

LA APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) EN EL TRATAMIENTO DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL CÁNCER

Marisa Beatriz Páez*, Carmen Luciano* y Olga Gutierrez**

*Universidad de Almería

**Universidad de Granada

Resumen

El sufrimiento que se deriva verbalmente del hecho de padecer una enfermedad de cáncer es una circunstancia a la que se enfrentan todos los pacientes en esa situación. Sin embargo, y a pesar del impacto psicológico que engendra tal circunstancia, el curso de la vida de los pacientes se ve afectado por el afrontamiento ante los miedos, preocupaciones, recuerdos negativos y pensamientos sobre lo que ocurrirá. El afrontamiento con gran credibilidad en tales eventos privados conduce a una limitación y empobrecimiento vital que incrementa el sufrimiento personal. El Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) sería un componente central en tales casos que se define por la rigidez conductual frente a los eventos privados. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se está mostrando efectiva para alterar los contextos verbales que tienen atrapado al paciente en el TEE y, por tanto, promueve la flexibilidad conductual. El presente artículo sólo tiene como objetivo una exposición breve de la intervención de ACT con pacientes de cáncer de mama.

Palabras clave: Terapia de Aceptación y Compromiso, Trastorno de Evitación Experiencial, tratamiento psicológico, cáncer de mama.

Abstract

The suffering correlated to having cancer is an experience that most patients confront. However, in spite of the psychological impact of such an event, the course of life is affected by the way patients cope with fears, worries, negative memories and thoughts about the future. High believability with such private events occur when a patient behaves according to them and, consequently, his or her life becomes limited and impoverished. Experiential Avoidance Disorder (EAD) is a core component in such cases and it is defined by behavioral rigidity. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is being shown effective in altering the verbal contexts that define EAD and, consequently, in promoting behavioral flexibility. The present paper is aimed only to briefly expose ACT interventions with breast-cancer patients.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Experiential Avoidance Disorder, psychological treatment, breast cancer.

EL CÁNCER Y EL TRASTORNO DE EVITACIÓN EXPERIENCIAL (TEE)

Cuando un enfermo de cáncer señala "necesito recuperar la ilusión de vivir", "si estuviera más alegre, lo haría", "no puedo continuar con el miedo a enfermarme de nuevo", "si volviera a recuperar la confianza en el futuro, me comprometería a emprender

esa actividad" o "si me sintiera atractiva como antes, me volcaría en una relación", estamos ante afirmaciones que resultan familiares por lo que tienen de comunes y socializadas. Igualmente resultará familiar que, en numerosas ocasiones, se intente instruir u orientar al enfermo que habla de esa forma sobre lo que debe hacer para acabar con tal estado de cosas con pautas del tipo "piensa cosas agradables y te sentirás mejor, intenta desterrar los pensamientos negativos, etc."

Una característica que comparte buena parte de los pacientes con un diagnóstico de cáncer es que buscan por muchos

Correspondencia:

Carmen Luciano
Departamento Personalidad, Evaluación
y Tratamientos Psicológicos
Universidad de Almería, 04120 Almería
E-mail: mluciano@ual.es

medios eliminar sus temores, penas y padecimientos como un modo de sentirse mejor ante la amenaza que asocian al cáncer. El siguiente extracto de una sesión mantenida con M., una mujer de 35 años con cáncer de mama, reproduce la situación de muchos pacientes observados en nuestra práctica clínica. Lo siguiente ilustra la reacción de M. al diagnóstico de cáncer:

M.: Me lo tomé muy mal, al principio por la operación más que por la enfermedad. Pensaba que cuando me abrieran aquello estaría extendido, que me moriría en la operación, ... miles de cosas se me venían a la cabeza, aquello era un sin vivir, no comía, no hablaba con nadie, pasaba de mi hija, se me olvidaba su biberón... con mi marido en aquellos días ni siquiera hablamos una vez, yo tenía la cabeza en otro lado... y ahora más que nada es miedo a lo que vendrá, a cuando se me caiga el pelo, me da mucha impresión la gente calva y no sé qué pasará.

Terapeuta (T.): ¿Qué haces cuando te viene el miedo?

M.: Intento no pensar, pensar en otra cosa, distraerme con la televisión, que se me vaya de la cabeza.

T.: ¿Y consigues que se te vaya, dejarlo fuera de tu mente?

M.: A veces sí... pero a veces no, no sé cómo lograrlo, es como que si te descuidas te vuelve una y otra vez, no lo hago bien y nunca consigo que se me vaya del todo...

T.: ¿Qué más sueles hacer para que no pienses en eso?

M.: No atiendo el teléfono, no abro la puerta, ni quiero hablar con amigos, ni familiares, nadie. Porque ellos preguntan, o no me preguntan, pero yo sé lo que están pensando, me ponen cara de lástima y no me gusta nada tener la sensación de que les doy lástima.

T.: Entonces ¿Te has apartado de tu gente?

M.: Sí, es que ellos no tienen tacto, pero me siento muy sola, me hace falta compañía. Me apetece que alguien vaya a visitarme, claro. La gente últimamente ni lo intenta, después de no coger el teléfono a la tercera vez la gente deja de llamar... es que me encuentro muy sola... cuando siempre he tenido muchos amigos...

Aunque al aislarse de sus seres queridos, M. conseguía alejar momentáneamente parte del malestar relacionado con el cáncer, el resultado global de esas acciones terminaba siendo altamente inhabilitante ya que suponía apartarse de lo fundamental para ella (cuidado de su hijo, familia, amigos, etc.). Parece, pues, que los pacientes están centrados en sus pensamientos y emociones (ansiedad, culpa, rabia, baja autoestima, sensación de indefensión, temor a la recidiva, etc.), o sea que su vida gira en torno a ello. Esto ha llevado a proponer que el afrontamiento del diagnóstico y el proceso de la enfermedad de cáncer puede iniciar y conformar un patrón conductual rígido de regulación de los eventos privados para vivir. Este patrón se ha denominado **Trastorno de Evitación Experiencial (TEE)**⁽¹⁻³⁾ y aunque a corto plazo resulte rentable a la persona por la reducción o supresión de pensamientos y emociones desagradables relacionadas con el cáncer, supone mecanismos limitantes de actuación por los valores del paciente, más allá de los problemas directamente derivados de la enfermedad. Según esta propuesta, aunque los enfermos de cáncer pueden mostrar múltiples desórdenes en circunstancias diversas⁽⁴⁻⁶⁾ la mayor parte de estos comportamientos tendrían como propósito la eliminación o reducción parcial de las propias respuestas privadas relacionadas con el cáncer, a pesar del costo que ello supone en términos de inutilidad y alteración de la vida. Inutilidad, en efecto, por cuanto ante la presencia de sentimientos negativos, recuerdos desagradables, sensaciones de abatimiento, temor a la muerte, dolor, o cualesquiera funciones aversivas

