

Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial

Rafael Ferro García

Centro de Psicología, C.E.D.I. Granada

La Evitación Experiencial es un fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (sensaciones, emociones, pensamientos, recuerdos) e intenta cambiar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona. Por otro lado, la Aceptación como estrategia de cambio, consiste en no evitar, controlar o cambiar los elementos que forman parte de ese evento psicológico traumático. Se presenta un ejemplo de un cliente que muestra Evitación Experiencial y cómo se promueve la Aceptación a través de la Terapia de Aceptación y Compromiso. Esta forma de terapia pretende tratar la excesiva respuesta a los contenidos cognitivos y emocionales y la falta de habilidad para tomar compromisos para cambiar. Se describen las distintas fases y los resultados de la intervención que se mantuvieron por un periodo superior de 1 año.

Application of acceptance and commitment therapy in an example of experiential avoidance. Experiential Avoidance is a phenomenon that occurs when a person is unwilling to make contact with particular private experiences (sensations, emotions, thoughts, memories) and attempts to change to way or the frequency of these events and the context which gives rise to them. Acceptance, as a strategy for change, consists of not avoiding, controlling or changing the elements that form part of the psychologically traumatic event. An example is presented of a client who shows experiential avoidance, and of ways to promote acceptance through Acceptance and Commitment Therapy. This form of therapy is intended to treat the excessive response to cognitive and emotional contents, and lack of skill in making a commitment to change. The different phases of treatment are described, as are the results of the intervention, which were maintained for more than 1 year.

La *Evitación Experiencial* puede definirse como un fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (p.ej.: sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales) e intenta alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996). Es planteada como una dimensión funcional que podría integrar una variedad de diagnósticos del sistema DSM, por ejemplo, todos los Desórdenes de Ansiedad (desórdenes obsesivo-compulsivos, la agorafobia con ataques de pánico, el estrés post-traumático), el Abuso de sustancias o incluso, los Desórdenes de Personalidad Límite, y que podrían ser clasificados como *Desórdenes de Evitación Experiencial* (Friman, Hayes y Wilson, 1998; Hayes, Wilson, et al., 1996). Así pues, la evitación experiencial es un proceso patogénico que se ofrece como una alternativa funcional a los sistemas tradicionales de clasificación basados en la topografía.

Hay una serie de factores que contribuyen a la etiología de la Evitación Experiencial, entre otros: la naturaleza bidireccional

del lenguaje humano por la que las palabras significan las cosas con las que están relacionadas a través de las relaciones de equivalencia, la generalización inapropiada del control y del seguimiento de las reglas verbales y la consiguiente rigidez conductual, el soporte cultural de que los eventos privados son la causa de la conducta y el modelamiento de la propia evitación (Hayes y Gifford, 1997; Hayes, Wilson, et al., 1996). Parece claro que la *Evitación Experiencial* surge como resultado de la adquisición del lenguaje y de ciertas consecuencias psicológicas a las que puede llevar. Se citarían en este sentido, el moldeamiento de los eventos privados como causa, y por tanto, la necesidad del control de tales eventos, el dar explicaciones o razones de nuestra conducta, la categorización o la evaluación de los hechos en términos de bueno/malo, y finalmente, la propia literalidad del lenguaje. La cuestión es que todos estos fenómenos forman parte del desarrollo psicológico implicado por el lenguaje. En consecuencia, si el lenguaje es parte esencial de la formación y mantenimiento de la Evitación Experiencial, parece claro que la alternativa debe venir de una intervención que se base en el lenguaje.

La *Aceptación* psicológica es una estrategia de cambio en este sentido, consistente en no evitar, ni controlar o cambiar los elementos que forman parte de una condición de evitación experiencial. Ante semejante condición, lo que se propone es no hacer nada, no enfrentarse a las emociones y/o pensamientos. Sería admitir o tolerar estos eventos privados y la propia situación, sin

intentar modificarlos, controlarlos o evitarlos. Para Dougher (1994) supone una situación que evoca u ocasiona la conducta, las reacciones a esa situación, incluyendo nuestras propias respuestas emocionales y verbales públicas o privadas (pensamientos y sentimientos), y las consecuencias que resultan de estas acciones. Desde esta perspectiva, aceptar implicaría no intentar evitar, controlar o cambiar algún elemento de la contingencia que opera en un momento particular. Así, el contexto y las reacciones son simplemente experimentados. Ante una situación formada por estímulos aversivos, una persona siente emociones y entonces, escapa, evita o ataca. Pues, para Cordova y Kohlenberg (1994) la aceptación es la tolerancia de las emociones evocadas por estímulos aversivos, pero sin evitar, escapar o atacar. En un sentido más técnico, Hayes (1994) mantiene que: «aceptar implica tomar contacto con las funciones de estímulo de los eventos de forma directa y automática, sin actuar para reducir o manipular estas funciones y sin actuar en base a sus funciones verbales derivadas».

