



International Journal of Psychology and
Psychological Therapy

ISSN: 1577-7057

riotp@ual.es

Universidad de Almería
España

Gómez, María José; Luciano, Carmen; Páez-Blarrina, Marisa; Ruiz, Francisco J.; Valdivia-Salas,
Sonsoles; Gil-Luciano, Bárbara

Brief ACT Protocol in At-risk Adolescents with Conduct Disorder and Impulsivity
International Journal of Psychology and Psychological Therapy, vol. 14, núm. 3, septiembre-diciembre,
2014, pp. 307-332
Universidad de Almería
Almería, España

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56032544001>

- How to cite
- Complete issue
- More information about this article
- Journal's homepage in redalyc.org

redalyc.org

Scientific Information System
Network of Scientific Journals from Latin America, the Caribbean, Spain and Portugal
Non-profit academic project, developed under the open access initiative

Brief ACT Protocol in At-risk Adolescents with Conduct Disorder and Impulsivity

María José Gómez

Universidad de Almería, España

Carmen Luciano*

Universidad de Almería, Instituto ACT Madrid, España

Marisa Páez-Blarrina

Instituto ACT Madrid, España

Francisco J. Ruiz, Sonsoles Valdivia-Salas

Universidad de Zaragoza, España

Bárbara Gil-Luciano

Instituto ACT Madrid, España

ABSTRACT

The aim of this preliminary research is to explore the effect of a brief protocol based on acceptance and commitment therapy (ACT) applied to five adolescents (15-17 years old) with conduct disorder and impulsivity, who had received treatment for the last few years without positive results. Problematic behaviors were aggressive, impulsive, and oppositional reactions at school, home, and neighborhood (e.g., drugs or alcohol consumption, legal violations, oppositionist and defiant reactions, etc.). A brief ACT protocol was designed to functionally suit the presence of impulsivity and the absence of self-control repertory of these adolescents as well as the resistance to psychological treatment. The brief protocol was focused on four aspects: (a) to set a context between the therapist and the adolescents to promote the sense of personal responsibility, (b) to confront the adolescents with the effect of their behavior regulation (pros and cons) and the experience of creative hopelessness, (c) to clarify personally important valued directions, and (d) to promote defusion skills so that the adolescents could take charge of their private experiences and choose actions according to their values. Four 90-min, individual sessions were implemented over two weeks. Participants and teachers' reports obtained before, during, and after the treatment implementation showed a high positive change. In addition, 1-year follow-up information showed an important change in a wide range of areas such as family, social relationships, school achievement, and occupational status. These results suggest that brief ACT protocols can have a great impact on at-risk population. Limitations were discussed.

Key words: Acceptance and Commitment Therapy, conduct disorder, impulsivity, adolescents, case study.

Novelty and Significance

What is already known about the topic?

- Conduct disorders are a pervasive and difficult to treat psychological problem in children and adolescents.
- Traditional treatments have shown limited efficacy in treating conduct disorders and usually need the collaboration of parents or significant others.

What this paper adds?

- It describes a brief acceptance and commitment therapy protocol specifically designed to treat adolescents with conduct disorders resistant to traditional treatments.
- The results of a systematic case replication series show that the brief acceptance and commitment therapy protocol can be highly effective in treating adolescents with conduct disorders.

* Correspondence concerning this article: Carmen Luciano (mluciano@ual.es). Acknowledgments: This paper was supported, in part, by the National Research Plan, Projects PEJ05845 and PSI2011-25497. This study was the Master Thesis (presented in 2007) of the first autor under direction of the second author.

Conduct disorder (CD) is a very difficult and pervasive psychological problem in children and adolescents. CD involves a persistent pattern of problematic behaviors including oppositional and defiant behaviors as well as antisocial activities (e.g., lying, stealing, running away, physical violence, sexually coercive behaviors, etc.). These reactions generate chronic conflict with parents, teachers, and mostly result in property damage and physical injury. Most of the children and adolescents diagnosed with CD show long-term impairments in adulthood, such as addictions, lack of control or impulsivity in inter- and intrapersonal areas, criminal activity, lower occupational and educational status, and higher rates of serious physical disease. Accordingly, the need to dismantle CD as soon as possible is strongly emphasized because of its short- and long-term negative effects.

Effective treatment approaches for CD such as the Parent Management Training (Kazdin, 2005), Multisystemic Therapy (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland, & Cunningham, 1998), and Functional Family Therapy (Alexander & Parsons, 1982) include the family members or significant others in the therapeutic process. A main limitation of these treatments is the need to have an adult taking responsibility for the training, which is often not an option, given that, in many cases, no parents are available because of severe impairment such as psychiatric disorder, substance abuse, criminal history, or because the child has been removed permanently from home (e.g., due to parental cruelty, criminal activity, physical abuse, etc.) and placed in residential care. Treatments typically used in residential programs focus on teaching the adolescents to reduce the frequency of their problematic thoughts and feelings, and on instructing contingency management. These programs have been proven to be effective immediately after discharge or release by reducing aggressive and antisocial behavior and by improving prosocial behaviors; however, important limitations have also been found (Kazdin, 1993, 1997). The most important limitations are that the improvements are difficult to generalize to other contexts and behaviors beyond those specifically treated (Baer & Nietzel, 1991; Valero, 1997) and are hardly maintained in the long term. Also, these treatments have not been useful in reducing the lack of motivation and cooperation to change behavior. Accordingly, further research is needed to overcome these limitations and improve the efficacy of the treatments of conduct disorders. This was the main aim of the present study conducted under a functional contextual approach.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999, 2012; Wilson & Luciano, 2002) is a contextual psychological intervention that focuses on promoting psychological flexibility, defined as the ability to be in contact with the ongoing private experiences without needing to avoid and/or escape from them and to adjust behavior according to what the situation requires in order to pursue valued ends (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, & Wilson, 2004). In other words, the aim of ACT is not to change the frequency of unwanted private events, but to change their avoidance functions by teaching the person to interact with them from a perspective connected to valued or personally important actions (Luciano, Valdivia, & Ruiz, 2012). In so doing, ACT specifically targets the restricted behavioral repertoire of experiential avoidance that involves behaving in accordance with rules aimed at avoiding, escaping or controlling distressing private experiences, which is often incompatible with behaving according

to one's values and goals (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996; Luciano & Hayes, 2001).

For instance, consider the case of Luis, who becomes angry when another boy looks at his girlfriend. Luis began to feel that the boy was looking lasciviously and reacted impulsively by starting a fight with him. The fight ended with the other boy running away with a bloody nose and Luis feeling very good because "This stupid boy has learnt who I am." After that, the school director accused Luis of breaking the rules and applies corrective consequences. However, Luis thought he did what the other boy deserved and, later that week, he still felt the same way and thought he was right in confronting anybody who looked at his girlfriend in that way. In this example, Luis' reactions provide him with immediate tension relief, but at the same time, he is strengthening his anger and the rule to fight to defend what he considers as his girl. This pattern of behavior regulation is highly counterproductive in the long term because it typically produces a rebound effect of anger and an increased need to be right. Consequently, Luis spends a considerable part of his time escaping or avoiding his problematic feelings, attached to the being-right rule and losing a lot of opportunities. In other words, Luis is losing a portion of his life every time he reacts under the control of the avoidance/escaping functions of his feelings and the attachment to the being-right rules when things are not the way he thinks they should be.

This pattern of experiential avoidance or psychological inflexibility has been found in a wide range of psychological problems (see Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006; Ruiz, 2010). Specifically, experiential avoidance seems to be at the heart of the impulsivity typically found in problems such as trichotillomania (e.g., Woods, Wetterneck, & Flessner, 2006), chronic skin picking (e.g., Flessner & Woods, 2006; Twohig, Hayes, & Masuda, 2006), attention-deficit and hyperactivity disorder (e.g., Ruiz, Luciano, Gil, & Barbero-Rubio, 2012), and in food, alcohol and drug cravings (Hooper, Sandoz, Ashton, Clarke, & McHugh, 2012; Masuda, Price, Anderson, & Wendell, 2010; Tapper, Shaw, Ilsley, Hill, Bond, & Moore, 2009). A number of studies have proven that acceptance and values strategies are efficacious with impulsive behavior as an experiential avoidance repertoire (see reviews in Hayes *et al.*, 2006; Ruiz, 2010, 2012). In a general sense, ACT promotes the acceptance of private events, making it possible for the person to fully experience emotions while behaving according to her freely chosen values. In so doing, ACT methods help clients to develop self-control repertoires, conceived as expanding patterns of committed actions linked to those values (i.e., psychological flexibility). In this direction, a brief ACT protocol was designed to alter adolescents' persistent pattern of impulsivity and conduct problems based on the results obtained in experimental analogs of the verbal processes involved in ACT methods. Likewise, the protocol was designed to overcome resistance to psychological treatment after years of unsuccessful results and persisting patterns of experiential avoidance.

METHOD

Participants

Five adolescents (15 to 17 years, three boys) who met the criteria for conduct disorder and impulsivity participated in this study. They had grown up in dysfunctional families and low-income social contexts. All of them presented a wide range of disruptive behaviors in the classroom, at home, and in the neighborhood, including consumption of tobacco, alcohol, and other drugs. They also had problems with criminal justice and were sentenced to perform community services for social integration and to receive psychological treatment and rehabilitation programs. By the time this study began, the adolescents had been in psychological treatment for two to three years delivered by the psychology school team and the social services in the community. The treatments were based on contingency management, behavioral contracts, family programs, and

Table 1. Main characteristics of participants.

Participant number name, gender, age	Family environment	Problem behaviors	Previous Treatment (legal measures)
P1 Juan, boy, 15 years	Dysfunctional family Low-income social context. Lack of parental control (excuse of disruptive behaviors). Aggressive family models Mother with psychiatric diagnosis.	Legal issues: vandalism and robbery, involvement in street gang fights. In class: negativism, oppositional behavior with teacher, fights with classmates. Comprehension problems.	Community work for social reintegration. Social skills, self-control, and school support programs. Family intervention.
P2 Luis, boy, 17 years	Functional family. Low-iddle income social context. Low parental supervision.	Legal issues: assault and robbery. In neighborhood: challenge the authority, disruptive and undisciplined behavior in the street. Substance use: tobacco and cannabis dependence, alcohol problems. In class: violent fights with classmates, academic failure, lack of perseverance in tasks, high intellectual skills.	Community work for social reintegration. Social skills and self-control programs.
P3 Isaac, boy, 15 years	Functional family. Low-income social context. Low parental supervision.	Legal issues: robbery and vandalism. Substance use: tobacco and drinking problems. In class: high truancy, introversion, low integration, and high loyalty to violent youth gangs.	Obligation to attend classes. Academic support program.
P4 Laura, girl, 16 years	Dysfunctional family. Low-income social context. Divorced parents (living temporarily at grandparents' home) Father with alcoholic dependence. Mother with psychiatric diagnosis.	Legal Issues: robbery and assault. In neighborhood and class: smoking, alcohol, and cannabis use. Irrascibility, extremely violent and unpredictable mood. Violent reactions with teachers and peers. Other issues: eating disorders (bulimia/anorexia). Victim of rape under the effect of drugs.	Community work for social reintegration. Family Intervention.
P5 Ana, girl, 16 years	Functional family. Low-middle income social context. Low parental supervision.	Legal issues: aggressive behavior. In neighborhood and class: high truancy. Aggressive behavior with peers, sister, and family. Substance use: tobacco and cannabis addiction.	Interpersonal problem solving and self-control programs.

self-control, and social skills training. Although the adolescents had improved in some areas, their overall functioning was very poor. Table 1 presents the specific characteristics of each participant's repertoire as reported by the psychosocial community services and the psychology team at school.

