perspective-taking, false belief understanding and deception. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 303-324.
- Páez M, Luciano MC, Gutiérrez O y Rodríguez M (2005). *Experimental pain task in the context of values*. Paper presentado en 31st Annual ABA Convention, Chicago, USA.
- Parrott C (1999). Towards an integration of science, art and morality: the role of values in psychology. *Counselling Psychology Quarterly*, 12, 5-24.
- Pelechano V (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel.
- Pérez Álvarez M (1996). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Pérez Álvarez M (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 15-33.
- Rogers C (1971). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós
- Rokeach M (1973). *The nature of human values*. Nueva York: Free Press.
- Schwartz G (1994). Are there universal aspects in the structure and contents of human values? *Journal of Social Issues*, 50, 19-45.
- Skinner BF (1972a). *Más allá de la libertad y la dignidad*. Madrid: Martínez Roca.
- Skinner BF (1972b). Humanismo y conductismo. En FW Matson (Ed.), *Conductismo y humanismo. ¿Enfoques antagónicos o complementarios?* (pp. 61-68). México: Trillas.
- Skinner BF (1974). *Sobre el conductismo*. Barcelona: Fontanella.
- Skinner BF (1975). El análisis operacional de los términos psicológicos. En BF Skinner (Ed.), *Registro acumulativo* (pp. 413-429). Barcelona: Fontanella.
- Stewart I y Barnes-Holmes D (2004). Relational Frame Theory and Analogical Reasoning: Empirical Investigations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 241-262.
- Truax CB (1966). Reinforcement and noreinforcement in rogerian psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 21, 1-9.
- Wilson K y Luciano MC (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Whelan R y Barnes-Holmes D (2004). Empirical models of formative augmenting in accordance with the relations of same, opposite, more-than and less-than. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 285-302.
- Williamson EG (1958). Value orientation in counseling. *Personnel and Guidance Journal*, 520-528.
- Yalom ID (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder.

Recibido 3 octubre, 2005

Aceptado 13 marzo, 2006