que se conciben como obstáculos o barreras para poder vivir, la persona intentará aplacar tales funciones, para lo cual hará lo que socialmente se potencia como la solución correcta cuando uno se siente mal, a saber, descansar, intentar distraerse, pensar cosas positivas, etc., pero consiguiendo, paradójicamente, un resultado contrario al perseguido en cuanto a la calidad y amplitud de su vida. Aunque las respuestas de evitación, a corto plazo, den lugar a una reducción parcial de las funciones aversivas relacionadas con el cáncer (efectivamente, si, por ejemplo, una paciente mastectomizada, ante el miedo de no excitar a su pareja, renuncia a iniciar una relación sexual, ese miedo se aleja temporalmente), sin embargo, a la larga, terminan provocando la exacerbación y extensión de tales miedos ante numerosas situaciones, viéndose la persona obligada a actuar para eliminarlos, aunque ello suponga una limitación cada vez más pronunciada en la vida en términos de un estancamiento en las facetas personalmente valiosas⁽²⁾.

Ante esta situación, la pregunta que se le plantea al psicólogo clínico que trabaja en el ámbito de la Psico-Oncología es si los pensamientos, los sentimientos, los recuerdos negativos son intrínsecamente inhabilitantes, esto es, si causan necesariamente comportamientos desajustados y son realmente barreras para llevar la vida que uno quiere. Frente a las respuestas que se han ofrecido desde la cultura popular (incluyendo algunos textos profesionales y divulgativos sobre salud mental, la psicopatología tradicional y algunas de las psicoterapias al uso), que coinciden en otorgar un *valor causal explícito* al contenido del sentimiento y del pensamiento, desde el enfoque de la aproximación terapéutica conocida como terapia de aceptación y compromiso (ACT)^(7,8) se señala el papel que juega el contexto socio-verbal en la función que llegan a tener los eventos privados y que llegan a enredar a la persona en respuestas de evitación destructivas. En el siguiente apartado se desarrolla esta tesis con más detalle.

ACT Y EL PLANTEAMIENTO SOCIO-VERBAL DE LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

Un análisis del origen y desarrollo de la necesidad que caracteriza a la sociedad actual de eliminar todo signo de sufrimiento psicológico como condición necesaria para actuar en dirección a aquello que es personalmente valioso pasaría por contemplar algunas de las consecuencias que comporta la post-modernidad como la hiperflexibilidad, el rebajamiento del umbral de aceptación de inconvenientes inherentes a la vida, la flexibilidad social, etc. (un tratamiento en detalle de estos temas en castellano se puede encontrar en Pérez⁽⁹⁾ y Wilson y Luciano⁽⁸⁾). Dado que un análisis con profundidad de estas cuestiones desbordaría con mucho los objetivos de este trabajo, en este punto únicamente se pretende resaltar que las circunstancias socio-verbales o el funcionamiento genérico relativo a la búsqueda de la felicidad o la evitación del sufrimiento en la sociedad que nos toca vivir son el marco ineludible para entender la lucha que el enfermo de cáncer mantiene contra sus propias reacciones psicológicas (ansiedad, miedo, incertidumbre, angustia).

ACT parte de un concepto de salud psicológica definida por un repertorio amplio y flexible de acciones orientadas a los valores personales y no por la ausencia de ciertos estados cognitivos y emocionales valorados como negativos (dolor, ansiedad, tristeza, miedo, etc.). Así, se sostendrá, por ejemplo, que "el temor a la muerte", "la desesperanza" o "la culpa", tan frecuentemente referidos por los enfermos de cáncer, no son en sí mismos síntomas inhabilitantes, sino que lo que termina limitando la vida de estos enfermos sería la tendencia a reaccionar ante esos contenidos *como si* fueran una *barrera* literal, cuya eliminación o cambio se impone a priori como la solución lógica y necesaria para actuar de modo valioso, o sea para vivir.

Desde la perspectiva de ACT, para dar razón de que una persona diagnosticada

con un cáncer pueda estar limitando su vida en el esfuerzo por evitar entrar en contacto con sus experiencias privadas, se acude a los procesos verbales implicados en el aprendizaje relacional o simbólico que cada comunidad moldea en sus miembros desde edades muy tempranas (para una revisión extensa de la literatura sobre aprendizaje relacional y derivación de funciones psicológicas se remite a Hayes, Barnes-Holmes y Roche⁽¹⁰⁾ y Wilson y Luciano⁽⁸⁾). Muy brevemente, desde temprano en la vida, aprendemos a responder a unos eventos en términos de otros y a generar nuevas relaciones entre eventos de un modo indirecto o derivado. Por ejemplo, el niño aprende pronto a nombrar las cosas a su alrededor y a sí mismo de modo que eventos-nombres acaban siendo bidireccionales, y una función dada a uno de ellos acaba pasando a todos los estímulos ajustados en relación. El niño aprende a través de numerosos ejemplos, diferentes tipos de relaciones más allá de la relación "es". Por ejemplo, la relación "contraria" entre eventos, de "mayor o menor que", "de cerca y lejos", de "allí y aquí", de "ahora, antes y después". Estos comportamientos verbales permiten al niño adaptarse con mucha eficacia a su ambiente en tanto que le permitirá responder a numerosos estímulos de modo distinto en tanto sean situados en torno a unas y otras claves o funciones verbales. Es así que si, por ejemplo, se dice que algo está cerca no tendrá el mismo efecto que si se dice que está lejos (en tiempo y en espacio). Igualmente, si a un niño se le dice que "el cáncer" es la peor enfermedad, que es como "morirse", el niño podrá verse o ver a quién se le diagnostique un cáncer de un modo "muy limitante", "muy malo", "cercano a la muerte" y se derivarían o harían muy presentes todas las sensaciones y actividades cercanas a "enfermedad" y contrarias a "tener vida por delante".