The functional analysis conducted at the beginning of this study revealed that all the adolescents had a history of problematic conflict resolution characterized by an inflexible and persistent pattern of experiential avoidance. As shown in Table 1, all five adolescents showed a repertoire of deliberate problematic actions such as aggressive verbal reactions, physical violence, drug use, etc. These actions were directed towards the immediate reduction, elimination, or relief of anger, tension, thoughts/feeling of inferiority, frustration, and so on. The persistence of these repertoires produced very limited opportunities for success at school or to become socially integrated in their community. Finally, the analysis revealed that they had become resistant to and uninterested in psychological interventions.

Design

A case series study with five participants was conducted to assess the effect of a brief, individual, 4-session, ACT protocol that was implemented throughout two weeks. The protocol was delivered by the psychologist who had previously been implementing the cognitive behavioral interventions with limited success. Disruptive and desirable behaviors were assessed at pretreatment, during treatment, and posttreatment by the adolescents themselves and by their teachers. Three self-report instruments assessing, respectively, impulsivity, self-control, and psychological flexibility were also administered to the adolescents at pre and posttreatment. Data from teachers, peers, relatives, and neighbors were collected at posttreatment and at the 1-year follow-up.

Instruments and Measures

All the adolescents had participated in multiple programs at school and psychosocial services in the community. As a result, they had become tired of and resistant to formal evaluations. Accordingly, the use of this type of measures was very limited, and a different approach was followed, consisting of naturalistic observations in daily contexts provided by the teachers and significant others.

Disruptive behaviors. This type of behaviors was defined as those actions that might typically be under the direct control of reducing negative emotions or producing immediate pleasure, such as breaking objects, smoking in class, stealing objects from peers, fighting and starting arguments with peers, breaking school equipment and furniture, being late or missing classes, leaving the class, hiding to escape from school, threatening and intimidating behaviors, insulting colleagues, questioning the teacher's rules, etc.

Desirable behaviors. This type of behaviors was defined as those actions that might typically be under the control of the adolescents' valued directions. The behaviors were those related to finishing Obligatory Secondary Education, which was the main legal requirement in their situation. Examples of desirable behaviors were on-task behavior in class and following the in-class rules:

attending class, arriving on time, complying with teachers' demands, doing homework, participating in group activities, showing tolerance to frustration, going to exams, interacting calmly with teachers and peers, persevering in goals, etc. Six teachers reported the frequency of disruptive and desirable behaviors in class. Teachers provided this information on eight days: two days before the intervention, four days during, and two days after the intervention. Two independent observers rated the frequency of the behaviors during the eight days.

Qualitative information. Qualitative information was obtained from the adolescents themselves as well as from other people in the school and the community. The adolescents provided information during the evaluation, treatment process, and follow-up. The information by significant others (peers, family, friends, and neighbors) was provided at pretreatment, posttreatment, and follow-up. The therapist contacted all of them and asked about the presence or absence of problematic behaviors as well as of prosocial actions and behaviors that were defined by the adolescents as important for them.

Acceptance and Action Questionnaire –II (AAQ-II; Bond et al., 2011). The AAQ-II is a general measure of experiential avoidance or psychological inflexibility. It consists of 7 items that are rated on a 7-point Likert-type scale (1= never true; 7= always true). The items reflect unwillingness to experience unwanted emotions and thoughts (e.g., “I am afraid of my feelings,” “I worry about not being able to control my worries and feelings”) and the inability to be in the present moment and behave according to value-directed actions when experiencing psychological events that could undermine them (e.g., “My painful experiences and memories make it difficult for me to live a life that I would value.”). In this study, we used an initial, 10-item version of the AAQ-II, and items were scored so that higher scores reflect higher psychological flexibility. The Spanish version by Ruiz, Langer, Luciano, Cangas, and Beltrán (2013) has shown good psychometric properties and a one-factor structure.

Magallanes Computerized Impulsivity Scale (EMIC; Servera & Llabrés, 2000). The EMIC is a computerized version of the Matching Familiar Figure Test (MFFT; Kagan, 1965) that measures the reflexivity-impulsivity cognitive style. It consists of 16 items in which the participant has to observe a sample figure centered in the upper part of the computer screen and then, six comparison figures in the lower part of the screen separated by a horizontal line. The participant has to select the comparison figure that is identical to the sample. In this study, we used the score on impulsivity provided by the EMIC after completion of the test. The EMIC has shown high internal consistency and good test-retest reliability (Servera, Cardo, Tortella-Feliu, & Buela-Casal, 2009).

Self-Control Schedule (SCS; Rosenbaum, 1980). The SCS assesses the tendency to apply self-control methods to the solution of behavioral problems. It consists of 36 items that are rated on a 6-point Likert-type scale (-3= very uncharacteristic of me, extremely undescriptive; +3= very characteristic of me, extremely descriptive). The SCS covers four aspects related to self-control: (a) the use of cognitions and self-statements to control emotional and physiological responses, (b) the application of problem solving strategies, (c) the ability to delay immediate gratification, and (d) perceived self-efficacy. We used the Spanish version by Capafons and Barreto (1989).

Treatment

A brief ACT protocol was specifically designed to functionally suit the resistance to, or the lack of interest in, psychological treatment after years of unsuccessful results,

and to focus on the inflexible and persisting experiential avoidance repertoire. That is, the protocol was suited to alter the presence of impulsivity and, conversely, to promote self-control repertoires.

The protocol was based on ACT books (Hayes *et al.*, 1999; Wilson & Luciano, 2002) in addition to the information provided in clinical and experimental analogs conducted at the time the protocol was designed (e.g., Luciano *et al.*, 2011). A detailed description of this protocol was published in English with other protocols designed for adolescents (see Luciano, Valdivia, Gutiérrez, Ruiz, & Páez, 2009). The protocol in Spanish language is included in the Annex.

The protocol was aimed at developing the ability to tolerate emotion-laden thoughts while being in charge of one's own behavior to act according to valued directions. Specifically, it was focused on four aims: (a) to set a context between the therapist and the adolescent to promote a sense of responsibility, (b) to confront the adolescents with the effect of their behavior (pros and cons) and the experience of creative hopelessness of the inflexible behavior regulation, (c) to clarify personally valued directions, and (d) to promote defusion and self-as-context skills so that the adolescents could take charge of their thoughts and feelings and choose actions according to their values.

The ACT protocol involved a radical change in the rationale of psychological treatment that the adolescents had followed during the past years because, for the first time, they were made responsible for the therapeutic work that was specifically focused on their interests and values.

Procedure

The participants were given the choice to voluntarily participate in a new program and to receive guarantees of confidentiality. The whole procedure was carried out over fourteen days in the school center and during school hours. The intervention consisted of four individual, 90-min sessions conducted twice a week. All sessions were tape-recorded with the participants' authorization. All participants received the sessions on the same days.

Two days before the beginning of the protocol implementation, the teachers were given the record sheets of the disruptive and desirable behaviors. Then, the four sessions followed throughout two weeks (see Table 2).

Session 1 (3rd day). Generating a new context for therapeutic interaction and analysis of the efficacy of in-class behavior. The goals were, firstly, to generate a new context for the interaction between the therapist and the adolescents and, secondly, to begin the analysis of the pros and cons of what they did in class. The therapist assured the adolescent the confidentiality of the sessions and offered the possibility of attending voluntarily. As part of the new approach to work, any proposal by the therapist had to be freely accepted by the adolescents. The therapist also asked for permission to audio-tape the sessions in order to improve her own work, which so far had not been very successful.

The therapist proceeded to acknowledge that, in previous interventions, she and the team had somehow been trying to force the adolescents to make specific changes. She also acknowledged that most of the things they were requested to do had not taken into account what really mattered in their lives. She and

Table 2. Procedure overview.

Table 2. Procedure overview.			Time
Administration of teachers' records and participants' self-reports			Day 1 Day 2
Session number	Goals and therapeutic components	Clinical methods	
1	Setting a clinical context that promote the sense of personal responsibility for behavior change.	Help me to help you to choose freely Functional analysis of problems. Analyzing pros and cons of what they do in class (Luciano <i>et al.</i> , 2009).	Day 3
2	Promoting the creative hopelessness experience in order to confront the adolescents with the effects of their behavior regulation. Discriminating their own behavior Connecting IN-OUT examples.	Analysis of experiential avoidance chains. Noticing the thoughts/feelings, rules, actions performed and workability of the strategies in the context of conflicts and a life based on values. Who is in charge? (Luciano <i>et al.</i> , 2009).	Day 5
3	Clarifying personal values, identifying valued directions, goals, actions, and barriers. Dismantling the context for reason- giving. Connecting IN-OUT examples.	The magic wand and the crystal ball metaphors. The boat in the open sea and the ports metaphor (Luciano <i>et al.</i> , 2009). Undermining reasons-given exercise (Hayes <i>et al.</i> , 1999; Wilson & Luciano, 2002, p. 227).	Day 8
4	Training defusion skills and a sense of self as context through multiple exemplar training. Connecting IN-OUT examples.	Physicalizing the dimensions of the self: the circle and pieces of paper (Luciano <i>et al.</i> , 2009). Written thoughts into the pocket (based on Gutiérrez <i>et al.</i> , 2004). Eye-to-eye contact exercise (Hayes <i>et al.</i> , 1999, p. 244; Wilson & Luciano, 2002, p. 199). The autumn and the leaves exercise (Pankey & Hayes, 2004, p. 320; Wilson & Luciano, 2002, p. 216). Doing squats exercises.	Day 10
Administration of teachers' records and participants' self-reports.			Day 15
			Day 16
Positive/negative actions reported by participants, teachers, family members, neighborhood.			1 year F-Up

the participants acknowledged that those kinds of interventions had not been useful. In this context, she emphasized the importance of learning to taking full responsibility of one's own decisions and that these choices included accepting to receive treatment in a different way and respecting the legal limits under which they had to work. She also stated her personal choice of working in a different way for them to make a change in their lives. When they agreed, she invited them to talk about what they would like to improve in their lives and the goals they would really like to achieve. That way, there was a commitment between each adolescent and the therapist to work for chosen goals, respect the legal limits to being there, avoid instructing about what to do, respect free attendance to the sessions as well as to take responsibility for the actions occurring in and out of the sessions. This part of the session was evaluated by the therapist and the adolescents as a radical change in comparison to the way they had been interacting in the past. All of them felt that the therapeutic context was very different and a sense of intimacy was felt in such moments.

The second part of the first session was dedicated to confronting the adolescents with the immediate and long-term effects of their behavior in terms of what

really mattered in their lives. This was done in order to establish the conditions to contact with the experience of creative hopelessness. This highly experiential therapeutic process was aimed at undermining the experiential avoidance pattern and creating the possibility of reacting differently to unwanted private events in order to behave in accordance with valued goals. To achieve this, the adolescents were requested to give their permission to ask specific questions regarding what they usually do in class. Then, the therapist proceeded with the functional analysis using examples of problematic behavior regulation. For instance, the therapist used an example of insulting and threatening their classmates because they were angry when someone looked at them threateningly. She asked the participants what were they aiming at with those actions in order to explicitly state the rule being followed (e.g., When they make me nervous and bother me, they need to know who I am. I will not let anyone bother or threaten me. I can control my nerves by insulting and threatening all the stupid people around me and, really, that way, I feel much better. That's all). The therapist asked about additional thoughts and feelings showing up at those moments as well as about what they used to do. Then, she asked what happened with their thoughts and feelings when they insulted people and what the others used to do, and what thoughts and feelings emerged immediately after their insulting reactions. Subsequently, she asked whether they felt that these thoughts and feelings were controlling their reactions. In addition, the adolescents were asked to pay attention to the immediate effect of their behavior and to the accumulative effect of these reactions or the long-term consequences. That is, they were asked about the pay-off for their behavior when following their own rules (e.g., the others shut up most of the times, their nerves were calmed down and they felt good by making it clear who they are, etc.) and about the cumulative effects on their emotions, nerves, and thoughts of being threatened or the sensation/thought of not being right. Likewise, the therapist asked about the type of person they were being and whether they were missing out on important goals and life directions.