Lo común ante estas situaciones es que una persona piense que la causa de sus problemas son sus propios eventos privados. De hecho hay una serie de barreras que nos impiden aceptar la experiencia que se evita, tales como el entrenamiento de que los eventos privados son la causa de la conducta; el entrenamiento en el control emocional (tratando de quitar esas supuestas causas); la evaluación de los hechos como buenos/malos, mejores/peores, etc.; y en fin, la asunción de cierta idea cultural de la «buena vida» (Dougher, 1994; Hayes, 1994). El caso es que dichas barreras coinciden con lo que antes se mencionó como los promotores de la Evitación Experiencial (para más información sobre aceptación en castellano, ver Ferro, 1998).

La Evitación Experiencial y la Aceptación psicológica son dos formas de comportarse incompatibles ante una situación traumática y aversiva. En los últimos años han surgido nuevas formas de Psicoterapia en la línea conductual que utilizan la Aceptación como forma de tratamiento (ver Hayes, Jacobson, Follette y Dougher, 1994). Más en concreto, dentro del Conductismo Radical se han elaborado Psicoterapias que tienen un basamento en la Aceptación, como la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (ACT) de Hayes y Wilson (1994). Y también la *Psicoterapia Analítica Funcional* (F.A.P.) de Kohlenberg y Tsai, (1991). Para más información sobre el tema, se recomienda la lectura de los manuales de Pérez Alvarez (1996a, 1996b). Últimamente, han aparecido publicaciones de estas terapias en castellano, como un análisis de la F.A.P. (Rodríguez-Naranjo, 1998) y la aplicación de la ACT en un trastorno de angustia con agorafobia (Carrascoso, 1999).

En particular, la *Terapia de Aceptación y Compromiso* no pretende reducir la frecuencia ni la intensidad de las respuestas emocionales, como la exposición prolongada y la desensibilización sistemática por citar dos técnicas señaladas de la Terapia de Conducta. Su objetivo es tratar la evitación emocional, como una respuesta excesiva a los contenidos cognitivos y emocionales, y tratar también la falta de habilidad para hacer y tomar compromisos para cambiar la propia conducta (Hayes, McCurry, Afari y Wilson, 1995; Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993).

A continuación, exponemos un caso de un cliente que presentaba Evitación Experiencial y cómo se consiguió promocionar la aceptación a través de la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (Hayes, McCurry, Afari y Wilson, 1991; 1995; Hayes y Wilson, 1994).

Metodo

Sujeto

Miguel tenía 20 años cuando llegó a consulta, era un estudiante universitario con un historial académico inmejorable en los cursos anteriores. Ocupaba el 2º lugar de una familia de tres hermanos. Vivía con otro hermano, universitario también. Su hermano mayor fue diagnosticado de esquizofrenia paranoide. Hasta este año no habían aparecido problemas («el problema empezó hace 4 meses», comentó en la primera consulta). Desde el comienzo de este curso no se podía concentrar, tenía mucha ansiedad, no podía dejar de pensar, mostraba conductas de evitación y escape (no examinarse, no ir a clase, irse a su pueblo, etc.). Estaba preocupado por el qué pensarán de él los profesores y los compañeros, a veces, no preguntaba en clase y faltaba por esta razón. Comentó que temía que le ocurriera como a su hermano, que se «volviera loco» (el hermano tuvo su primera crisis psicótica al comenzar la carrera universitaria, y parte de los contenidos de sus delirios estaban relacionados con recordar y memorizar). Mencionó que siempre ha hecho todo lo que sus padres le han dicho, incluso cuando ha ido en contra de sus propios intereses, y que estaba de acuerdo con esto. En las primeras sesiones sudaba y no paraba de moverse en la silla.

Al estudiar, no seguía horarios, no descansaba entre horas, no subrayaba, no hacía esquemas. Creía que había que memorizar relacionando esa asignatura con cualquier otra, incluso con cosas que no tenían relación. En clase, al tomar apuntes intentaba memorizar a la vez. Pensaba que debía ir al examen con una idea global de la materia. Su explicación a lo que le ocurría es que tenía problemas de concentración y de recuerdo. Mencionó que había considerado dejar la carrera pero que sus padres le convencieron para que siguiera. Veía imposible sacar el curso. Los últimos días antes de venir a consulta, evitaba ir a clase y hablar sobre los exámenes con los compañeros, también evitaba salir con sus amigos, y hablar telefónicamente con sus padres. No llegó a presentarse a un examen.