Aunque estas habilidades verbales son altamente adaptativas y son justamente las que están a la base del progreso de la humanidad, sin embargo, a veces el responder a las palabras (por ejemplo, "¡es el fin, mi vida

se acabó, no sirvo para nada!") como si fuesen los eventos a los que hacen referencia puede generar problemas, pues esas palabras pueden terminar evitándose tanto como los eventos reales con los que directa o de forma derivada están relacionadas. Los eventos privados pueden adquirir así una realidad que no tienen (convertirse en "barreras infranqueables" para actuar en dirección a las cosas que importan en la vida), de modo que la persona con cáncer puede quedar fundida a los mismos, sin la perspectiva suficiente para discriminar que son funciones verbales que conlleva la propia historia en cada circunstancia y momento y que uno puede responder con flexibilidad ante ellas (para lo que se necesita un mínimo de distanciamiento de los propios eventos privados). Un claro ejemplo relativo al tema que nos ocupa es la evitación deliberada de la palabra *cáncer* observada tanto en los pacientes, en sus familiares e incluso en los profesionales de la salud⁽¹¹⁾.

Del hecho de ser verbales, se deriva también en los enfermos una gran dosis de sufrimiento actualizada por los recuerdos de las experiencias de otros familiares o amigos que han padecido la misma enfermedad y cuyo final fue el peor, al sentir el dolor que provocan tales recuerdos y pensamientos *como si* tales hechos estuvieran ocurriendo en el momento actual. Altos niveles de amargura también se derivan de comparar dónde está uno, después de pasar por los tratamientos y dónde quisiera estar en relación con los proyectos vitales que antes se tenían, o al comparar quién se ha sido y quién se es, después de intervenciones que pueden modificar aspectos estéticos y del funcionamiento físico cotidiano. También se sufre ante la idea de una recaída, o ante la posibilidad de que miembros de la familia padezcan la misma enfermedad. Esto es así en tanto que, genéricamente, "tener cáncer" se relaciona con "gravedad", con "incapacidad para disfrutar, para seguir haciendo lo que uno quiere" y cualquier pensamiento sobre una posible recaída trae al presente todas esas funciones y

las emociones que acompañan. Padecer cáncer todavía hoy puede entenderse (aunque no siempre es así) como una insalvable barrera para tener una vida satisfactoria y continuar haciendo lo que uno quiere hacer. Desde este contexto verbal, (“si tengo cáncer, entonces mi vida se ha acabado, no merece la pena nada y no puedo seguir”) se justifica y potencia el abandono de compromisos personalmente relevantes, ya que el sufrimiento viene a funcionar como una potente razón (compartida por otros alrededor y en general) para no seguir adelante, estableciéndose contingencias que potencian el victimismo y que están en oposición a la responsabilidad de elegir, incluso con las limitaciones que pueda generar la enfermedad y hasta en las peores condiciones (ya que uno puede elegir hacerse cargo de las emociones y pensamientos que eso trae o bien puede pelear por no admitirlos, lo que sin duda incrementará su sufrimiento).

En definitiva, dada la naturaleza bidireccional del lenguaje, se entiende que cuando una persona recibe un diagnóstico de cáncer, todas esas reglas sociales genéricas se actualizan y transforman las funciones de todo lo que está en relación verbal con la etiqueta “cáncer”. Según la historia de la persona diagnosticada, esas reglas sociales podrían ampliarse y generalizarse cada vez a más ámbitos vitales de modo que la evitación de los propios eventos privados puede terminar convirtiéndose en el centro de su existencia. No obstante, no serían finalmente los eventos privados con funciones aversivas (por las relaciones verbales que los sustentan) los que limitarían la vida, sino los comportamientos regulados por las funciones evitativas, o sea las acciones que se emprenden con el fin de eludir o acabar con tales sensaciones y pensamientos. Estas acciones que en algún grado consiguen su propósito –al menos temporalmente– se ven coherentes –cargadas de razón– y esto irá proporcionando a los eventos privados de un poder extraordinario y supersticioso, tal que la persona se ve “obligada” a no poder hacer su vida a no ser que tales eventos privados contengan

sentimientos de bienestar, seguridad, recuerdos, en suma, eventos positivos. Esas contingencias incluyen tanto la reducción o alivio inmediato del malestar, como el potente reforzador implicado en “tener razón” o ser coherente con lo que uno piensa que es correcto hacer cuando “se está mal” (ver Luciano, Rodríguez y Gutiérrez⁽¹²⁾ para una completa exposición de la importancia del contexto verbal que incluye las contingencias de la regulación verbal en el desarrollo de los patrones de evitación experiencial destructiva).

Contrariamente a lo que el funcionamiento socio-verbal más generalizado sostiene, desde ACT se asume que los eventos privados con función aversiva son parte de la condición humana y, por tanto, “es normal tenerlos”. El verdadero problema radica en no admitirlos cuando se interponen para efectuar acciones valiosas encaminadas a aspectos de la vida que importan. De esta forma, la opción para no ampliar el sufrimiento es renunciar a la eliminación de los miedos, de los temores o de la angustia y la tristeza que pueda sentir la persona que acaba de ser diagnosticada de cáncer o que está atravesando un proceso de recidiva. Nótese que el propósito de ACT, a diferencia de otras estrategias clínicas que buscan cambiar el contenido negativo o irracional de determinados eventos privados, es alterar la función de toda la clase funcional de evitación experiencial, de manera que aunque la persona sienta dolor, tristeza o cualesquiera “síntomas” psicológicos actúe en la dirección de los objetivos vitales valorados por ella. En definitiva, se busca que el paciente aprenda a aceptar lo que no puede ser cambiado (pensamientos, sensaciones, emociones), excepto que se esté dispuesto a un costo personal muy alto (por ejemplo, grandes dosis de fármacos para eliminarlos, pero a costa de no poder hacer muchas otras actividades. Incluso, decimos, el estado perfecto para conseguir ese objetivo es “estar en coma” ya que no se siente ni se piensa, ni se recuerda, pero ¿qué se pierde?). Y, se busca que el paciente aprenda a cambiar aquellos aspectos que sí

pueden ser controlados, siempre de acuerdo con sus valores personales, haciéndose máximamente responsable de las consecuencias de cada elección.

LOS PRINCIPALES COMPONENTES DE ACT Y SU APLICACIÓN A PACIENTES CON CÁNCER.