At the end of the session, the adolescents were invited to complete self-reports in order to permit them to monitor their behavior (feelings, thoughts, memories, etc.), their reactions to it and, finally, to explore the consequences of their acts. The adolescents voluntarily committed themselves to observing the consequences of their actions in the short and long terms both for themselves and for the other people.

Session 2 (5th day). Establishing creative hopelessness experience through multiple examples of in-class problematic behavior. This session was fully dedicated to the ACT component of creative hopelessness. The therapist proceeded to analyze the multiple examples of the problematic behavior that the adolescents had reported as being controlled by a wide range of aversive private events (i.e., rage, humiliation, angry, frustration, etc.). She emphasized the feelings of discomfort, the triggers and the rules that drove their aggressive reactions. She focused on the consequences of their behavior in the short term and in the context of the things they valued in their lives. She gave the adolescents the opportunity of seeing themselves reacting similarly for years and the consequences of achieving the lives they would like. In summary, the therapist confronted them with the uselessness of their strategies in order to generate the experience of creative hopelessness through exemplars of the same strategy in the past, recently, and in the future.

For example, reacting aggressively could help them to feel good at the short term, but in the long term, it may not, because they had problems with the

teachers and would be expelled from school. In this context, the therapist asked why staying at school was really important for them and the adolescents named a number of goals that would not be accomplished without getting a degree. The therapist asked them repeatedly why these things were important to them until the adolescents expressed a lot of life goals. Once these goals were established, the therapist proceeded to confront their pattern of impulsive behaviors with these valued goals by asking them if their aggressive and impulsive behaviors were aligning them with these goals, or away from them. She also asked them to observe themselves performing these behaviors for their whole lives and what image they might have of themselves. This sequence served to establish the conditions for the next important step: clarifying valued directions. In order to prepare the next session, participants were invited to think about desirable directions to work towards and were given sheets to register more examples of engagement in the problematic strategy they were following (i.e., experiential avoidance), and asked to pay attention and observe their own behavior and the consequences of their choices.

Session 3 (8th day). Clarifying personal valued directions. Values clarification was introduced to help the participants to discern the things they wanted to achieve in their lives. Clarification was made in terms of general directions, goals for the short, medium, and long terms, and everyday steps that should be addressed in order to advance in those directions. Special emphasis was placed on the participants' ability to choose freely, strengthening their individuality, personal responsibility in whatever action they might choose, and help them to discriminate their own behaviors and their consequences in the context of the previously defined general valued directions. In doing so, psychological barriers emerged and the short and long term consequences of their choices were discussed. During this process, the therapist constantly made explicit the participants' freedom to choose their goals in the general context of the limits imposed by law. Then, the therapist continued the values clarification by introducing several metaphors specifically tailored for this protocol (e.g., the magic wand, the crystal ball, and the boat in open sea and the seaports; see Luciano *et al.*, 2009 and Annex). When the valued directions were established and the goals and specific actions towards such directions were selected, barriers emerged, such as reasons to keep on using the same strategy. The therapist responded to these barriers by asking who was in charge of the actions when they behaved under the control of the barriers, and who they wanted to be in charge of their lives. That is, many reasons were given by the adolescents to keep on doing the same things as before and this was the context for introducing values and for defusion exercises to undermine reasoning and to choose actions according to values instead of to those reasons. This was the context for the therapist and adolescents to agree to work more specifically on defusing from thoughts, emotions, and the *International* rules that lead them in the opposite direction to what they really want.

Session 4 (10th day). Defusion from thoughts/emotions/rules and the ability to experience the self as context. Defusion strategies allowed the participants to practice the observation of private events as they occur in the present moment. These strategies are aimed at establishing regulatory functions to the experience self-as-context experience so participants can choose to act according to their values no matter what private events surface in the present moment. In other words, the whole intervention aimed to promote the generalized repertory of discriminating one's own ongoing behavior, including thoughts and feelings, through deictic and hierarchical framing (see Luciano *et al.*, 2009, 2011, 2012; Törneke, Luciano, Barnes-Holmes, & Bond, in press).

Defusion strategies were taught through experiential exercises within a multiple-example training (see exercises in Hayes, *et al.* 1999, Hayes & Stroschal, 2004; Luciano *et al.*, 2009, 2011; Páez & Luciano, 2012; Wilson & Luciano, 2002). For example, one of the first exercises was physicallyizing the dimensions of the self, which consists of allowing the person to notice a thought when it shows up, to notice such noticing, to notice or experience the context of this noticing as ME, and to notice the experience of ME as the context for chosen actions. Many other exercises were adapted with the same goal (e.g., write thoughts on pieces of paper and put in one's pocket, based on Gutiérrez, Luciano, Rodríguez, & Fink, 2004; the eye contact exercise, Hayes *et al.*, 1999, p.244; Wilson & Luciano, 2002, p.199; the autumn and the leaves exercise, Pankey & Hayes, 2004, p.320; Wilson & Luciano, 2002, p.216; doing squats exercise and the circle and pieces of paper for promoting in vivo self-as-context, Luciano *et al.*, 2009, p.252). It is worth noting that these exercises were connected to specific actions and the sensations and thoughts that emerged at those moments. That is, the therapist went through possible future scenarios and conflictive situations in order to provide the adolescents with as many opportunities as possible to notice the private events showing up in these situations and their usual counterproductive reactions to them and the alternative reaction of engaging in valued actions irrespective of the thoughts and feelings showing up. Finally, experiential exercises were also conducted for the participants to see themselves in the long term when engaging in chosen actions.

Posttreatment. Several days after finishing the protocol (the 15th and 16th days), data from the teachers as well as from the participants and significant others were collected. With respect to the self-report measures, participants were requested to respond taking into consideration their behavior during the past two weeks.

Follow-up. One year after the intervention was completed, the psychologist contacted the significant others in the adolescents' natural contexts and the adolescents themselves in order to obtain relevant information about their progress.

RESULTS

Figure 1 shows the frequency of disruptive and desirable behaviors in class based on teachers' daily reports. Considering the whole sample, the frequency of disruptive behaviors at pretreatment was clearly higher than the frequency of desirable behaviors (disruptive: $M = 7.70$, $SD = 3.59$; desirable: $M = 3.1$, $SD = 1.37$; $t(9) = 4.27$, $p = .002$). However, during the intervention, all participants showed significant decreases of disruptive behavior in class and increases of desirable behavior. At posttreatment, the number of disruptive behaviors was near zero ($M = .40$, $SD = .52$) and the pre-post difference was statistically significant ($t(9) = 6.48$, $p < .001$, $d = 2.85$). Likewise, participants showed a clear change of behavioral tendency (a statistically significant increase of desirable behaviors from pretreatment to posttreatment: posttreatment: $M = 13.30$, $SD = 2.31$; $t(9) = -10.71$, $p < .001$, $d = 5.37$). In fact, the frequency of desirable behaviors at posttreatment was clearly higher than the frequency of disruptive behaviors ($t(9) = -17.50$, $p < .001$).

The results of self-report measures are shown in Table 3 and Figure 2. All participants showed decreases in impulsivity as measured by the EMIC. The pre-post

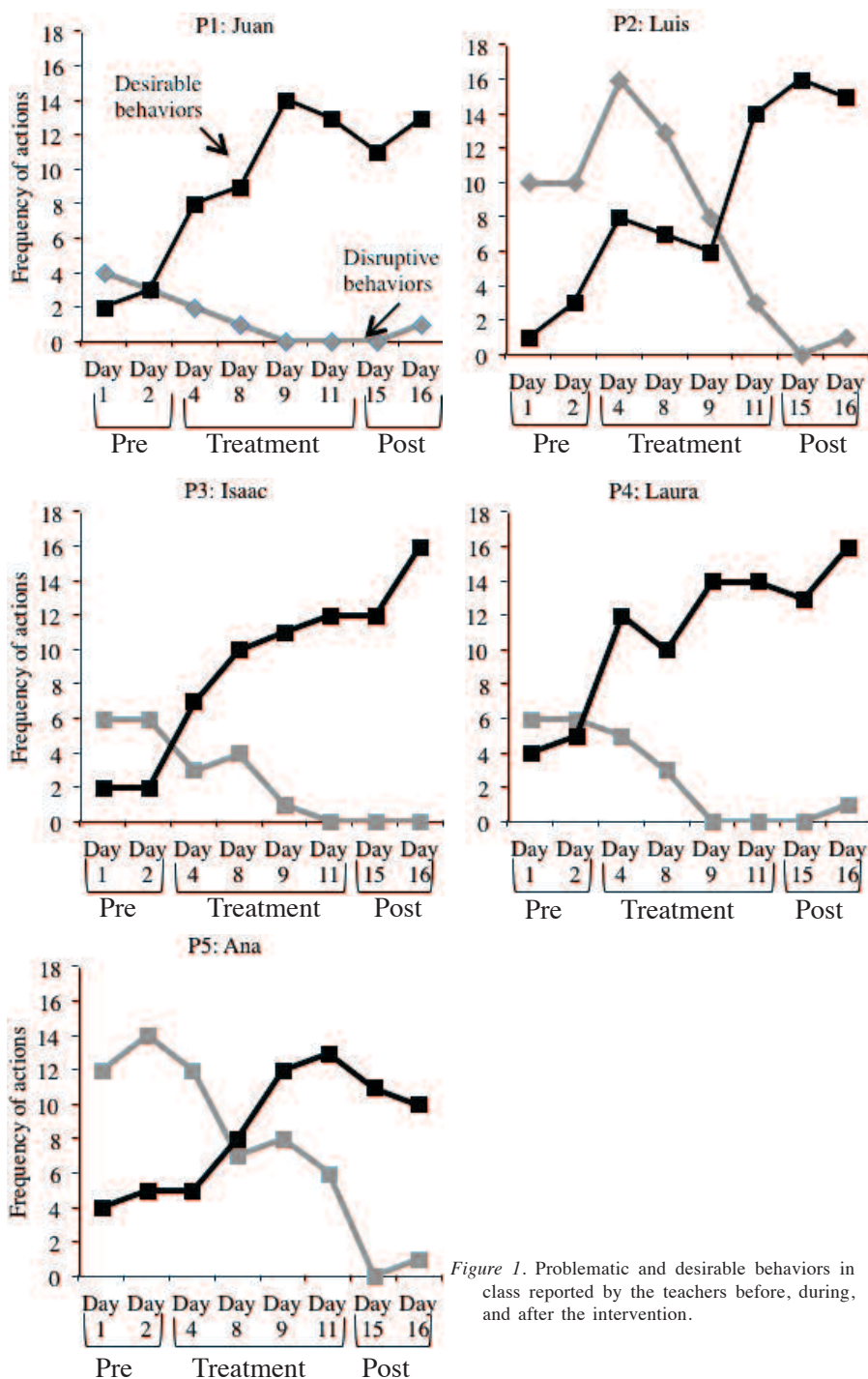


Figure 1. Problematic and desirable behaviors in class reported by the teachers before, during, and after the intervention.

Table 3. EMIC, SCS, and AAQ-II scores at pretreatment and posttreatment.

	PRETREATMENT			POSTTREATMENT		
	Impulsivity (EMIC)	Self-control (SCS)	Psychological Flexibility (AAQ-II)	Impulsivity (EMIC)	Self-control (SCS)	Psychological Flexibility (AAQ-II)
P1 Juan	51	27	36	35	38	45
P2 Luis	69	7	34	49	17	36
P3 Isaac	73	3	21	64	11	46
P4 Laura	47	4	46	22	27	47
P5 Ana	48	17	30	37	37	43
Mean	57.60	11.60	33.40	41.40	26.00	43.40
SD	12.40	10.24	9.10	15.85	11.96	4.39
<i>d</i>				1.14	1.29	1.40

difference was statistically significant (pretreatment: $M = 57.60$, $SD = 12.40$; posttreatment: $M = 41.40$, $SD = 15.85$; $t(4) = 5.54$, $p = .005$, $d = 1.14$). All participants also showed increases in self-report as measured by the SCS, with the pre-post difference statistically being significant (pretreatment: $M = 11.60$, $SD = 10.24$; posttreatment: $M = 26.00$, $SD = 11.96$; $t(4) = -4.84$, $p = .008$, $d = 1.29$). Lastly, 3 of the 5 participants increased their scores in psychological flexibility as measured by the AAQ-II, whereas the remaining 2 showed small increases. The pre-post difference was not statistically significant (pretreatment: $M = 33.40$, $SD = 9.10$; posttreatment: $M = 43.40$, $SD = 4.39$; $t(4) = -2.29$, $p = .083$, $d = 1.40$).