Procedimiento

Durante las tres primeras sesiones se elaboró la historia clínica del cliente y se estableció una buena relación terapéutica. Al plantearse que podía presentar un cuadro de Evitación Experiencial, se decidió utilizar la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). No se utilizó un procedimiento estándar de la ACT, pues no se mandaron trabajos para la casa, ni se pasaron cuestionarios para valorar los miedos y ni la voluntad para experimentarlos, ni se revisaron en cada sesión las tareas para la casa porque no las hubo, tampoco se exigió al cliente un acuerdo de sesiones terapéuticas mínimas a realizar. Se planteó aplicar un procedimiento más flexible, en la línea propuesta por Dougher y Hackbert (1994).

Hubo en total 17 sesiones semanales, 3 de evaluación, 13 de tratamiento y 1 de seguimiento. Posteriormente se realizó un seguimiento telefónico a los 6 meses y pasado más de un año.

A continuación, se describen las fases de intervención, los componentes de esta terapia, las sesiones utilizadas, los principios conductuales en los que se basan, los propósitos que se pretendían, las técnicas utilizadas y algunos ejemplos de la relación terapeuta-cliente que pueden ser ilustrativos. Para una descripción exacta de los ejercicios y las metáforas, recomendamos la lectura de Ferro y Valero (1998) y del manual de Pérez Alvarez (1996b).

Fases de la intervención

1. Sesiones de Evaluación

En la 1ª sesión, se empezó a elaborar la historia clínica del paciente. A través del «Cuestionario de Técnicas y Hábitos de Estudio» (Salas Parrilla, 1990) se analizaron las estrategias y los procedimientos que utilizaba. Se dieron unas instrucciones generales para mejorar su estudio, referidas a cómo llevar a cabo un horario, planificar el material de examen, subrayar, hacer esquemas, memorizar y recordar. En estas primeras consultas, Miguel insistía que su problema «era de concentración y de memoria».

En la 2ª sesión, se comprobó que el paciente no siguió las instrucciones y estudiaba de la misma forma. Se continuó analizando su historia personal. Se volvieron a dar unas instrucciones para mejorar su estudio, esta vez por escrito.

Fue en la 3ª sesión, cuando el terapeuta creyó que era un caso de Evitación Experiencial, ya que no estaba dispuesto a sentir emociones, sensaciones corporales, ni pensamientos sobre lo que le ocurría e intentaba escapar y/o evitar los contextos que ocasionaban todo esto. Comentó que se fue a su pueblo porque no podía estudiar y no se sentía bien, que tenía ansiedad, y que le costaba mucho ir a clase, estudiar y hablar con los compañeros. Se planteó que el Cliente sería un buen candidato para la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (ACT). En esta sesión se intentó establecer una relación terapéutica más empática, en el sentido de ser una audiencia no punitiva, como propone Skinner (1953).

2. Desesperanza Creativa

En la sesión 4ª se creó un estado de *Desesperanza Creativa*. El propósito de esta fase es el de interrumpir la tendencia a evitar, a través de debilitar el soporte verbal/social de la evitación. Además, se pretende alterar el valor discriminativo de los eventos privados, que funcionan como estímulos discriminativos para los repertorios de evitación (Hayes y Wilson, 1994). Se comenzó evaluando todas las cosas que el cliente utilizaba para eliminar la ansiedad y los pensamientos que decía que le angustiaban. Preguntándole si fueron efectivas y si había alguna forma alternativa de solucionar sus problemas. Se usó la *Metáfora del hombre en el agujero*, que describe una situación en la que un hombre deambula en un campo lleno de agujeros, cae en uno, y para salir cae dentro con una pala. Con esta metáfora y en general en esta fase, se intenta demostrar que la solución no está en un instrumento o técnica. Se pretende confundir y generar una motivación para actuar de un modo distinto.

En la sesión 5ª, indicó que se acercaba la fecha de un examen y aparecieron los siguientes repertorios de evitación: pensaba dejar la carrera, decía que no tenía tiempo suficiente para estudiar, aparecieron sentimientos de culpa («*qué van a pensar mis padres*», «*mis compañeros y los profesores qué dirán si suspendo*»), no quería ir a clase («*si hablo con mis compañeros y están terminando de estudiar el examen, me voy a poner peor*»). Se le preguntó que qué podía hacer a cada uno de estos repertorios de evitación y se estableció una equivalencia con la metáfora del hombre en el agujero («*¿cómo crees que saldrías de este agujero?, ¿quieres que te dé una pala?, no te entiendo ¿me pides otra pala?*»).