ACT no está formulada de forma específica para ninguna población de pacientes en particular, ni va dirigida a una alteración conductual concreta, por ser, como se ha visto, un sistema terapéutico basado en una clasificación funcional y no topográfica de los problemas psicológicos. ACT está concebida para el tratamiento de todas aquellas personas que muestran un trastorno de evitación experiencial cronificado y limitante, aunque también es factible su aplicación breve cuando aún no se ha cronificado el patrón de evitación experiencial. En este apartado se van a ilustrar las intervenciones centrales de ACT en su aplicación a pacientes con cáncer que muestran un patrón de evitación experiencial destructivo. La evidencia de la utilidad de ACT con este tipo de pacientes proviene de estudios de caso –que sólo son informativos⁽³⁾ y de ensayos clínico-experimentales^(13,14). Por tanto, se requieren investigación con ensayos controlados.

En lugar de seguir el esquema habitual que se encuentra en otros textos, donde se detallan los distintos componentes de la terapia, se van a exponer las intervenciones terapéuticas fundamentales en ACT con el apoyo de extractos de sesiones clínicas llevadas a cabo con pacientes de cáncer en el seno del grupo de investigación al que pertenecen las autoras del presente trabajo (la identidad personal y otros detalles han sido alterados en esta presentación).

Se suele decir que ACT exige un continuo análisis funcional de las situaciones clínicamente relevantes que ocurren dentro y fuera de sesión y que por ello no existen protocolos clínicos cerrados. Pues bien, lo que se busca con esta forma de exposición

es precisamente que el lector a través de los diferentes ejemplos que se proporcionan llegue a captar las funciones que están en juego en los distintos componentes y métodos de ACT, para que luego él en su práctica clínica pueda adaptarlos a la problemática de cada paciente particular. No obstante, se indican previamente dos apuntes genéricos relativos a los componentes y a los métodos clínicos de la terapia, para poner en antecedentes al lector que por primera vez se encuentra con esta aproximación clínica.

Los componentes y fases de ACT se han presentado con ligeras variaciones en los distintos textos que sobre la terapia se han ido publicando^(7,8,15-17). Una versión actualizada y muy práctica se recoge en Hayes y Strosahl⁽¹⁸⁾ en la que se resaltan seis procesos centrales en ACT que confluyen o definen la flexibilidad psicológica como objetivo prioritario en contra de la rigidez conductual del trastorno de evitación experiencial. Estos seis procesos, cruzados entre sí, son: Aceptación, Defusión cognitiva, el Yo como contexto, el Contacto con el momento presente, los Valores y el Compromiso con la acción. Todos estos procesos son los implicados en los procesos más genéricos de aceptación y conciencia de la experiencia privada a la par que en el compromiso y cambio conductual (remitimos al lector al texto citado para su completa exposición). En la presente aplicación a pacientes con cáncer, haremos la exposición de estos elementos considerando dos apartados; por un lado, las interacciones dirigidas a generar la experiencia de la desesperanza creativa y la clarificación de los valores; y por otro lado, el trabajo específico dirigido a la desactivación de funciones psicológicas (defusión y contexto del yo) a través de las acciones para *deslitalizar* y para producir la necesaria *diferenciación en las dimensiones del yo*. Los componentes centrales en ACT no son fases a seguir en un orden particular ni desde luego configuran un protocolo rígido sino extraordinariamente flexible de manera que los métodos clínicos no han de ser formalmente similares de unos casos a

otros, ni lógicamente habrán de producir el mismo impacto. El terapeuta habrá de adaptarlos a la experiencia del paciente de modo que alcancen a ser funcionalmente equivalentes de unos casos a otros en cuanto a los procesos de cambio. La relevancia del análisis funcional del patrón de evitación experiencial destructivo en cada caso es, pues, un paso necesario al que habrá que ajustarse el tratamiento sesión tras sesión. Lo importante es que, funcionalmente, cualquiera de los métodos empleados esté al servicio de flexibilizar las reacciones del paciente ante los eventos privados con función aversiva con el objetivo de situarlos en la trayectoria de acciones valiosas para él.

Los métodos clínicos de ACT se valen de modalidades verbales inherentemente menos literales, tales como las metáforas –cualesquiera que sean apropiadas en tanto que capten o sean funcionalmente análogas de los elementos esenciales del patrón de evitación que muestre el paciente–, las paradojas y los ejercicios experienciales o la exposición a los eventos privados. Esta variedad de estilos discursivos buscan evitar las trampas del lenguaje y favorecer un contexto verbal donde se cuestiona la racionalidad en ciertas áreas, a la vez que se valida la “verdad” de la experiencia vivida por el cliente, y elimina de modo explícito cualquier intento por situar la verdad según la lógica o los valores del terapeuta. Por tanto, no habrá demandas del terapeuta sobre qué hacer, ni discusión sobre lo mejor o lo peor, ya que todo ello se sitúa en el marco de la experiencia del cliente con unas estrategias u otras y sus valores personales. Se elimina, así, cualquier opción por satisfacer al terapeuta (o de ir en su contra). Brevemente dicho, las metáforas contienen en sí analogías del problema y alternativas de solución, las paradojas muestran las trampas verbales y los ejercicios experienciales van dirigidos a la exposición a los eventos privados en toda su extensión tal y como surgen en cada momento y necesariamente siempre en el aquí y ahora del ser humano (como se ha indicado, remitimos a los manuales disponibles para una descripción

detallada de sus componentes, sus métodos clínicos y demás características: Hayes, Strosahl y Wilson⁽⁷⁾; Hayes y Strosahl⁽¹⁸⁾; Wilson y Luciano⁽⁸⁾. Véase también el texto dedicado exclusivamente a ACT y Dolor Crónico de Dahl, Wilson, Luciano y Hayes⁽¹⁹⁾, así como a los numerosos casos clínicos publicados^(16, 20).