Table 4 shows the presence/absence of problematic and desirable behaviors in a general sense and beyond the school context as reported by the participants, teachers, family members, classmates, and neighborhood. At posttreatment, all five participants increased the number of actions connected to positive progress, while negative reactions decreased. This difference was even higher at the 1-year follow-up, with only one participant showing one problematic behavior, and all participants showing the presence of all the desirable behaviors.

DISCUSSION

A brief, individual, 4-session ACT protocol was implemented with 5 at-risk adolescents who had legal issues due to law violations. All of them had been receiving the usual psychological treatment for 2 to 3 years with limited success. Due to this lack of positive results, a radical change was proposed in which the adolescents were given the role of becoming responsible for their own choices. All participants improved their behaviors very quickly, during a lapse of two weeks, which surprised the therapist as well as other people (e.g., teachers, classmates, family). Changes were measured in class during the treatment, and general information from different contexts and informants one year later showed that the changes expanded across different areas in their lives.

With respect to the former assessment, a clear difference in the adolescents' behaviors in class was observed according to the teachers' reports. The frequency of problematic behavior (e.g., fighting with classmates, oppositional responding to teachers, running away from classes and exams, etc.) decreased to a near zero point at the end of the sessions and, more importantly, these behaviors no longer interfered in the teacher-peer-student relationships and in academic progress. Moreover, desirable

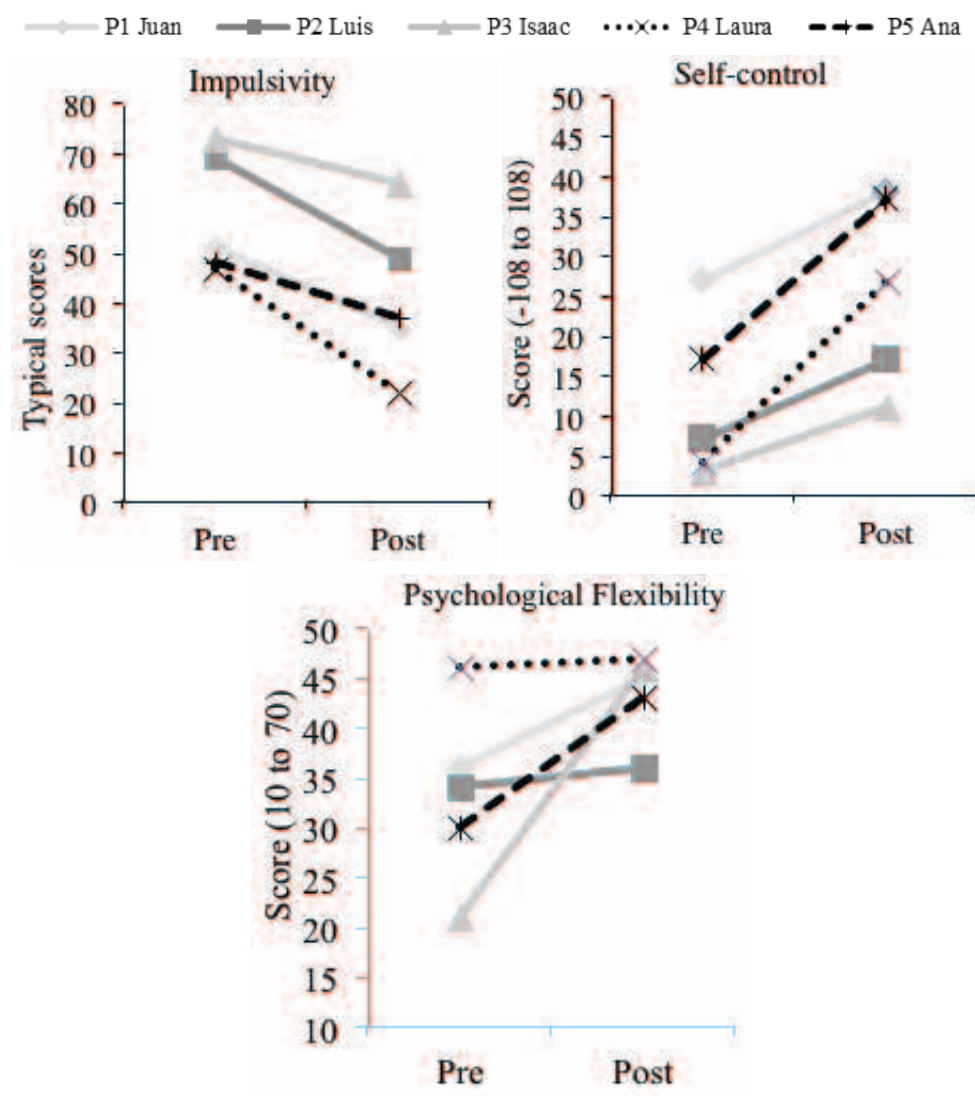


Figure 2. Changes in EMIC, SCS, and AAQ-II scores from pre to posttreatment.

behaviors in class increased significantly (e.g., attending classes, participating in groups, persevering in difficult tasks, being able to tolerate frustration and tension, and reducing violence, etc.). In addition, participants also showed a change in self-report measures at posttreatment. In this regard, it is worth noting that the quick change, only two weeks after pretreatment, was obtained by asking participants to respond under the control of such a temporal perspective (i.e., in the AAQ-II and SCS).

Most importantly, at the 1-year follow-up, the participants strengthened their

Table 4. Presence or absence of problematic and desirable behaviors before and after treatment, and at one-year follow-up based on teachers', family's, and classmates' reports and self-reports.

Participants	Problematic (<i>italic</i>) and desirable behaviors	Before treatment	After treatment	1 year follow-up
P1 Juan	<i>Legal issues (vandalism, robbery)</i>	YES	NO	NO
	<i>Negativism and oppositional behavior with teachers</i>	YES	NO	NO
	<i>Fights with classmates</i>	YES	NO	NO
	Following instructions	NO	NO	YES
	Compliance with academic work	NO	YES	NO
	Good job achievement	NO	YES	YES
	Taking care of his younger brother	NO	NO	YES
P2 Luis	Contributing daily in housework	NO	YES	YES
	<i>Legal issues (assault, robbery)</i>	YES	NO	NO
	<i>Challenging the authority, disruptive behavior in class</i>	YES	NO	NO
	<i>Fights with classmates</i>	YES	NO	NO
	<i>Consumption of tobacco, cannabis, and alcohol</i>	YES	YES	NO
	Following instructions	NO	YES	YES
	Attending classes regularly	NO	YES	YES
P3 Isaac	Persevering in tasks	NO	YES	YES
	Attending music conservatory	NO	NO	YES
	<i>Legal issues (vandalism, robbery)</i>	YES	NO	NO
	<i>Truancy</i>	YES	NO	NO
	<i>Consumption of tobacco and alcohol</i>	YES	YES	NO
	<i>Participation in youth gangs</i>	YES	YES	NO
	Participating in other social groups and activities	NO	YES	YES
P4 Laura	Attending classes regularly	NO	YES	YES
	Going to exams	NO	YES	YES
	<i>Legal issues (assault, robbery)</i>	YES	NO	NO
	<i>Bulimic/anorexia episodes</i>	YES	YES	NO
	<i>Consumption of tobacco, cannabis, and alcohol</i>	YES	YES	NO
	<i>Violent behaviors and unpredictable reactions</i>	YES	NO	NO
	Having a partner	NO	NO	YES
P5 Ana	Having a job	NO	NO	YES
	Balanced diet	NO	YES	YES
	Doing exercise regularly	NO	YES	YES
	<i>Legal issues (physical aggressions)</i>	YES	NO	NO
	<i>High truancy</i>	YES	NO	NO
	<i>Aggressive behavior with peers, sister, and family</i>	YES	NO	NO
	<i>Consumption of tobacco and cannabis</i>	YES	NO	NO
	Attending classes regularly	NO	YES	YES
	Going to exams	NO	YES	YES
	Participating in class	NO	YES	YES
	Good relationship with her sister and family	NO	YES	YES

psychological flexibility skills and experienced vital changes in other many relevant life areas other than school achievement and daily coexistence with peers. For instance, changes occurred to the point that, at the end of that academic year, Juan, Luis, and Laura were able to finish the Obligatory Secondary Education, whereas Isaac and Ana finished during the next academic year. It could be said that the treatment impacted the impairment of this group of youths, which changed in ways that placed them within normative levels of functioning. This has been a clearly relevant clinical criterion (Kazdin, Bass, Ayers, & Rodgers, 1990).

All four adolescents who were using alcohol, tobacco or cannabis quit during the

one-year follow-up as informed by significant others. No participant presented illegal behaviors such as vandalism, robbery, or aggressive behaviors, either within or outside of the school during the entire year. Moreover, they reoriented their lives towards more valued goals and engaged in healthy activities and relationships. For instance, Juan and Laura found jobs and were working well, Luis started to study music in a very demanding program in the community conservatory, and all of them were participating in new social groups and having good family relationships. For example, Laura had a new healthy partner, Ana maintained a good relationship with her sister, and Juan was collaborating with his family not only in daily tasks but also economically.

In spite of the limitations associated with single case studies, which do not allow the isolation of the effects of the intervention from other possible change sources, it is important to point out that it seems that, for the first time in their lives, this small group of at-risk adolescents, who had a very disabled profile, had an opportunity to change their lives. The characteristics of the impulsive and severe antisocial repertory as well as their treatment resistance defined these adolescents as “lost cases.” However, this changed after the implementation of the brief ACT protocol. Further studies with better measures are required to isolate the relevant components of the ACT protocol as well as to compare it to other treatment conditions. However, in this study, the naturalistic observation and consensual definition of specific desirable and problematic behaviors in class became a persuasive source of data that was sensitive to the important difference in the youths’ lives as they themselves expressed it and it was experienced by others with whom they were interacting (see Kazdin, 1992).

Some treatments have been efficacious with this type of population but, mainly, when the family or the children and adolescents’ broader environment became part of the treatment. However, this is problematic, and somewhat paradoxical, because involving the families of this population in the treatment is almost impossible in many cases (Kazdin, 1990; McMahon, Forehand, Griest, & Wells, 1981). Instead, the protocol implemented in this study reduced the number of persons involved in the treatment. This protocol permits the adolescents to be better able to learn to discriminate their own behavior and to choose and to take full responsibility for their actions. Further, it seemed that this was the first time they were asked about the kind of lives they wanted to achieve and were treated respectfully by other adults. This element seems to have functioned as a critical and powerful motivational context.

In addition to the change of context to begin the new treatment as mentioned above, the brief protocol contained the key ACT components and was flexible enough to be tailored to the problems addressed in this study. Specifically, from the very beginning, the protocol provided the context to allow the adolescents be in charge of their choices in the context of letting them contact with the consequences of their actions at both the short and long terms. This is important in this context because adolescents with conduct disorder typically do not perceive their behavior as problematic. In this sense, the functional analysis was conducted experientially with in-session examples and exploring functionally equivalent out-session behaviors in order to establish a context for creative hopelessness and values clarification. The work on values clarification was especially important because it set the stage to choose behavior even in the presence

of unwanted thoughts and feelings. In addition, it is important to note that the protocol enhanced defusion skills training from the very beginning for discriminating one's own thoughts, emotions, and actions. That is, defusion skills were trained through a multiple-exemplar training in order to permit the adolescents to experience difficult or unwanted thoughts and emotions as well as the rules driving their behavior. According to recent studies, the core element of the protocol was the conjoint interaction of defusion training implemented in a valued context. This involves learning to interact with ongoing private experiences in deictic and hierarchical framing (see Luciano *et al.*, 2011, 2012; Törneke *et al.*, in press).