3. El Control como el problema

En la 6ª sesión, se comenzó otro de los componentes de la ACT, «*el control de los eventos privados como problema*». Se intentó

demostrar que la solución es parte del problema y que el control emocional y cognitivo impide soluciones más efectivas. Es decir, el control de los eventos privados es realmente el problema. Se trata de romper todos los *Pliances* que mantienen la evitación experiencial (es decir, la conducta gobernada por la «regla de cumplimiento» que está bajo control de consecuencias mediadas socialmente por la correspondencia entre la regla y la conducta relevante, según Pérez Alvarez, 1996a), y en su lugar crear *Tracking* basados en la experiencia que faciliten la Aceptación (o la conducta gobernada por la «regla de contacto» bajo control de la correspondencia entre la regla y la manera en que está organizado el mundo, según Pérez Alvarez, 1996a). Para más información sobre *Tracking* y *Pliances* ver: Hayes, Gifford y Hayes (1998); Hayes, Zettle y Rosenfarb (1989); Zettle y Young (1987).

En esta sesión, el Cliente relató que volvió a tener problemas, no podía recordar lo estudiado, no dormía, se sentía muy angustiado. Decía que no le daba tiempo para estudiar el examen y se planteó no presentarse. Se encontraba en un conflicto: si evitaba el examen, evitaba los eventos privados, pero si no se presentaba, esto iba en contra de sus principios de ser un buen estudiante. Tampoco aceptaba un suspenso. En la misma línea, evitaba las relaciones con sus compañeros. Estaba confuso, confesó no saber cómo se encontraba.

Durante la 7ª sesión, se analizaron *qué cosas se pueden controlar y qué no*. Referido a que las cosas del mundo de los objetos son controlables pero que esto no es así en el mundo de los eventos privados. Se pidió al Cliente que examinara sus propias experiencias. Más tarde, el terapeuta describió la experiencia del Cliente, en cuanto a las formas de evitación que ha ido haciendo, describiendo sus consecuencias directas y sus efectos a medio y a largo plazo.

En la sesión 8ª el Cliente comentó que se presentó al examen y que le salió bastante bien. Esa mañana estaba nervioso y para tranquilizarse se fue a dar un paseo. Se expuso la *Metáfora del polígrafo* que pretende demostrar que controlar los eventos privados es más el problema que la solución, a través de la descripción de una historia en donde al paciente se le coloca un polígrafo para que se intente relajar, y para motivarlo se le dispararía con un revolver si se pone ansioso. Después se analizaron sus intentos de control, sus repertorios de escape y de evitación, viendo las consecuencias que esto trae.

En la sesión 9ª, el Cliente mantuvo que no le importaba que no aprobara, que ya lo haría. Se enfrentó a sus padres y les dijo que este año seguía lo que estaba haciendo pero que el año siguiente se matricularía en Historia del Arte que es lo que siempre había querido. Mencionó que tenía graves problemas de relación con los demás. Se encontraba en un conflicto, sus principios o valores en el campo de las relaciones sociales eran imposibles de llevar a cabo (no enfrentarse con los demás, llevarse bien con todo el mundo, ser servicial, ser responsable...), y le hacían sentirse culpable. Dijo: «*No me atrevo a hablar para no molestar*»; «*Me afecta mucho qué piensan o qué dice la gente de mi*». También: «*me preocupa lo que piensan los profesores de mi, si ese día me miran o no*». Se analizaron todos estos principios o valores y se vio si podían llevarse a cabo.

Entre esta sesión y la siguiente, llamó su madre y comentó que Miguel se había ido al pueblo porque estaba muy mal, tenía mucha ansiedad. Allí no se encontraba mejor (no paraba de llorar, parecía desesperado, iba de un sitio para otro, estaba angustiado). Se dijo que Miguel llamara al terapeuta. Tardó 2 días en llamar e indicó que no podía parar de pensar y de sentir. Se volvió a utilizar la *Metáfora del hombre en el agujero*, estableciendo equivalencias con la situación en la que estaba viviendo.

4. Establecer el Yo como contexto más que como contenido

El objetivo es ayudar al cliente a discriminar entre la persona que denomina «Yo», y la conducta que desea eliminar. Según Pérez Alvarez (1996b), se intenta desarrollar la perspectiva de sí-mismo respecto de los problemas, diferenciando el yo-como-contexto y las emociones y pensamientos como contenidos. Es decir, el yo como trascendencia y las acciones, emociones y pensamientos como eventos. Las personas aprendemos no sólo a observar nuestras propias acciones, sino también a hacerlo siempre desde un lugar o punto de vista, que es lo que denominamos «Yo» (Hayes y Wilson, 1994).