La desesperanza creativa y el problema del control en el marco de las actuaciones valiosas

Para los propósitos de ACT, en consonancia con una concepción radical del comportamiento, valorar algo es comportarse en dirección a ello, es decir, responder con significado. Los valores son vistos como actos concretos con significado personal, actos que vienen a formar parte de recorridos más amplios que tienen que ver con el significado que para las personas tienen determinados aspectos de la propia vida. Así se les plantea a los clientes cómo el ser humano está obligado a elegir y cómo esas elecciones se articulan con sus valores personales. Esto supone un constante ejercicio de responsabilidad personal con lo que se elige, con lo que se pierde y con lo que implican, aún sin quererlo, dichas elecciones. Por ejemplo, un paciente con cáncer al que se le diagnostica una recaída, puede elegir volver a someterse a sesiones de quimioterapia por la repercusión que ello pueda tener en su salud o calidad de vida. Al elegir esto tal paciente tendrá que “hacerse cargo” en el momento presente de lo que las sesiones de quimioterapia traigan tanto a corto plazo (ej. efectos secundarios), como a la larga, donde radica el valor tangible y presente que tienen tales sesiones. De esta manera, se enseña a los clientes a ponderar cómo cada elección que se hace, o cada renuncia, lleva implícita una doble cara inevitable. Siguiendo con el ejemplo anterior, ese paciente podría elegir no hacer las sesiones de quimioterapia como una manera de preservar cierto estado libre de sensaciones, pensamiento desagradables a

corto plazo, pero esta elección también lleva implícito el peligro que supone no seguir el tratamiento oportuno y las limitaciones que, a la corta y a la larga generará en otros ámbitos de su vida (por ejemplo, en sus relaciones con los hijos, con su pareja o en su trabajo). Esta práctica implica que el cliente realice compromisos significativos con aspectos de su vida que para él son relevantes, lo que le devuelve un sentido de dominio de su existencia y de fortalecimiento sobre sus posibilidades que, en algunos casos, podría haberse debilitado o suprimido debido a la cronicidad de la enfermedad, la agresividad de los tratamientos, las repetidas hospitalizaciones, etc.⁽²¹⁾.

El análisis funcional de los recorridos o facetas valiosas para el paciente se sitúa desde el inicio del tratamiento y son un referente continuo a lo largo del proceso ya que son la guía del cambio conductual y hay que trabajar desde ellos en cada situación que el cliente traiga a sesión. Veámoslo con el caso de R., una mujer que participaba de sesiones de grupo para mujeres con cáncer de mama y que cuando le fue diagnosticada una metástasis contactó con la terapeuta individualmente para comunicarle su deseo de abandonar el grupo. Entendía que los nuevos ciclos de quimioterapia le afectarían tanto a ella, como al resto de sus compañeras, por lo que quería mantener oculta la noticia y comenzar con terapia individual. Esta intervención ejemplifica cómo el terapeuta ACT trata de generar las condiciones para que la cliente pueda *clarificar sus fines o direcciones valiosas en términos de sus acciones* así como contactar con su experiencia privada ante la inviabilidad del control, por ejemplo, de algunos de sus pensamientos, sensaciones y recuerdos:

T: *¿Y dime R. qué significan para ti tus compañeras del grupo?*

R: *Ellas son importantes, me he sentido comprendida y acompañada, nos hemos hecho buenas amigas... salimos y planeamos actividades.*

T: *¿Te da igual alejarte de ellas?*

R: *¡Pfff...! ¡si es por ellas!, lo van a pasar mal y yo también...*

T: *No tiene porqué ser de ningún modo, pero para ti, ¿las amistades son importantes?*

R: *Sí, desde que estoy viuda me apoyo mucho en ellas. Pero, es muy duro ver cómo tus compañeras recaen y no quiero hacerles sufrir.*

T: *¿Abandonar el grupo en qué dirección iría? ¿Sería eso cultivar su amistad? ¿Te acercaría en tu relación con ellas?*

R: *No, bueno me alejaría, es que no tendría que verlas, ni ellas a mí.*

T: *No verlas ¿para qué te serviría?*

R: *Bueno que no tengan que acompañarme al hospital, que no hablemos del tema, que no me sienta, ni se sientan mal...*

T: *Y por otro lado, no verlas ¿tiene que ver con el valor que para ti tiene la amistad?*

R: *Poco.*

T: *Dejarías entonces de cultivar tu relación con ellas para no pasarlo mal tú y que ellas no lo pasen mal, ¿es así?*

R: *Sí, no lo había pensando así.*

T: *Y si la que tuviese que comenzar con quimio fuese Delia ¿A ti qué te gustaría hacer con ella?*

R: *A mi me gustaría estar con ella, ayudarle en lo que pudiera, pero es duro ir a ver a alguien enfermo, ver la calva de alguna...*

T: *¿Dejaría de importarte entonces porque resultase duro?*

R: *No, todo lo contrario, cuando más te necesita...*

T: *Es extraño, parece ser que las cosas que más duelen son las que encierran algo de valor... las que verdaderamente importan... las amigas, la salud. ¿Irirías a ver a una amiga al hospital aún con el dolor que eso pueda traer?*

R: *Sí que lo haría*

T: *Y sí, a pesar del dolor que pueda traer pensar que ellas están sufriendo por ti, sigues cultivando la relación de amistad con tus compañe-*

ras. *¿Hacia dónde te llevaría continuar con ellas?*

R: *Estaría más acompañada, me sentiría comprendida, seguiría con mis actividades... ellas podrían contar conmigo... (llora).*

T: *¿Cuál es tu experiencia alejándote de las personas que quieres?*

R: *(Llora)*

La exposición a los eventos aversivos así como a los costos implicados en la evitación, suele llevar a los clientes de ACT a manifestar que algunas sesiones les resultan intensas, incluso dolorosas. Esta experiencia de la *desesperanza creativa* surge al confrontar al paciente con su propio hacer, con lo que pretende y lo que consigue a corto y a largo plazo, en relación tanto a su vida, como a su sintomatología. Frente a este tipo de experiencias intensas el terapeuta debe preguntar a sus clientes sobre si ese malestar que aparece en sesión se parece al que tiene en situaciones cotidianas, también sobre lo que hace con ello y lo que consigue tanto a corto como a largo plazo. Por ejemplo, ¿desviar los pensamientos surgidos con la enfermedad le ha servido para vivir mejor?. La experiencia que el paciente lleva a sesión señala que centrarse en sus reacciones a la enfermedad e intentar modificar o desviar lo que piensa o siente, ha supuesto restringir considerablemente su vida. Además, ni su malestar, ni sus miedos y pensamientos molestos se han reducido, sino todo lo contrario. Esta confrontación es dolorosa en tanto que el cliente experimentará las consecuencias de lo que ha hecho y lo que ha conseguido y todo ello a pesar de estar convencido de hacer lo que tenía que hacer. La Metáfora del Jardín (como posible análogo de la vida) es una de las que pueden servir para contactar con las áreas valiosas que uno tiene y con la experiencia de cómo están y lo que uno ha hecho en los últimos tiempos.

T: *Supón que eres un jardinero, amas tu jardín, que es sólo tuyo y, por tanto, eres la única responsable del cuidado de tus plantas. Imagina*

que las plantas son las cosas importantes que hay en tu vida... Si así fuera, dime qué plantas tienes, cuáles son esas facetas relevantes en tu vida y dime cómo las ves en los últimos meses ¿Están frondosas o algo mustias?