To conclude, the brief ACT protocol seems to be effective with a population that typically drops out of treatment early. Important characteristics of the protocol are the motivational effect of the first session, the brevity of the protocol, its minimum intrusiveness, and the ecological validity of the intervention and measures used. Taking these features as a whole, this brief ACT protocol deserves further research.

REFERENCES

- Alexander J & Parsons BV (1982). *Functional Family Therapy*. New York: Kluwer Academic.
- Baer RA & Nietzel M (1991). Cognitive and behavioral treatment of impulsivity in children: A meta-analytic review of the outcome literature. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 400-412.
- Capafóns A & Barreto P (1989). Competencia aprendida: fiabilidad y validez de su medida, críticas y recomendaciones [Learned competency: Reliability and validity of its measure, critics, and recommendations]. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 7, 19-39.
- Flessner DA & Woods DW (2006). Phenomenological characteristics, social problems, and the economic impact associated with chronic skin picking. *Behavior Modification*, 30, 944-963.
- Gutiérrez O, Luciano C, Rodríguez M, & 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, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, & Lillis J (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behavioural Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes SC, Strosahl KD, Bunting K, Twohig M, & Wilson KG (2004). What is Acceptance and Commitment Therapy? In SC Hayes & KD Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 3-29). New York: Springer.
- Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, & Strosahl KD (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes SC & Strosahl KD (Eds.) (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer.
- Hayes SC, Strosahl KD, & Wilson KG (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes SC, Strosahl KD, & Wilson KG (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.
- Henggeler S, Schoenwald W, Borduin CM, Rowland MD, & Cunningham PB (1998). *Multisystematic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Hooper N, Sandoz EK, Ashton J, Clarke A, & McHugh L (2012). Comparing thought suppression and acceptance as coping techniques for food cravings. *Eating Behaviors*, 12, 62-64.
- Kagan J (1965). *Matching Familiar Figures Test*. Cambridge, CT: Harvard University.
- Kazdin AE (1990). Premature termination from treatment among children referred for antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 31, 415-425.
- Kazdin AE (1992). Child and adolescent dysfunction and paths toward maladjustment: Targets for intervention. *Clinical Psychology Review*, 12, 795-817.
- Kazdin AE (1993). Evaluación de trastornos conductuales y emocionales en la infancia [Evaluation of childhood behavioral and emotional disorders]. In G Buela-Casal (Ed.), *Manual de Evaluación Psicológica*. Madrid: Siglo XXI.
- Kazdin AE (1997). Practitioner review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of*

- Child Psychology and Psychiatry*, 38, 161-178.
- Kazdin AE (2005). *Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Oxford University Press.
- Kazdin AE, Bass D, Ayers WA, & Rodgers A (1990). Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 729-740.
- Luciano C & Hayes SC (2001). Trastorno de Evitación Experiencial [Experiential avoidance disorder]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 109-157.
- Luciano MC, Rodríguez M, & Gutiérrez O (2004). A proposal for synthesizing verbal context in Experiential Avoidance Disorder and Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 377-394.
- Luciano C, Ruiz FJ, Vizcaíno-Torres R, Sánchez V, Gutiérrez-Martínez O, & López-López JC (2011). A relational frame analysis of defusion interactions in Acceptance and Commitment Therapy. A preliminary and quasi-experimental study with at-risk adolescents. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 165-182.
- Luciano C, Valdivia-Salas S, Gutiérrez-Martínez O, Ruiz FJ, & Páez-Blarrina M (2009). Brief acceptance-based protocols applied to the work with adolescents. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 237-257.
- Luciano C, Valdivia-Salas S, & Ruiz FJ (2012). The self as the context for rule-governed behavior. In L McHugh, & I. Stewart (Eds.), *The self and perspective taking: Research and Applications* (pp. 143-160). Oakland, CA: Context Press.
- McMahon RJ, Forehand R, Griest DL, & Wells KC (1981). Who drops out of treatment during parent behavioral training? *Behavioral Counseling Quarterly*, 1, 79-85.
- Masuda A, Price M, Anderson PL, & Wendell (2010). Disordered eating-related cognitions and psychological flexibility as predictors of psychological health among college students. *Behavior Modification*, 34, 3-15.
- Páez-Blarrina M & Luciano C (2012). La integración de ACT y FAP en el trabajo con patrones rígidos de comportamiento [The integration of ACT and FAP at work with rigid behavior patterns]. In M Páez-Blarrina, & O Gutiérrez-Martínez (Eds.), *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso* (pp. 47-72). Madrid: Pirámide.
- Pankey J & Hayes SC (2004). Acceptance and commitment therapy for psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 311-328.
- Ruiz FJ (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.
- Ruiz FJ (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 333-357.
- Ruiz FJ, Langer AI, Luciano C, Cangas AJ, & Beltrán I (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish translation of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25, 123-129.
- Ruiz FJ, Luciano C, Gil E, & Barbero-Rubio A (2012). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad [Attention deficit hyperactivity disorder]. In M. A. Vallejo (Ed.), *Manual de Terapia de Conducta*, Vol. 2 (pp. 659-719). Madrid: Dykinson.
- Servera M, Cardo E, Tortella-Feliu M, & Buela-Casal G (2009). Propiedades psicométricas de la Escala Magallanes de Impulsividad Computarizada [Psychometric properties of the Magallanes Computerized Impulsivity Scale]. *Revista Mexicana de Psicología*, 26, 71-77.
- Servera M & Llabrés J (2000). *EMIC: Escala Magallanes de Impulsividad Computarizada (Manual y CD-Rom)* [Magallanes Computerized Impulsivity Scale; Manual and CD-Rom]. Cruces-Barakaldo: Albor-Cohs.
- Tapper K, Shaw C, Ilesley J, Hill AJ, Bond FW, Moore L (2009). Exploratory randomised controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite*, 52, 396-404.
- Törneke N, Luciano C, Barnes-Holmes Y, & Bond FW (in press). Relational frame theory and three core strategies in understanding and treating human suffering. In R Zettle, SC Hayes, A Biglan, & D Barnes-Holmes (Eds). *Handbook of Contextual Behavioral Science*. New York: Wiley & Blackwell.
- Twohig MP, Hayes SC, & Masuda A (2006). A preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for chronic skin picking. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1513-1522.
- Valero L (1997). Trastornos de conducta en niños y adolescentes [Conduct disorders in children and adolescents]. In MC Luciano (Ed.), *Manual de Psicología Clínica. Infancia y Adolescencia* (pp. 583-612). Valencia: Promolibro.
- Wilson KG & Luciano MC (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual*

orientado a los valores [Acceptance and Commitment Therapy (ACT). A value-oriented behavioral treatment]. Madrid: Pirámide.

Woods DW, Wetterneck CT, & Flessner CA (2006). A controlled evaluation of Acceptance and Commitment Therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 639-656.

Received, July 2, 2014

Final Acceptance, August 12, 2014

ANNEX*

(A reduced version of this protocol was published in English language in Luciano et al., 2009)

Sesión 1. Generando un nuevo contexto para la interacción entre terapeuta y adolescente (primera parte), y analizando pros y contras de su conducta (segunda parte).

Objetivos de la Primera parte:

- (1) Reconocer que las intervenciones previas no habían funcionado y solicitar su punto de vista.
- (2) Plantear, y pedir disculpar, porque tanto el equipo en su conjunto y la terapeuta, en particular, no les habían involucrado lo suficiente en la responsabilidad para elegir lo que querían hacer con sus vidas.
- (3) Ofrecer su disponibilidad para llevar a cabo un nuevo proyecto y pedir su disponibilidad y su permiso para llevarlo a cabo en los límites marcados por su situación legal.

Objetivos de la Segunda parte.

- (4) Iniciar el análisis funcional de las conductas problemáticas en clase
- (5) Comprometerse para ayudarles a trabajar en dirección a objetivos importantes para ellos.

Se indican algunos ejemplos de la puesta en escena del trabajo realizado en la Sesión 1.

Primera parte: Generar un nuevo contexto para la interacción terapeuta-paciente.

Terapeuta (T): Luis, me gustaría pedirte una sesión especial porque tengo que empezar hablando del trabajo que el equipo y yo hemos diseñado y los resultados obtenidos. ¿me das permiso para seguir?... (espera a que Luis asienta). Tengo la sensación de que hemos gastado bastante tiempo y energía y apenas hemos conseguido objetivos que perduren. ¿cuál es tu opinión o cómo valoras todo esto?

Luis (L): Pues ya que dices esto, es de las pocas cosas en las que estoy de acuerdo con vosotros. Me aburro un montón y si pudiera no me veríais el pelo. Siempre es el mismo rollo y a mí me cansas.

T: Te agradezco la sinceridad, aunque lo que me dices no me gusta estoy de acuerdo contigo. La verdad es que si yo estuviera ahí sentada probablemente sería más dura. Por ejemplo, me he dedicado a revisar por qué no ha funcionado esto y he encontrado una serie de puntos que te competen y por los que ya, de entrada, te voy a pedir disculpas como al resto de tus compañeros.

L: Vale. Me sorprende un poco, ¿de qué va esto?

A partir de ahí, la terapeuta exponía que aunque *estaban obligados por orden judicial a ir a terapia, de algún modo, ella sentía que les había forzado a estar ahí sin haber creado un espacio para que ellos pudieran decidir sobre sus opciones a pesar de las condiciones legales. Insistió en que ella había estado señalando el camino que tenían que hacer sin preguntarles. También que no les había pedido permiso para hacer lo que habían hecho, simplemente lo había asumido y les había tratado como si fueran niños a los que hay que guiar. Continuaba indicando que sentía que ella no había confiado en ellos, que les había bombardeado sobre lo que tenían que hacer y dejar de hacer. En resumen, les habían sermonado y sin tener su permiso. De modo claro y conciso, la terapeuta les decía que no había tenido en cuenta que eran personas capaces de responsabilizarse, de hacerse cargo de sus propias decisiones y de elegir.* Los participantes reaccionaron asintiendo y mostrando sorpresa e interés.

La terapeuta continuaba, entonces, indicando *los límites del trabajo y dejando que los adolescentes mostrasen sus ideas. Indicaba que a partir de aquel momento cada paso en terapia sería algo elegido entre los dos. También que dejaría de decirle lo que era mejor para él.* Continuaba diciendo:

T: *Estaré aquí para trabajar contigo en que tu vida vaya como tu deseas, en que sea importante y significativa para ti. Yo no voy decirte como tienes que hacer tu vida. No voy a asumir el papel de profesor ni de tus padres... Más. Tengo que decirte que no estoy aquí para hacer lo que tus padres y tus profesores te dicen que hagas sino para que tú valores todo ello como persona libre*

* This protocol was later applied to adolescents with hyperactive and conduct disorders as a Doctoral Thesis by Diego Padilla under the direction of C. Luciano and M. Páez and were presented in 9th Annual ACBS World Conference, Parma, Italy, July 2011.

padres y tus profesores te dicen que hagas sino para que tú valores todo ello como persona libre para asumir la responsabilidad de tus actos, dentro y fuera de la sesión. Estoy aquí para ayudarte en lo que tú creas que puede servir. ¿Estás conmigo en esto?

A partir de ahí, la terapeuta aseguraba la confidencialidad y la voluntariedad de asistencia a las sesiones. Como parte del nuevo contexto pedía permiso para grabar las sesiones con el fin de mejorar sus interacciones terapéuticas. Tanto terapeuta como adolescentes valoraron que esto significaba un cambio radical respecto de lo que habían hecho antes.

Segunda parte. Analizando los pros y contras de la conducta en clase.