Horas antes de la 10ª sesión, Miguel llamó por teléfono para ver si podía adelantar la consulta porque decía que estaba muy mal. Se le dijo que era imposible. Vino a consulta con sus padres. Los padres comentaron que estaba aislado socialmente en todos los ambientes. Desde que se fue al pueblo no podía estudiar ni allí ni en la ciudad. Le convencieron para que viniera, ya que Miguel mantenía que no era capaz de hacerlo. Expuso lo que le había ocurrido desde la última sesión. El terapeuta hizo una descripción de los últimos acontecimientos (desde que escapa se incrementan los eventos temidos y no puede estudiar ni en la ciudad ni en el pueblo). Se establecieron de nuevo, equivalencias con la *Metáfora del hombre en el agujero*. También se realizó el *Ejercicio Leche, leche, leche*, que pretende deslitalizar o como mantiene Pérez Alvarez (1996b), despojar a una palabra de su literalidad. Haciendo que se relacionen todos los significados que evoca la palabra «leche», y más tarde, hacerla repetir muchas veces. A Miguel, se le preguntó qué le recordaba ahora «leche», cuando deja de tener significado. Se estableció la equivalencia entre esa palabra sin significado con «suspender» y «volverse loco», demostrando que no son más que palabras. Al final de la sesión, se usó la *Metáfora del tablero de ajedrez* que expone una situación donde hay un ajedrez, en el que las figuras blancas (que representan los pensamientos y sentimientos) intentan controlar a las figuras negras (que serían las obsesiones, la ansiedad, etc.). Se explicó que la partida no tiene final pues las fichas nunca desaparecen del tablero. Se le preguntó con qué se identificaba en el juego y le costó comprender su significado, pero al final lo hizo con el tablero.

En la sesión 11ª se resistió a hablar sobre lo que había pasado. Mantuvo que su problema era: «que me tomo las cosas muy en serio». Afirmó que le hacía caso a sus padres porque ellos saben lo que mejor le conviene. No se atrevía a enfrentarse a los demás porque les puede hacer daño. Explicó que ir a clase le afectaba porque intentaba quedar bien con el profesor y con los compañeros (esto era incompatible). Comentó que se tomaba los pensamientos como palabras gracias al *Ejercicio de Leche, leche, leche*. Declaró que intentaba comportarse en todos los sitios igual («ser siempre uno mismo») y que no podía. Se realizó el *Ejercicio del Observador*, que consiste en provocar, a través del relato del terapeuta, que el cliente sea observador de sí-mismo, de su pasado, de sus emociones, de sus pensamientos. Pretendiendo que experimente el contexto donde el yo trasciende de los eventos en que consiste (Pérez Alvarez, 1996b). Se llevó a cabo el *Ejercicio de separar los pensamientos de las emociones*. Se usaron ejemplos como este: «Ahora estoy pensando que tengo un pensamiento que voy a ponerme mal», «ahora siento que estoy nervioso». Provocar las emociones fue lo que a Miguel le costó más.

5. Eligiendo y valorando una dirección

En esta fase, se pretende evaluar los valores (*Pliances*) que el cliente sigue o pretende seguir y que le generan los conflictos. Se quiere establecer en su lugar, reglas basadas en la experiencia (*Tracks*) y el seguimiento de estas (*Tracking*). Apoyando al cliente a que tome contacto con lo que él elige como valor en la vida.

En la sesión 12ª, indicó que tenía menos ansiedad, y que se encontraba bien. Iba atrasado en el estudio para el próximo examen y se veía a sí-mismo tranquilo. Había sacado muy buenas puntuaciones en los exámenes anteriores. No reconocía que antes hubiera tenido problemas. Ya no le angustiaba qué pensarán los profesores y los amigos. Negó que ir a clase le angustiara. Ante la pregunta *¿qué buscas en la vida?*, señaló: amor a la vida, la paz, el amor, la solidaridad, la tolerancia, la caridad. Se le indicó que concretara. Explicó que los más conflictivos eran los relacionados con: la familia, la amistad, y el trabajo o el estudio. Se intentó «limar» los posibles enfrentamientos entre unos y otros, es decir, establecer reglas relacionadas con la experiencia (*Tracks*) más que las reglas de cumplimiento (*Plies*). Se moldeó la *diferencia entre evaluar/vs/describir*, y cómo se aplica esto a lo que uno hace, es decir relatar una actividad/un hecho como algo que está bien/mal frente a describirla simplemente.

En la Sesión 13ª, se siguió analizando los valores del Cliente y sus posibles conflictos. Se le pidieron descripciones de ejemplos cotidianos que habían surgido antes y durante la terapia, como cuando escapó de la facultad, de la ciudad, qué hizo para no sentir angustia de sus pensamientos, etc. y las consecuencias que le trajo todo esto.

A continuación, se transcribe un diálogo entre terapeuta y cliente:

Terapeuta: *¿por qué tenías tanto miedo a lo que te ocurría?*

Cliente: *«creía que me volvería loco»* (estableció una equivalencia con lo que le ocurrió a su hermano),

Terapeuta: *¿qué querías conseguir?*

Cliente: *«lo que quería es que desaparecieran los pensamientos y la angustia», «eso son tonterías», «hacer el ejercicio me sirvió mucho* (se refiere al ejercicio leche, leche, leche), *todo es producto de mi mente, comprendí que yo mismo me presionaba». «Desde COU antes de hacer una cosa tenía que pensarla antes y me decía qué tenía que hacer, incluso para lavarme las manos».*

Se le pidió que pusiera una frase a su *epitafio* en su propia tumba y escogió *«quiso ser feliz»*, se preguntó que hubiera puesto antes, y dijo que: *«luchó contra sus pensamientos»*.