C: *Más bien mustias...*

T: *Dime cuáles son tus plantas y tómate un tiempo para ver cómo están.*

(silencio)... Dime una planta importante, una parte relevante de ti

C: *Mis hijos... Los veo muy mal*

T: *Dime otro aspecto relevante en tu vida, otra planta de tu jardín*

C: *Mi trabajo... (muy calladamente) También muy mal. Voy, pero no consigo...*

(se revisan otras áreas o facetas de su vida del mismo modo)

T: *Dime, observándote en lo que haces cada día, dirías que has cultivado las plantas mucho, poco, nada... ¿Dime qué te ves haciendo cada día al salir al jardín? ¿Has cultivado tu trabajo, has estado con tus hijos como tú quieres estar?*

C: *Muy poco y muy mal (muy tristemente). Apenas cuido las plantas. No puedo hacerlo. Me invade la tristeza, la rabia, tengo mucha pena... ¿Qué voy a hacer?(llorando)*

T: *¿Qué hay que impide que cultives tus plantas cada día? ¿Dime lo importante que son tus hijos, tu trabajo para ti?*

C: *Me gustaría que tuvieran una madre normal, sin rabia, sin tristeza, sin cáncer..., pero me siento muy triste con ellos, no me veo normal...*

T: *Veamos si el ejemplo del jardinero nos vale. Como bien sabes un jardinero no tiene un jardín para tener malas hierbas sino flores bonitas, que huelan bien ..., pero, ¿Es posible tener un jardín sin que crezcan malas hierbas?*

C: No, siempre andan por ahí

T: Imagina que al jardinero no le gustan las malas hierbas y tan pronto las ve, las corta. Anda por allí pendiente de las malas hierbas para cortarlas en cuanto crezcan. Ocu- rre que cuanto más las corta, más crecen y así pasa el día sin sopor- tar las malas hierbas y rápidamente afanándose para que desaparez- can, pero las malas hierbas están ahí cada mañana y no lo consiguen. Se desespera y se entretiene cada día más en cortarlas pero no consi- gue eliminarlas del jardín. Lo más grave es que gasta la mayor parte del tiempo en ello y cada vez menos en sus plantas. Sus plantas entonces están cada vez más mustias... ¿Se parece esto a lo que haces con tus sensaciones de "estoy mal, ya no puedo, esto no me gusta, tengo miedo..."?

C: Es justo lo que me pasa. Tengo muchas malas hierbas y no quiero tener eso. Otros no las tienen

T: ¿Es ésa otra mala hierba que cortar?

C: Sí (muy triste)

T: ¿Tan pronto como sacas una, apa- rece otra? ¿Y otra? ¿Y otra?

C: Sí, y siempre girando sobre lo mismo, ¡No puedo arrancarlas del todo!

T: ¿Esa es otra hierba, verdad? ¡No puedo arrancarlas del todo!

C: ... Si... y me marchó y no cuidó a mis hijos, al menos como querría

T: ¿Cómo está tu jardín al estar pen- diente de cuándo crece la mala hierba, de cómo cortarla, de aca- bar con ella?

C: Como un desierto (llora)

T: ¿Y si tener plantas significa que también tiene que haber malas hierbas? ¿Acaso hay algún jardín sólo con bonitas plantas y sin malas hierbas? ¿Y si son parte del jardín?

C: No sé... Es muy difícil cuidar a mis hijos y tener esto.

T: Ya sé, ¿Es ésa otra mala hierba, ver- dad?... ¿Cómo le ha ido a tu jardín al dedicarte a cortarlas? ¿Has con- seguido tu propósito?... ¿Has con- seguido que no estén esas sensa- ciones presentes casi cada día?

C: No, claro que no. Cada día me siento peor y cada vez mi vida está peor.

T: ¿Y si en lugar de empeñarte en arrancarlas nos centramos en el cuidado de las plantas que te importan, que más quieres?

C: No quiero que crezcan las malas hierbas y ahora (llorando) me pare- ce que estoy viendo que yo las hago más fuerte... ¡Pero entonces que voy hacer! ¡No sé cómo cuidar mis plantas con todo esto encima!

El objetivo de estas intervenciones es desestabilizar la estrategia rígida e ineficaz, según sus valores, que viene empleando el paciente y en la que se encuentra atrapa- do. Se trata de que al tomar un poco de perspectiva se pueda ver a sí mismo en esa estrategia ineficaz y ante la imperiosa nece- sidad de hacer algo. Se trata de generar fle- xibilidad ante los miedos, la tristeza, de modo que no sólo reaccione evitándolos (cortando las malas hierbas) sino que pue- da disponer de una alternativa: la de apren- der a vivir con los miedos en tanto que lo contrario sabe por experiencia hacia dón- de le conduce. *Experimentar la desesperanza creativa* ocurre cuando el cliente experimenta allí mismo que lleva tiempo queriendo ir a A (sus hijos, trabajo, etc.), creyendo, además, que actuaba en esa dirección (ajustándose a: "es necesario, primero, eliminar los miedos, la tristeza, etcétera para poder afrontar la vida") y haber llegado a Z (más miedos, más tris- teza y una vida mucho menos rica y valiosa). Esta vivencia proporciona a la situación problema un valor aún más aversivo que antes, ya que "lo que hace" no le vale, y pone en evidencia su razonamiento y, por tanto, pone en cuestión que no tiene razón a pesar de creerse cargado de razón y de razones para actuar en torno al miedo y la

tristeza. No consigue lo que quiere, lo que busca para poder seguir viviendo y además experimenta las funciones aversivas de “no saber qué hacer”. En síntesis, se encuentra peor que al principio aunque esa experiencia de desesperanza es creativa en tanto es un paso necesario para poder actuar de un modo valioso aunque resulte doloroso, especialmente a corto término. Por eso, un terapeuta ACT no valorará esas sensaciones como retrocesos sino un gran avance y así habrá de compartirlo con el cliente. Numerosas metáforas y ejemplos sirven para mostrar ese proceso inicial –y probablemente habrá de ocurrir más de una vez. Por ejemplo, el dolor es signo de curación (para limpiar una herida hay que desinfectar y duele), a veces lo que uno quiere supone un gran esfuerzo. La metáfora del vaso sucio sería una más (véanse los manuales antes citados).