Una vez que los adolescentes dieron permiso para iniciar el nuevo trabajo, se comenzó a revisar los problemas que ellos encontraban en las clases con el fin de iniciar el análisis funcional de la regulación limitante de su conducta. La terapeuta indicaba diferentes situaciones problemáticas del adolescente, por ejemplo insultar o amenazar a los compañeros de clases. Se le preguntaba por *lo que sentía o pensaba, por lo que le pasaba por la cabeza cuando insultaba o amenazaba*. Por ejemplo, *no puedo soportar que me rechacen y menos aún que otros chicos miren a mi novia, eso me agobia y me pone nervioso, y necesito que sepan quién soy yo*. Se le preguntaba qué conseguía de modo inmediato (por ejemplo, decía: *me siento mejor, me siento poderoso y seguro de que no se meterán con ella*) y las consecuencias a medio/largo plazo de hacerlo (*puede que no consiga terminar el colegio por los informes negativos del profesor, pero en realidad eso no me importa tanto. Yo no llegaré a ningún sitio y me gusta que las cosas sean como yo quiero*). En ese punto se le preguntaba *si pudiera conseguir algo importante, qué sería* (por ejemplo, uno de ellos respondió: *tener un trabajo y ganar dinero, vivir en otro sitio...*). Se hicieron más preguntas con el fin de poner sobre la mesa otros ejemplos de su regulación inflexible en otros escenarios. Por ejemplo, *¿tienes la sensación de estar agobiado? ¿te sientes rechazado con frecuencia? ¿te ocurre en casa, con tus amigos, con tu pareja? Dame un ejemplo de ambas y dime qué haces cuando te sientes agobiado o sientes que te rechazan? Cuando te peleas, insultas, y amenazas porque te sientes rechazado o agobiado, ¿tienes la sensación de elegir, de hacer las cosas conscientemente o, bien, sientes que te dejas llevar por el rechazo y el agobio? Al contestar que se dejaban llevar y que eso les generaba alivio y poder, se preguntaba, ¿y esa sensación de poder, de alivio, dura mucho, se queda contigo o se va? ¿Y cuando vuelves a sentir que te rechazan, que la sensación de poder sobre los otros es efímera, ¿qué sientes y qué haces, entonces? Cuando tratas de tener razón y conseguir lo que quieres y te peleas o insultas, ¿sientes que respondes sin más a lo que otros te dicen?, ¿quién está, ahí, al mando de tu conducta, la rabia, el rechazo y las ganas de conseguir lo que quieres, o estás tú al mando? ¿Te gustaría dejar el mando de tu vida a la rabia, al rechazo o te gustaría tenerlo tú? Si continuas dejando, durante muchos años, el mando a la rabia, al rechazo, al necesitar que las cosas sean como tú quieres ¿en qué tipo de persona te convertirías y cuántas cosas te podrías perder?*

Revisados unos cuantos ejemplos, la terapeuta pedía al adolescente que hiciera un autorregistro de ejemplos equivalentes para analizar en la próxima sesión. El compromiso para llevar a cabo esta tarea fue reforzado en el contexto de la importancia o utilidad que podía tener el ser conciente de la conducta del adolescente, sus consecuencias y el conocer si estas conductas eran útiles para conseguir la vida que ellos querían si pensaban a la larga. Le transmitió su confianza en su capacidad para pensar más allá de cada día, más allá de la escuela, más allá de su adolescencia, de su barrio, etcétera.

Sesión 2. Establecimiento de la experiencia de la desesperanza creativa.

Objetivos: analizar diversos ejemplos de la misma clase de regulación limitante para confrontar lo que busca y lo que ocurre. Conseguir que el adolescente discrimine las reglas que está siguiendo: *¿Cuál es el problema? ¿Qué está haciendo para resolverlo? ¿Lo resuelve? ¿Cuál es el efecto a largo plazo en el problema y en las cosas importantes de su vida?*

En la siguiente sesión la terapeuta analizaba los múltiples ejemplos que el adolescente había traído en el autorregistro. Se hacía hincapié en la forma en la que afrontaba el malestar, centrándose nuevamente en los eventos privados que motivaban esas conductas (por ejemplo, *sensación de rabia, de humillación, de angustia, de rechazo, frustración, etc.*). Se consideraban las consecuencias de su conducta a corto plazo y a medio/largo plazo, en el contexto de las cosas que ellos valoraban para su vida. Así, la terapeuta ponía de relieve la utilidad de las estrategias empleadas para generar la experiencia de la desesperanza creativa. El análisis de las consecuencias llevaba a concluir que reaccionar de forma agresiva para sentirse bien y poderoso no era rentable. Por ejemplo, Luis decía: *me ha ido mal en los exámenes y he estado a punto de que me echen de la escuela. No llegaré a ningún sitio pero es que no puedo hacer otra cosa cuando me viene la rabia o la frustración*.

En este punto la terapeuta preguntaba por qué era importante para él seguir en la escuela, más allá de lo que otros pudieran pensar. El adolescente mencionaba entonces un número de objetivos que no podrían ser alcanzados sin terminar los estudios, por ejemplo, el hecho de conseguir un buen trabajo. Al preguntar a los adolescentes por qué eso era importante, contestaban, por ejemplo, que para tener dinero. Nuevamente, a la pregunta de porqué tener dinero sería importante, y (de forma inesperada para

la terapeuta) todos los adolescentes señalaban que *para casarse y tener hijos en un futuro próximo, o porque tener un buen trabajo les ayudaría con los problemas económicos de sus familias*, etc. La terapeuta continuaba para tratar de confrontar lo que hacían y lo que conseguían con lo que parece que les era importante. Por ejemplo, indicaba: *así que reaccionar de forma agresiva, insultar a tu maestra, romper sillas, pelearte con todos cuando te sientes así de nervioso o cuando sientes que nada importa, ¿es trabajar en dirección a conseguir el título, conseguir un buen trabajo, casarte y tener hijos o ayudar a tu familia?* Cuando el adolescente contestaba no, la terapeuta respondía: *Y entonces ¿cuál es la alternativa, qué hacemos?* En ocasiones, el adolescente contestaba que estaba poniéndose nervioso, que se sentía mal al hablar de estas cosas, o que no le gustaba lo que estaba ocurriendo. Tal secuencia se aprovecharía como un establecimiento de operaciones motivaciones para el esclarecimiento de valores en la siguiente sesión.

Finalmente se les entregaban más hojas de autorregistro para que llevaran más ejemplos, centrados, ahora, en las consecuencias de sus reacciones. Éste sería el punto central que se discutiría en la siguiente sesión a la semana siguiente y, de nuevo, se les pedía que pensaran más allá de todo esto por las cosas que les gustaría conseguir o por el tipo de personas que les gustaría ser.

Sesión 3. Clarificación de valores personales.

Objetivos:

- (1) Establecer direcciones valiosas como un contexto para que los adolescentes elijan objetivos y metas coherentes con dichas direcciones.
- (2) Seleccionar acciones concretas dirigidas a avanzar en la consecución de dichas metas y que puedan ser llevadas a cabo con frecuencia.
- (3) Detectar las barreras psicológicas que surgirán al actuar en dirección a metas importantes y experimentar las consecuencias a corto y medio/largo plazo de comportarse bajo control de esas barreras (la rabia, las ganas de conseguir lo que desean inmediatamente, el rechazo, la frustración...) o, bien, bajo control de algo importante para ellos.

Al inicio de esta sesión, la terapeuta volvía a hacer explícita la libertad que los participantes tenían para elegir sus metas con el fin de reforzar tanto su autonomía personal como su responsabilidad individual en las acciones que eligieran. Les decía: *Todos tenemos límites en las cosas que podemos elegir. Yo quiero trabajar en esto y, por tanto, tengo libertad de lo que hago en la sesión pero he de hacerlo en el contexto de las normas del centro. En tu caso, estás aquí porque, como sabes, has ido más allá de los límites establecidos por la ley y tienes que seguir un programa. Sin embargo, como vimos el primer día, en el margen que tenemos, tanto yo como el equipo apenas os hemos dejado elegir y lo que hemos hecho no ha funcionado como tendría que funcionar. No te estoy lanzando la responsabilidad principal a ti sino que la asumo yo porque hay claros errores en el modo de llevar las sesiones y en como llegar a los objetivos. Como te dije, de ahora en adelante haré todo lo que pueda para tratarte como lo que eres, un adulto que puede elegir incluso estando forzado por condicionantes legales a estar en el centro y a tener sesiones. Sin embargo, lo que tú y yo hagamos aquí es algo que nosotros elegimos. Reitero que siento mucho haber gastado tu tiempo y el mío en algo que no ha funcionado y es mi propósito que vayamos en la dirección que marcamos el primer día. Después de un par de sesiones, quiero saber si sigues conmigo en ello.*

De este modo, el contexto interpersonal, iniciado el primer día, quedaba claramente establecido por el compromiso terapeuta-adolescente de seguir en una nueva dirección. A partir de ahí, la terapeuta solicitaba la información recogida desde la última sesión y, especialmente, ponía sobre la mesa lo que el adolescente podía anotado sobre lo que le gustaría llegar a hacer más allá de lo que pasaba en el momento actual y más allá de su rabia o su frustración. Para situar lo anterior y avanzar en la clarificación de valores, se introducían diferentes metáforas (*la varita mágica, la bola de cristal o el barco en mar abierto y los puertos*), elaboradas explícitamente para este protocolo y en las que las claves de perspectiva temporal y comparación fueron esenciales. Por ejemplo, se le decía: *Imagina que tenemos una bola de cristal aquí mismo y puedes verte ahí con el boletín de notas en tus manos, con 18 años, y al mirar el boletín encuentras que has superado la ESO. ¿Podrías situarte en ese punto y decirme que podrías pasar por tu cabeza...? ¿Qué sientes ahora si te vieras habiendo superado el límite?... Más aún, imagina también que tenemos una varita mágica que puedes usar para transformarte en el tipo de persona que tú quisieras ser en el fondo. No es fácil hacer esto pero mira si puedes. Dime, si pudieras mirar la bola de cristal y verte ahí, con 10 años más que ahora, dime, ¿qué te gustaría ver?... ¿te ves con amigos?, ¿con tu familia?, ¿tienes pareja, hijos?...*

La terapeuta, entonces, preguntaba *¿dime si haciendo lo que estás haciendo en las clases y demás (traía ejemplos problemáticos del adolescente en cuestión) podrías llegar a verte como te has visto a los 18... Y cómo te gustaría verte diez años más tarde?* El adolescente contestaba que no y, rápidamente, surgían numerosas barreras que, a modo de reglas, servían para justificar su modo impulsivo, agresivo de funcionar.

La terapeuta (T), pedía al adolescente (A) dejar esas razones, por un momento, sobre la mesa y centrarse en lo que parecía podía ser importante para él. Le pedía permiso para introducir la *metáfora del barco en mar abierto*. La T dibujaba un barco y pedía al participante que imaginara el barco, perdido,

navegando en mar abierto sin ningún puerto hacia el cual dirigirse, sin rumbo en alta mar. Entonces, la terapeuta establecía la equivalencia entre los puertos y las áreas que el adolescente había indicado que eran importantes en su vida (por ejemplo, el puerto de la familia, el puerto del trabajo, el puerto de las relaciones íntimas, el puerto de las relaciones de amistad). A continuación se indica el diálogo con uno de los adolescentes que identificó conseguir un trabajo como un objetivo a largo plazo y terminar la ESO -el colegio- como una meta a corto plazo en dirección al puerto del trabajo. Para ello, señaló una serie de acciones, por ejemplo, ir a clases cada día, no insultar a los profesores, cumplir con las reglas y normas escolares, hacer las tareas, estudiar, etc. En este punto, la T aprovechaba lo que el adolescente iba diciendo para fomentar la experiencia de la desesperanza creativa, es decir, para que el adolescente pudiera verse, en perspectiva temporal, haciendo lo que venía haciendo y el resultado a la larga. Seguidamente, que pudiera verse actuando en función de lo esencial.

T: ¿Qué pasaría si al salir de aquí volvieras a clase y no insultaras?

A: Yo no quiero que los otros miren a mi novia, que me insulten, necesito que la profesora me preste atención, tengo que entender los libros que leo, no quiero aburrirme.