6. Librarse de los esfuerzos de mantener los síntomas

Aquí se pretende facilitar el moldeamiento directo de posibles repertorios alternativos en ausencia de respuestas de evitación. Es decir, facilitar el contacto con las contingencias directas versus la conducta gobernada por la regla.

En la sesión 14ª, afirmó que estaba inquieto ante un nuevo examen pero no agobiado, ya que si suspendía podría volver a examinarse. Comentó que: *«me llegué a identificar tanto con lo que pensaba que una crítica a mis pensamientos era una crítica a mí»*. Se analizó lo que pensaba sobre sus profesores y compañeros, al qué dirán y qué pensarán. Se preguntó lo que entendía por *ser feliz* y se relacionó con: *¿qué buscas en la vida?*. Se expuso la *Metáfora*

del autobús, que consiste en describir una situación donde el cliente es el conductor de un autobús y los pasajeros son las emociones y los pensamientos, y el conductor dirige el autobús hacia donde le indican los pasajeros. Se relata lo que la persona hace en relación con los pasajeros, enfrentándose a ellos, escucharlos, echarlos, etc. Trata de demostrar que no tiene sentido luchar contra la ansiedad y los pensamientos.

En la *sesión 15ª* comentó que había aprobado un examen. La situación de examen dejó de ser de riesgo. Empezó a salir con los amigos y relacionarse más con sus compañeros. Incluso, habló mal de otra gente con los amigos y no se sintió mal. Su forma de estudiar comenzó a cambiar: hacía esquemas, seguía un horario y una planificación. En este momento se ajustó a las instrucciones que se dieron en un principio, sin volver a repetírselas. Se preguntó cómo se veía a sí mismo: «*soy más positivo, más alegre, estoy tranquilo*». Ya en terapia no se movía tanto de la silla, ni sudaba. Se analizó el concepto de *Fidelidad* en relación con la amistad y con la familia, ya que era muy conflictivo. Por ejemplo, su familia le presiona para que saliera con su hermano y eso era incompatible con hacer otras cosas como: estudiar, salir con sus amigos (el hermano se negaba a salir con ellos), etc.

7. Compromiso y cambio de conducta

En esta fase se intenta que el cliente establezca compromisos con su vida a través de las direcciones elegidas por él, en el análisis de sus propios valores. En esta última fase, se recomienda sacar las reglas basadas en la experiencia (*Tracks*) de los procesos anteriores de la psicoterapia.

En la *sesión 16ª*, Miguel manifestó que le estaba dando vueltas a un «tema religioso», comentó que siempre le interesaron esas actividades. Se comparó el antes con el ahora, y se intentó establecer nuevas reglas basadas en la experiencia reciente. Por ejemplo:

Terapeuta: «¿Qué diferencia hay entre el pasado y el ahora?»

Cliente: «Tenía una carga, una presión y sencillamente se me quitó»,

Terapeuta: «¿Cómo?»

Cliente: «liberando la presión, controlando menos»,

Terapeuta: «¿Qué te pasaba?»

Cliente: «Tenía una obsesión»

Se elaboró una lista de situaciones que el cliente creía que podrían ser de riesgo: una enfermedad terminal, el sufrimiento de los seres queridos, etc. Se le preguntó qué creía que debía de hacer en esas situaciones. Se le pidió a Miguel que tomara un compromiso consigo mismo. Un compromiso basado en los valores que él tenía, que no estaban dirigidos a no sentir ansiedad o pensar que le va a ocurrir algo, sino despreocuparse por todo esto. La cuestión es abrirse a la experiencia y ver qué pasa, experimentar todo lo que sintiera, es decir aceptar la experiencia. El compromiso que propuso fue: «*Vivir conmigo mismo*», «*aceptar las cosas de la vida*», «*seguir con Derecho y no estudiar Historia del Arte*».

8. Seguimiento

La *sesión 17ª* fue a los 4 meses de la anterior. Informó que le quedó una asignatura en junio y que la aprobó en septiembre. A la pregunta del terapeuta de *¿cómo te lo has tomado?*, contestó: «*acepté lo ocurrido, esto antes si me hubiera afectado*». Comentó

que solía recordar los ejercicios que se usaron durante la terapia. Aunque olvidó la *Metáfora del autobús*. Indicó que estaba dando catequesis en su pueblo, que solía salir con esos compañeros y alguna vez se ha ido a comer con ellos. Había establecido nuevas relaciones sociales a través de las actividades que surgieron de los valores que fueron apareciendo durante la terapia. Se le preguntó cuál es la clave de todo lo que se hizo en la psicoterapia, y contestó: «*aceptar la vida como es*». Se repitió la *Metáfora del autobús*.