T: Cómo te sientes cuando alguien mira a tu novia o te insulta?

A: Siento angustia, rabia, una tensión en el estómago que no puedo soportar... tengo que ir a por él.

T: ¿Y entonces?

A: Me siento bien, ¡es lo que se merece!.

T: Vale, y cuando vas a por él, ¿qué pasa?

A: Depende, a veces la profesora me echa de clase.

T: ¿Y qué sientes ahí cuando ves que te echa de clase?

A: No me importa, al final es siempre lo mismo.

T: (silencio)... Si pensamos en lo que hemos hablado de ir a los puertos importantes, ¿dirías que insultar a tus compañeros de clase es ir a un puerto o es quedarse dando vueltas, perdido en alta mar?...

A: Es más bien como estar perdido, siempre es igual, es así.

T: Y qué sientes cuando estás perdido, cuando estás ahí, dando vueltas, pero sin llegar a puerto?

A: No me gusta, me da rabia pero siempre es igual.

T: Y cuando sientes rabia, cómo reaccionas.

A: Ya lo sabes, insulto.

T: ¿Es dar vueltas, quedarse perdido en alta mar?

A: Sí.

T: Te preguntaré algo extraño, pero dime, ¿quién crees que está al cargo de su vida, al mando, cuando sientes rabia, tensión, tú o tu angustia, tú o tu tensión, tú o tu rabia?

A: Mi rabia, mi tensión... y me quedo en alta mar.. Ya sé lo que quieres decir.

T: ¿Y tú quieres que tu sentimiento de rabia esté al mando o quieres ser tú quien esté al mando del barco?

A: YO quiero estar al mando.

T: ¿Y quién es yo?

A: YO, Luis.

T: ¿Y dónde quieres estar tú, Luis, realmente? ¿Quieres estar perdido o quieres ir a puerto? Es tu elección, no la mía. Si tu eliges estar perdido, no hay mucho que yo pueda hacer, es lo que tú quieres y no necesitas ayuda para eso.

A: ¡No! ¡Yo quiero ir a puerto!.

T: ¿Qué necesitas para ir a puerto?

A: Te lo he dicho, no habría problema si consigo lo que quiero y nadie mira a mi chica. Eso sería perfecto, no habría rabia ni me pondría así de mal...

T: Entonces, cuando vienen esas sensaciones, tú te dejas llevar, dejas que mandes ¿es así?

A: Sí. ¿Y qué quieres que haga?

T: Bien, parece un conflicto. Y si no puedes controlar lo que otros hacen o dicen? ¿Y si buscamos el modo de llevar esas sensaciones tan difíciles?... ¿Y si vemos el modo de que mandes tú en lugar de dejar el mando a todo eso?

A: Eso es muy extraño. Dime cómo.

T: Te propongo unos ejercicios con el fin de aprender a llevar sensaciones de malestar, de rabia, de tener que estar por encima de ellos.

A: Claro, no lo haría. Tendrían que darse cuenta y cambiar ellos.

T: ¿Te está visitando la rabia ahora? ¿Notas la rabia ahora, cuando me cuentas este episodio?

A: Es que me estás preguntando, me pongo nervios y sí, siento rabia cuando no consigo lo que quiero.

T: ¿Y a quién le dejas el mando cuando está la rabia?

A: Ya lo sabes.

T: ¿Ha habido alguna situación en la que con nervios, con rabia, mandarás tú?

A: No, me dejo llevar, es superior a mí, no soporto que miren como lo hacen, que me hablen por encima...

Los adolescentes daban múltiples razones para mantenerse haciendo lo mismo, lo que supuso un contexto para socavar las razones como reglas a las que exponerse sin tener, necesariamente, que seguirlas. Se les preguntaba sobre las razones para reaccionar agresivamente y las razones para per-

manecer y estar en clase. Luego se les preguntaba por las razones que podrían dar otras personas ante las mismas situaciones, por ejemplo, las razones que podría tener el presidente de España, su jugador favorito de balonmano, su madre o su novia, cuando otros miraban a su novia, o le hablaban de un modo molesto. Además, se les preguntaba por las diferentes formas de responder ante el mismo hecho que producía angustia o rechazo... El resultado es que ante el mismo hecho, se podía formular un gran número de razones. Y lo más importante que ante la misma sensación y pensamiento, se podía reaccionar de muy diferentes formas y perseguir diferentes metas. Entonces, la terapeuta preguntaba:

T: Y entonces, ¿qué es lo que vas a hacer tú cuando te sientas furioso?.

A: Bueno, a mí me gustaría no estar furioso...

T: ¿Qué es lo que realmente piensas que va a pasar si alguien mira a tu chica?.

A: Tendré rabia...

T: ¿Y entonces...?

A: Nuevamente perdido, a mar abierto, sin puerto.

T: ¿Y qué eliges? ¿Ir a puerto o quedarte perdido en alta mar, dejándote llevar por tu tensión y tu rabia?.

Es una cuestión completamente personal, elijas lo que elijas habrá unas consecuencias diferentes y será algo de lo que tendrás que hacerte cargo ¿estás conmigo?.

Otras preguntas, en esa dirección, fueron: *Dices que te importa que tu padres confíen en ti y has puesto -como si fuera un puerto al que ir- el tener una buena relación familiar, de confianza, cercana, cariñosa. Ahora dime, cuando te viene la rabia y les gritas..., ¿tienes la sensación de ganarte la confianza de tus padres?... tienes la sensación de navegar hacia ese puerto o de dejar el barco en alta mar dando vueltas?... ¿Cuánto tiempo llevas de ese modo? Y si es inevitable que te visite la rabia, la sensación de rechazo, el aburrimiento en clase...? ¿Y si eso fuera como el viento, las nubes, las olas en alta mar? ¿dirías que la rabia es viento a favor o en contra?... ¿Qué dirías de un capitán que tiene que llegar a puerto y cuando hay viento en contra se echa hacia atrás? ¿Qué tipo de capitán de barco sería ese? ¿Qué tipo de capitán quieres ser tú, quién quieres que gobierne sobre tus actos?... Los adolescentes seguían esta interacción y señalaban razones, sentimientos y pensamientos que, para ellos, eran potentes, más que otras cosas y por eso tenían problemas. Esto sirvió para plantear la siguiente sesión dirigida a fortalecer la regulación de la conducta desde la perspectiva del contexto del yo. Dicho de otro modo, a potenciar la defusión de pensamiento y emociones y acciones en dirección.*

Sesión 4. Defusión de pensamientos, emociones y reglas y potenciar la habilidad experiencial del Yo como contexto.

Objetivos específicos:

- (1) Ejercitar o generar la habilidad experiencial del Yo como contexto a través de ejercitar la defusión. Dicho de otro modo, ejercitar la discriminación de uno y sus conductas.
- (2) Promover la regulación efectiva de la conducta desde esa discriminación.

Aunque en todas las sesiones se buscaba que el paciente experimentase estar presente con la diferenciación entre uno y sus emociones y pensamientos, fue en esta sesión en la que la intervención estuvo explícitamente dirigida a promover, en términos relacionales, el enmarque de jerarquía entre la persona y su propia conducta (Luciano, Valverde y Gutiérrez, 2004; Luciano *et al.*, 2009, 2011, 2012; Törneke, 2010; Törneke, Luciano, Barnes-Holmes y Bond, en prensa). Las metáforas experienciales y los ejercicios de fisicalización tuvieron un rol primordial para generar las condiciones de abstracción de la experiencia del yo a través de múltiples ejemplos. Es importante indicar que estos ejercicios han de ser contextualizados para que tengan utilidad. Un ejemplo, en este caso, es el siguiente.

La terapeuta indicaba: *hemos estado hablando del aburrimiento, la rabia, la sensación de rechazo y otras emociones que te visitan en diversas circunstancias, por ejemplo, cuando te mandan algo para estudiar o tienes que ponerte a hacerlo, cuando tus padres o tus compañeros te miran o dicen cosas que no te gustan... Me gustaría que hicieras un esfuerzo aquí y te imaginaras esas sensaciones y pensamientos como si fueran olas del mar, a veces grandes, otras pequeñas, otras muy grandes. Imagina que tú estuvieras en la playa disfrutando del horizonte y viniese una ola inmensa. Imagina que para evitar que rompa, que se desborde, en fin, para controlarla y que no altere tu vista de la playa, te tirases sobre ella... ¿Dirías que desde dentro de la ola puedes ver con claridad el horizonte, la playa? ¿Podrías ocuparte de hacia donde dirigirte en la playa si estuvieses en medio de esa ola? ¿Podrías, de veras, reducir esa ola gigante tirándote a ella?... ¿Podrías ver el horizonte y la playa si en vez de tirarte sobre la ola, dieras unos pasos atrás en la playa, en el paseo marítimo? Puedes imaginar cómo desde el paseo marítimo hay espacio suficiente para ver que todas las olas terminan en espuma y, mientras, puedes tener el horizonte a la vista? Hoy quiero invitarte a practicar estar en la playa y observar las olas sin perder de vista el horizonte ¿de acuerdo? A continuación, se exponen algunos de los ejercicios que formaron parte de este protocolo.*

Fisicalización de las dimensiones del self (Luciano *et al.*, 2009, 2011). La T colocaba una pieza de papel entre ella y el adolescente y procedía como sigue (para que la descripción del proceso no resulte reiterativo, se identifican los diferentes pensamientos del adolescente como si fueran las letras

X, Z, Y, R. Estas letras nunca fueron usadas con los adolescentes):

- T: Para observar el horizonte y las olas sin meternos, vamos a hacer unos ejercicios que pueden resultar algo raros. ¿Me das permiso? (una vez el adolescente accedía, la T continuaba). Dime *¿Qué pensamiento te ronda, ahora?*.
 A: *Nada* (pensamiento X).
 T: (la T escribía ese pensamiento en un trozo de papel). Pregúntate *quién está pensando Nada*.
 A: *Yo*.
 T: (al decir Yo, la T dibujaba un gran círculo en el papel). Tú estás teniendo este pensamiento (y situaba el trozo de papel con el pensamiento X sobre el círculo). *Y ahora ¿qué estás pensando? ¿qué otro pensamiento te ronda?*.
 A: *Pienso que no sé qué estamos haciendo* (pensamiento Y).
 T: (colocando un pequeño trozo de papel dentro del círculo). Este es tu pensamiento Y, *¿quién está pensando Y?... ¿Quién está notando que tiene el pensamiento Y?*.
 A: *Yo*.
 T: (al decir eso, la T repasaba el contorno del círculo que había pintado antes) y decía: *Y ahora mismo, ¿cuál es el pensamiento que estás teniendo, qué pensamiento te está visitando?*.
 A: *Z* (pensamiento Z).
 T: (La T entregaba un pequeño trozo de papel al adolescente para que escribiese ese pensamiento y lo pusiera en el círculo): *Este es tu pensamiento Z. Por favor, ponlo en el círculo*.

En lo sucesivo, la terapeuta usaba momentos similares para introducir claves jerárquicas entre el adolescente y sus pensamientos con el fin de fomentar la experiencia del yo como contexto:

- T: Luis, dime, *si tú eres esto* (señalando el círculo) *y estos son tus pensamientos* (señalando los diferentes trocitos de papel que Luis había puesto en el círculo), entonces, *Luis está aquí y ahí están sus pensamientos X, Y, Z. Parece ser que tú no eres sólo uno de estos (apuntando a un trocito). Parece que eres mucho más que estos trocitos como si tú pudieras contener cada uno de ellos ¿qué sientes?*
 A: *Ya, todos estos son mis pensamientos y yo soy como la caja que los contengo*.
 T: *Ahora, quién está teniendo ese nuevo pensamiento*.
 A: *Yo, y eso a la caja*.
 T: *Fíjate que unos vienen y otros desaparecen, cuál está viniendo ahora?... Y, dime, quién está ahí observando lo que piensas?*
 A: *Yo. Es curioso... Puedo observar eso y, a la vez, sentir lo que pienso*.