Posteriormente se le llamó telefónicamente a los 6 meses y pasado algo más de un año, para comprobar si se mantenían los resultados. Informando que durante ese periodo no había vuelto a tener ninguna crisis de ansiedad y que seguía ajustándose a sus principios de acuerdo a los compromisos que había establecido.

Resultados y conclusiones

Se puede concluir que a través de un procedimiento de la *Terapia de Aceptación y Compromiso*, se ha conseguido modificar los problemas de un cliente que presentaba un *Trastorno de Evitación Experiencial*. Cabe señalar, que se ha entendido el problema sin tratar de ubicarlo en ninguna categoría psicodiagnóstica tradicional, como es usual. Los resultados conseguidos se mantuvieron por un periodo de más de 1 año. Durante el seguimiento, el Cliente vivió una situación de riesgo (suspender una asignatura en Junio, algo que no le había ocurrido antes) sin que le provocara ninguna recaída. Tanto en la sesión de seguimiento como en las llamadas telefónicas, se comprobó que el paciente se comportaba ajustándose a los valores que surgieron en la terapia y que no había experimentado ninguno de los problemas que presentó cuando llegó a tratamiento.

Como se ha podido ver durante el proceso de intervención y según mantiene Zettle (1994), la evitación y el escape de los sucesos temidos son incompatibles con el hecho de aceptar estos mismos sucesos. El procedimiento de la ACT que se utilizó, en el que no se mandaron trabajos para la casa, no se pasaron cuestionarios para valorar miedos ni la voluntad para experimentarlos, sin exigir al cliente un acuerdo de sesiones terapéuticas mínimas a realizar, parece que fue suficiente para conseguir el objetivo de tratar un problema de este tipo.

Desde nuestro punto de vista, habría que contestar a la pregunta: *¿Cómo se ha promocionado la Aceptación?* Y en la medida de lo posible, *¿cuáles son las variables que controlan el moldeamiento y el mantenimiento de la Aceptación?*, como plantea Zettle (1994).

En nuestro caso, parece que el cambio se fue produciendo a partir de la sesión nº10, en la fase llamada: *El Yo como contexto más que como contenido*. Después de que el cliente presentara otra «crisis de evitación», que se describieran los efectos y consecuencias de este suceso, donde se realizó un ejercicio de deslitteralización (*Ejercicio Leche, leche, leche*), y después del efecto de las fases anteriores, donde se rompieron los *Plies* o reglas que soportaban o mantenían la evitación y se generaron nuevos *Tracks* o reglas basadas en estas experiencias. Además, se expuso al cliente a las emociones y pensamientos evitados, a través de ejercicios experienciales. En la fase posterior, se discutieron y se establecieron nuevos valores, que lo llevaron a una situación donde llegó a un compromiso con él mismo.

Se ha pretendido atacar las causas de la Evitación Experiencial, que como se dijo son entre otras: la literalidad del lenguaje, la creencia de que los eventos/sucesos privados son la causa y que hay que controlarlos. Esto se ha hecho a través de ejercicios y expe-

riencias que tienen una serie de objetivos, pero creemos que en general, se basan en el autoconocimiento. Estamos de acuerdo con Hayes y Wilson (1993), cuando dicen que el *autoconocimiento* forma parte de la curación, y que es lo que, en última instancia, favorece la aceptación, y por lo tanto, la eliminación de la Evitación Experiencial. Más concretamente, el *autoconocimiento* hace que vuelvan a estar presentes las funciones de estímulo de los eventos que para el paciente son traumáticos. Cambia esas funciones estimulares de los eventos verbales públicos (los relatos del paciente) y de los eventos relacionados. Y ayuda a extinguir todas las reacciones condicionadas a estos eventos (Hayes y Wilson, 1993). Se hace referencia al *autoconocimiento* no en sentido general, sino aquel que lleva a romper las reglas que soportan la evitación y a establecer nuevas reglas que crean un contexto donde la aceptación es posible. Esto se realiza, a través de la discusión de los valores, ajustándolos a la realidad.

Las técnicas de exposición parten de que extinguiendo la reactividad emocional a los objetos o estímulos temidos se extinguirán las reacciones privadas y se solucionará los problemas de evitación y/o escape. Pero para que sea efectiva la exposición, como mantienen Friman, Hayes y Wilson (1998), debe incluir todos o la mayoría de los eventos que funcionalmente ocasionan la evitación, teniendo en cuenta los aspectos verbales del miedo que son una parte de los eventos temidos. Pensamos que la ACT tiene en cuenta todo esto y expone al sujeto a su propio lenguaje mientras describe lo que le ocurre o cuando realiza determinados ejercicios o metáforas.

Agradecimientos

Agradezco la colaboración de Karen Shashok en la traducción del resumen.

Referencias

- Carrascoso López, F.J. (1999). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el Trastorno de Angustia con Agorafobia: un estudio de caso. *Psicothema*, 11, 1-12.
- Cordova, J. y Kohlenberg, R.J. (1994). Acceptance and the Therapeutic Relationship. En S.C. Hayes; N.S. Jacobson; V.M. Follette y M.J. Dougher (eds.) *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. (Págs.: 125-142). Reno: Context Press.
- Dougher, M.J. (1994). The act of Acceptance. En S.C. Hayes; N.S. Jacobson; V.M. Follette y M.J. Dougher (eds.) *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. (Págs.: 37-45). Reno: Context Press.
- Dougher, M.J. y Hackbert, L. (1994). A behavior-Analytic Account of Depression and a Case report using Acceptance-Based Procedures. *The Behavior Analyst*, 17, 321-334.
- Ferro García, R. (1998). La Aceptación y la Terapia de Conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 94, 217-237.
- Ferro, R. y Valero, L. (1998). Psicoterapias Conductistas: nuevos enfoques clínicos. *Psicologemas*, 23, 31-62.
- Friman, P.C.; Hayes, S.C. y Wilson, K.G. (1998). Why behavior analysts should study emotion: The example of anxiety. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 137-156.
- Hayes, S.C. (1994). Content, Context and the types of Psychological Acceptance. En S.C. Hayes, N.S. Jacobson; V.M. Follette y M.J. Dougher (eds.) *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. (Págs.: 13-32). Reno: Context Press.
- Hayes, S.C. y Gifford, E.V. (1997). The trouble with language: Experiential Avoidance, Rules, and the Nature of Verbal Events. *Psychological Science*, 8, 170-173.
- Hayes, S.C.; Gifford, E.V. y Hayes, G.J. (1998). Moral Behavior and the development of verbal regulation. *The Behavior Analyst*, 21, 253-279.
- Hayes, S.C.; Jacobson, N.S.; Follette, V.M. y Dougher, M.J. (1994) *Acceptance and Change: Content and context in Psychotherapy*. Reno: Context Press.
- Hayes, S.C.; McCurry, S.M.; Afari, N. y Wilson, K. (1991). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT). A Therapy Manual for the Treatment of Emotional Avoidance* (Mimeografiado). Reno: Context Press.
- Hayes, S.C.; McCurry, S.M.; Afari, N. y Wilson, K. (1995). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT). A Working Manual for the Treatment of Emotional Avoidance Disorders*. (Mimeografiado). Reno: Context Press.
- Hayes, S.C. y Wilson, K.G. (1993). Some applied implication of a contemporary behavior-analytic account of verbal events. *The Behavior Analyst*, 16, 283-301.
- Hayes, S.C. y Wilson, K.G. (1994). Acceptance and Commitment Therapy: Altering the verbal support for Experiential Avoidance. *The Behavior Analyst*, 17, 289-303.
- Hayes, S.C.; Wilson, K.G.; Gifford, E.V.; Follette, V.M. y Strosahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1.152- 1.168.
- Hayes, S.C.; Zettle, R.D. y Rosenfarb, I. (1989). Rule-Following. En S.C. Hayes (Ed.). *Role-Governed Behavior. Cognition, Contingencies, and Instructional Control*. (Págs.:191-219). New York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R.J.; Hayes, S.C. y Tsai, M. (1993). Radical Behavioral psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13, 579-592.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum Press.
- Pérez Alvarez, M. (1996a). *Tratamientos Psicológicos*. Madrid: Ed. Universitas, S.A.
- Pérez Alvarez, M. (1996b). *La Psicoterapia desde el punto de vista Conductista*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- Rodriguez-Naranjo, C. (1998). Principios terapéuticos y posibilidades clínicas de la «Psicoterapia Analítica Funcional». *Psicothema*, 10, 85-96.
- Salas Parrilla, M. (1990). *Técnicas de estudio para enseñanzas medias y universidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Skinner, B.F. (1953/1970). *Ciencia y Conducta Humana*. (Págs.:382-405). Barcelona: Ed. Fontanella.
- Zettle, R.D. (1994) On the use of Acceptable Language. En S.C. Hayes; N.S. Jacobson; V.M. Follette y M.J. Dougher (Eds.). *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. (Págs.: 46-50). Reno: Context Press.
- Zettle, R.D. Y Young, M.J. (1987). Rule-following and human operant responding: conceptual and methodological considerations. *The Analysis of Verbal Behavior*, 5, 3-9.

Aceptado el 20 de septiembre de 1999