Un proceso similar de fisicalización se llevaba a cabo con las sensaciones y los recuerdos, siguiendo con el entrenamiento a través de múltiples ejemplos. Por ejemplo, al trabajar con una sensación la terapeuta pedía al adolescente que imaginara que podía tocarla, cogerla con las manos y observarla. Algunas de las claves fueron las siguientes:

- T: *¿Cómo es esa sensación que estás teniendo ahora mismo? Ya sé que no es posible sacarla de ahí pero mira si puedes imaginar que la sítías enfrente de ti, como si pudieras rodearla con tus manos?... Si tuviera forma ¿cómo sería? (dando tiempo para que contestara); y si temperatura... ¿notas si está caliente o fría...?; ¿notas si la sensación es rígida o flexible...? Ahora trata de imaginar esa sensación en un trozo de papel e imagina que lo colocas en el círculo... Bien, y ahora dime, ¿qué pensamiento te viene?... (por ejemplo, pensamiento Z) ¿Y quién está ahí dándose cuenta del pensamiento Z?*
 Cuando el adolescente decía Yo, se apuntaba al círculo, ¿y el pensamiento Z?. El adolescente lo ponía en el círculo. La T proseguía:
Entonces, este eres tú (marcando el círculo) *y ahí están tus pensamientos* (señalando los papelitos dentro del círculo). *Este eres tú* (marcando de nuevo el círculo) *y ahí están tus emociones* (señalando uno de los papeles). *¿Puedes notar, además, quién está observando todo esto?*.
 A: *Sí, yo* (la T apuntaba al borde y a la base del círculo).
 T: *Y dime, ¿tú quieres estar al mando de tu vida o quieres que sean tus emociones (los papelitos) las que estén al cargo?*.
 A: *Quiero mandar yo* (señalando el círculo). *Yo quiero ser el capitán, el que lleva el barco*.
 T: De acuerdo. Te propongo más ejercicios para que puedas ejercer el mando aunque te visiten los malos recuerdos, *la rabia y la frustración ¿estás dispuesto?*.

Los pensamientos escritos en el bolsillo (basado en Gutiérrez et al., 2004).

Para este ejercicio se entregaba al adolescente un trozo de papel en blanco y se le pedía que escribiera en una única palabra, cualquier pensamiento que tuviera en ese momento. Después se le pedía que arrugara ese papel y lo pusiera en el bolsillo de su pantalón. Su tarea era, además de eso, caminar hacia algún sitio. Tras varios ejemplos así, se le pedía que se imaginara escribiendo el pensamiento en el papel, metiéndolo en el bolsillo, y caminase. Se cerraba el ejercicio poniendo de relieve

la abstracción del Yo como observador/contenedor de toda clase de eventos privados y la opción de elegir, a cada momento, hacia dónde caminar con ellos:

T: *Trata de imaginar todos estos pensamientos como si fuesen papelitos y que puedes meterlos en tu bolsillo. Tú eres quién observa estos pensamientos y los puedes llevar a donde tú vayas. Nota como tú no eres uno de esos pensamientos, eres mucho más que cualquier de ellos. Nota como tú ocupas más espacio que ellos. ¿Te puedes imaginar a ti mismo aquí, con esos pensamientos y caminando con ellos donde tu elijas?.*

Se continuaba, con un nuevo ejercicio para el mismo fin, el *Ejercicio del contacto visual* (Hayes, et al., 1999; Wilson & Luciano, 2002). Se pedía al adolescente que imaginase que mantener el contacto visual entre ellos era como hacer algo en dirección a conseguir avanzar hacia uno de sus puertos. No tenían que hablar sino que ambos tenían sólo que notar cualquier pensamiento o sensación que se presentase (por ejemplo, las ganas de hablar o de dejar de mirar al terapeuta). Se le pedía que se preguntase por quién estaba teniendo esos pensamientos mientras fuera consciente de mantenerse en contacto visual como si fuera la cosa más importante para él en ese momento. Algunas claves introducidas fueron las siguientes:

T: *Date cuenta de si tienes ganas de mirar hacia otro lado, o de reírte, Pregúntate quién tiene las ganas de mirar hacia otro lado, Nota el ritmo de tu respiración, y pregúntate quién nota el ritmo de tu respiración, Nota los pensamientos que aparecen en tu mente, quizá haya alguno como No puedo más, o Esto es una tontería, Pregúntate quién está teniendo esos pensamientos, Nota quién nota las ganas de reírse. Mira como puedes estar con ganas de apartar la vista o de reírte, o con ganas de terminar con el ejercicio... y elegir continuar en la tarea, mandando tú en lugar de que manden tus sensaciones o tus pensamientos que te visitan. Pon todos los pensamientos que te vengan enfrente de ti, nota la sensación que te viene, las ganas de acabar, el cansancio; cualquier sensación que te venga nójala y déjala ahí como si fuera un papel en el círculo. Date cuenta de que puedes observarla y de cómo tú estás al mando, que tú eres más que cualquier pensamiento o sensación.*

Ejercicio del otoño y las hojas (Pankey & Hayes, 2004, p. 320; Wilson & Luciano, 2002, p. 216). Se introdujeron variaciones de estos ejercicios con el fin de introducir las claves relacionales de perspectiva y jerarquía para generar el yo como contexto (Luciano et al., 2009, 2011, 2012) y en línea con los ejercicios anteriores.

Se le pidió que se imaginase sentado debajo de un árbol mirando cómo las hojas caían en un río, llevándoselas corriente abajo. La terapeuta le pedía que notase el pensamiento que estaba teniendo en ese momento (de igual forma que en los ejercicios anteriores) y, después, que se imaginase escribiéndolo en un papel, dejándolo sobre una de las hojas del árbol y dejando que ésta siguiese la corriente del río. De la misma manera se procedía con emociones (p.e., tristeza o frustración). Se le pedía que imaginase su forma y otras características (como en el ejercicio anterior) e imaginase que podía observarlo como si estuviese en hojas del río y siguiera su curso. Por ejemplo:

T: *Centra tu atención en la respiración. Nota cómo entra el aire y cómo sale. No hagas nada para cambiar la respiración, simplemente nota cómo es. Mira los pensamientos que vienen al respirar. Nota los ruidos dentro de esta sala. Respóndete a la pregunta de quién se da cuenta de los ruidos que estás notando. Respóndete a la pregunta de si te das cuenta que eres tú quién se da cuenta del ruido. Toma aire. Nota lo que se siente cuando tomas el aire. Dime si te das cuenta de la sensación del aire entrando. Suelta el aire y dime si puedes notar que eres tú quien está notando la sensación de soltar el aire. Pon los pies sobre el suelo y mira las sensaciones que notas al presionar los pies contra el suelo, y respóndete a ¿quién está notando la presión de los pies en el suelo? Observa el peso de tu cuerpo en la silla. Date cuenta del apoyo de tu cuerpo en la silla y date cuenta de quién nota todo esto.*

Observemos ahora los pensamientos. Deja que tus pensamientos sean los que sean, los que aparezcan, ya sea el pensamiento de que estás cansado, o que no entiendes el ejercicio, o sobre las cosas que tienes que hacer luego, o si te acuerdas de lo que alguien dijo ayer o que no estás pensando en nada. Pon tu atención en cualquier pensamiento que esté surgiendo ahora. Ahora te voy a pedir que pongas ese pensamiento en un papel imaginario y que lo coloques sobre una hoja del árbol. Observa el curso de esa hoja en la corriente del río, y dime si te das cuenta que eres tú quién está teniendo ese pensamiento. Pon cada pensamiento que aparezca, uno por uno, en un folio. Deja tus pensamientos en las hojas del árbol, que fluyan en la corriente. ¿Puedes observar si se mueven? ¿Quién está mirando esa imagen? ¿Puedes darte cuenta de que puedes ver el pensamiento? Trata de no hacer nada con los pensamientos, sólo obsérvalos y dejarlos libres en la corriente, ya se moverán cuando se tengan que mover.

Al finalizar el ejercicio, se pedía permiso para ir a alguna situación del futuro y trabajar con los pensamientos, emociones, recuerdos que podrían surgir. Se buscó que el adolescente se situara frente a sus barreras, las pudiera observar y, entonces, elegir la acción más ajustada a la consecución de los

objetivos importantes que habían indicado en sesiones previas y en los registros confeccionados. Además, estos últimos ejercicios permitieron diseñar un plan de futuro para responder de modo valioso, con significado personal, ante situaciones problemáticas y, así, prevenir recaídas. Por ejemplo, la T solicitaba un ejemplo de actuar en dirección importante en un futuro próximo, terminar la ESO que implicaba acudir a clase.

T: *Luis, si eliges actuar en dirección a ese puerto, ya hemos hablado que no es posible impedir que los demás te miren y te hablen... ¿Qué te va a venir cuando acudas a clase y te visiten la rabia, la frustración o las ganas de pegar a alguien...; cuando aparezcan los pensamientos de "los otros tienen que cambiar y no yo", No es mi culpa, tienen que saber quién soy yo?*

A: *Lo escribiré, me imaginaré los papeles y los pondré en mi bolsillo... o los dejaré ir con la corriente del río o con el viento.*

T: *¿Y qué puedes hacer si finalmente insultas o golpeas a otros?*

A: *Pues no sé, no voy a querer hacerlo pero me disculparé, pediré perdón o algo así.*

T: *Hacer eso, te acercaría a puerto o te llevaría a estar perdido en alta mar?*

Se proponía entonces un ejercicio (*hacer sentadillas*) para mantenerse en actuar llevando el mando por encima de sentirse frustrado o con rabia, de sentir ridículo, vergüenza, o dolor. Se establecía la equivalencia entre mantenerse en esa tarea en la sesión, notando emociones y pensamientos, y persistir en acciones fuera de la sesión en dirección a puerto o valiosas para ellos a la larga. Mientras se realizaba el ejercicio, la T introducía indicaciones para notar las sensaciones de cansancio, dolor, y pensamientos de dejarlo, ponerlos en papeles, y persistir en la tarea. Por ejemplo, se les invitaba a hacer sentadillas una y otra vez y expresar lo que les venía a la cabeza y lo que sentían...

T: *El pensamiento que te está visitando ahora -Ya no puedo más-, la sensación de cansancio... ¿están aconsejándote parar o seguir? ¿Quién eliges que mande, tú o el Ya no puedo más? Mira si eliges seguir un poco más aún con el pensamiento Ya no puedo más y hacer cinco sentadillas más. ¿Quién está mandando ahora, mientras haces más sentadillas?*

Tras finalizar el ejercicio, se les pedía que cerraran los ojos para imaginar la situación de futuro que habían indicado antes e introducir las claves para que surgieran allí mismo -en sesión- las emociones relacionadas con esa situación futura:

T: *Luis, mírate en el momento en que, al pasar tu chica, Juan le dice algo sobre lo guapa que es. Avísame cuando lo tengas. Observa si tienes ganas de decirle algo a Juan, si aparece el nerviosismo, la rabia... ¿Puedes notar la sensación de rabia? Observa los pensamientos que te vienen. Ahora intenta verte a ti mismo con la rabia, el nerviosismo... y mírate actuando haciéndole caso a ellos. Toma una foto de lo que haces cuando estos sentimientos están al mando. Pregúntate quién está al mando de lo que haces. Piensa si tú o tus sensaciones, si tú o tus pensamientos. Ahora imagina que está la rabia, el nerviosismo, las ganas de decirle algo a Juan e imagina que pones esas sensaciones y pensamientos en papelitos. Míralos, escríbelos; déjalos en tus bolsillos e imagina que tú estás al mando, que tú los llevas a ellos en el bolsillo. Mírate eligiendo estar al mando y actuando en dirección a puerto. Observa lo que te viene a la mente en esa situación difícil. No hace falta que lo digas..., sea el que sea, ponlo en un papelito y date cuenta de que tú eres más que ese pensamiento. Que tú eres quien los lleva.*