Es importante diferenciar que lo desesperanzador, lo que no tiene remedio, es la estrategia que ha venido empleando y no es su vida o él mismo como persona. Es creativa porque a partir de esta vivencia ya sabe por su experiencia lo que no funciona y entonces estará en disposición de vislumbrar otras opciones. Se sitúa a la persona frente a su dolor, sus miedos pero abriéndose paso a la posibilidad de elegir si hacer lo que ya sabe bien hacer (y sus resultados) o hacer algo diferente. Se comienza a abrir paso la responsabilidad de su elección en tanto antes no había elección posible: reaccionaba a las malas hierbas, cortándolas, sin más ¿qué otra cosa, acaso, podía hacer? Este proceso abre alternativas que enmarcan las funciones aversivas de los eventos privados en coordinación temporal con las acciones valiosas de manera que tanto el valor negativo y evitativo de los eventos con funciones aversivas comienza a flexibilizarse^(12,22, 23). Así es que el dolor de la desesperanza se acompaña del valor que tiene para lo que le importa en su vida. En modo alguno significa “pasarle mal por pasarle mal”, sino que es una experiencia dolorosa pero cargada de significado personal. En relación con esto

último vale mencionar que el índice de abandono en el tratamiento de ACT en pacientes con cáncer es, según nuestra experiencia y a pesar de la intensidad de las intervenciones, mínimo.

La Clarificación de Valores

La intervención directa en clarificación de valores se inicia al hilo de la experiencia de desesperanza creativa en tanto que los valores, como reforzadores construidos socialmente, son el corazón que bombea la vida del paciente (son las “plantas que uno tiene en el jardín de su vida y que elige, o no, cuidarlas. Incluso está aquella planta que uno no ha puesto –por ejemplo, una enfermedad crónica-, que no es querida en sí misma pero cuyo cuidado es vital para poder cuidar el resto). Los valores son direcciones de valor y las actuaciones en esa dirección estarán cargadas, cada una, de valencia relativamente positiva por su significado personal, incluso cuando conllevan funciones aversivas. En una perspectiva funcional, la clave del comportamiento es la función, las consecuencias, y en ACT se trata de situar esa función en lo que es de valor para el paciente –y que no consigue con lo que hace, al menos a la larga.

El proceso de intervención en valores supone, en primer término, la clarificación de las consecuencias de la regulación verbal ineficaz (“Primero hay que eliminar el malestar, el dolor y así podré actuar o hacer lo que quiero”) y responde a preguntas como, ¿Estás satisfecho con el esfuerzo realizado en los últimos meses, con lo hecho en cada área importante de tu vida?, ¿Has sido fiel en lo que has hecho con lo que te importa?, ¿Cuán importantes son para ti estas facetas o áreas? ¿Qué se interpone entre ti y cultivar esas facetas?. En segundo término, supone la intervención explícita sobre lo que realmente se valora como direcciones vitales en el sentido de elección personal, esto es, para comprometerse con una dirección de valor y mantenerse en ello porque así se elige porque contiene un sentido de calidad personal. La clarificación de

direcciones valiosas es un aspecto central en ACT que ha de estar presente –y dando significado– en todos los métodos clínicos que se utilicen. Es decir, que cualquier paso se sitúa en la trayectoria de valor para el cliente. La clarificación incluye desde ejercicios experienciales para “verse” actuando en ciertas situaciones (especialmente cuando no se aprecia una dirección), así como para tomar distancia y poder discernir lo que realmente quisiera que trascendiese de sus actuaciones a lo largo de su vida (por ejemplo, el ejercicio del funeral o similares actualiza como le gustaría ser recordado en sus acciones). Las metáforas son también útiles. Por ejemplo, un paciente que describe su vida como un desierto, o un erial, o un jardín sin nada, vacío, o como un edificio en ruinas..., permite la pregunta ¿Qué habría si no fuera un desierto?. ¿Qué sería y de qué estaría compuesto?. Si no fuera un jardín vacío, ¿Qué habría?. ¿Cómo sería el edificio si no estuviera en ruinas?. La clarificación de valores comprende numerosas facetas. Por ejemplo, distinguir entre lo que puede cambiarse y lo que no; el costo o las dos caras de cualquier elección; la soledad al responder; el valor de la perseverancia a pesar de las dificultades y lo contrario; el valor de dejarse llevar por las “invitaciones tentadoras” o los “consejos o razones” que surgen en el camino hacia lo que importa; apreciar lo que se teme al implicarse en lo que se valora; la cercanía entre lo que a uno le importa y el mismo dolor (la tristeza o el malestar); identificar acciones guiadas por el malestar y acciones guiadas por lo que uno valora; la importancia de “darse permiso” para tener la tristeza o el dolor o –el evento privado que surja– y así poder actuar en lo que sea valioso para uno frente a “no admitir, no darse permiso” y actuar en dirección contraria. Más aún, discernir lo que uno quiere porque sí, porque así lo elige, frente a la presión de las acciones que se hacen sin un ápice de aceptación de la dirección de conllevan. Remitimos a los manuales ya indicados para una exposición exhaustiva de la intervención en valores.

La desactivación de funciones psicológicas

ACT apuesta por alterar la función de los contextos verbales en los que el cliente está atrapado, desde el contexto de la literalidad y evaluación, hasta el contexto de dar razones que no sirven y, necesariamente, la desactivación de la regulación verbal ineficaz. Para ello, se disponen de componentes orientados específicamente a la *desactivación de las funciones aversivas y discriminativas de evitación* a través de la *desliteralización* y de la *diferenciación del yo como contexto de los contenidos cognitivos de uno mismo*.

Se trata de alterar la literalidad de las palabras al diferenciar los pensamientos y sus funciones a la par que alterar el contexto de las valoraciones y de dar razones para actuar valiosamente. Este proceso requiere múltiples oportunidades de práctica en diferenciar la dimensión del yo como contexto de todos sus contenidos psicológicos, precisamente para afianzar la actuación con la distancia psicológica que ofrece esa dimensión, desde la cual se pueden ver los contenidos cognitivos que se tengan en un momento dado y a la par “se da la entrada” a la actuación guiada por los valores personales. Es decir, diferenciar que es uno quién actúa a pesar de cualesquier contenidos cognitivos venidos por las construcciones sociales y verbales generadas en la ontogenia personal. En el caso de pacientes diagnosticados de cáncer la valoración negativa de la enfermedad (cáncer = muerte) implica una serie de consecuencias que vienen a funcionar como razones que sostienen las actuaciones limitantes. Así la persona se encierra en un círculo de razonamientos que justifica su comportamiento y dificulta el cambio deseado⁽²⁴⁾. A la par, las personas más cercanas (en la familia, en el trabajo, en el sistema de salud, etc.) se comportan de manera que propician y sostienen, “justificándolos”, el abandono de responsabilidades o la actuación acorde con compromisos personales. *El “poder”, a veces destructivo, de las razones para*

actuar se ilustra con el caso de A. una mujer con cáncer de mama sometida a una mastectomía:

A: *Mi marido intenta acercarse a mí, pero yo me hago la tonta. No, no puedo dejar que me toque, con los kilos extra que tengo y eso que tengo ahí (señala el pecho). Soy incapaz. Además no puedo quedarme embarazada, estoy menopáusica desde que estoy con hormonas, pero claro una no sabe... El caso es que ¡pobrecillo! tiene mucha paciencia, no me dice nada, pero un día se va a ir de mi lado (llora).*

T: *¿Qué te gustaría hacer con él? ¿Qué estarías haciendo como esposa ideal según tú?*

A: *Siempre hemos estado muy unidos y hemos disfrutado mucho en las relaciones sexuales, pero es que ahora no puedo, así no...*

T: *¿Que te impide hacerlo, dar ese paso?*

A: *Vergüenza, estoy horrible (llora). No soy la misma de antes, he perdido muchísimo, no quiero desnudarme, no puedo mirarme al espejo, imagina, ¡qué puede pensar!*

T: *A ver si entiendo, piensas que estás horrible y ¿Esta es la razón para evitar las relaciones sexuales con tu marido?*

A: *Sí, es que es así, ¿Crees que le va a gustar? Y es que no puedo. ¡No puedo!*

T: *¿Y cómo repercute esto en tu relación?*

A: *Bueno, él no me dice nada, pero claro, de ciertas cosas no hablamos...*

T: *Esto que haces, no hablar de ello, no acercarte o no permitir que se acerque, dime ¿Te está acercando o alejando de tu marido?*

A: *Alejando.*

Desde ACT se intenta romper las relaciones razones-acción destructivas para situar cualquiera de esas relaciones en el

plano de la elección personal sostenidas desde lo que el cliente verdaderamente valora. El uso de numerosos ejemplos y ejercicios muestran que siempre tenemos dispuestas razones para justificar una acción u otra, pero que finalmente lo importante es situar la acción en el contexto de la elección personal.

T: *Veamos. Has sido diagnosticada de cáncer, te han practicado una mastectomía, estás en tratamiento con hormonas y has aumentado considerablemente tu peso. Tienes una pareja con la que la relación iba muy bien hasta este momento ¿Es así la situación? Pensemos en diferentes finales para esta historia, ¿Qué podría hacer con su pareja una mujer en esas condiciones?*

A: *Podría divorciarse.*

T: *Sí, ¿Qué más?*

A: *Podría buscar una manera diferente de relacionarse, sin desnudarse por ejemplo.*

T: *¿Qué más? ¿Podría hablar abiertamente con él de lo que le ocurre, de sus dudas, de sus preocupaciones?*

A: *Sí, podría alejarse, hacer como si no se diera cuenta que él desea estar con ella...*

T: *También... veamos ahora razones que podría dar la mujer en esta situación para tener una relación sexual.*

A: *Porque ama a su pareja... porque hace mucho que no tiene relaciones, para darle gusto...*

T: *Sí... Veamos ahora razones que podría dar la mujer en esta situación para no tener una relación sexual.*

A: *Bueno porque se siente fea, porque tiene miedo al rechazo, no se gusta a sí misma, tiene la autoestima por el suelo...*

T: *Ahora qué razones podría tener el marido para continuar teniendo relaciones sexuales con su pareja aún estando en esta situación.*

- A: *Porque tiene ganas de tener sexo, porque quiere a su pareja más allá de lo físico...*
- T: *Podríamos ver razones que el esposo podría dar para no tener relaciones con su pareja en esas condiciones.*
- A: *Sí, porque le impresiona, su pareja ya no le gusta como antes, porque tiene temor a hacerle daño, porque no sabe si pueden hacerlo como siempre...*
- T: *Tenemos entonces razones de la mujer para tener o no tener relaciones, las razones del esposo para tener o no tener relaciones, también hemos recopilado distintas actuaciones frente a la misma situación... Dime, según lo que haces, parece que sentirte mal con tu cuerpo es una razón absolutamente válida, de peso para alejarte de tu marido como ocurre últimamente. Y bien, eso te da lo que te da. ¿Es eso lo que quieres?... Si la prioridad es esa, ¿Qué prioridad tiene tu relación íntima?*
- A: *Nula.*
- T: *¿Es eso lo que quieres?*
- A: *No.*
- T: *Entonces, ¿qué puedes hacer con tantas razones?*
- A: *No sé. Hay tantas. No sé si valen de verdad.*
- T: *¿Qué te está diciendo eso, qué te está aconsejando?*
- A: *Pues que a lo mejor sí, que alguna de ellas puede valer.*
- T: *¿Cuál es tu experiencia dejándote llevar por cualquiera de esas razones que te salen a menudo cuando barruntas una posible relación, por ejemplo, cuando te surge: "no me gusta, estoy mal, estoy horrible"*
- A: *Cada vez peor.*
- T: *Y qué pasa si las razones estuvieran en lo que realmente te gustaría hacer con tu marido y no están tanto en lo mal que te sientes al intentar dar un paso hacia eso?*
- A: *Explícame eso...*

Las razones ("nuestra mente consejera") no son verdaderas causas de lo que hacemos. Lo parecen a base de seguir sus consejos, o sea haciendo lo que las razones sugieren. Es así como las razones que nos damos, o nos dan, adquieren una credibilidad alta. Las razones que los pacientes han aprendido y que surgen como "el consejero privado de cada uno" se refieren a sentirse mal, a pensamientos negativos sobre el pasado y sobre un futuro. El terapeuta ACT ha de ayudar al paciente a que experimente dónde le ha conducido seguir tales razones a pesar de que la lógica sea perfecta y consensuada. La cuestión es qué réditos le ha devengado hacerles caso. El terapeuta ACT ayuda al paciente a desequilibrar el sistema razonable de las razones como causas del comportamiento (finalmente, ¿dónde le ha llevado?), mientras que a la par ayuda a situar la relación razón-acción en el plano de la elección según el marco de los valores personales. Por ejemplo,

- T: *Supón que tener relaciones sexuales fuera como tocar este libro. Ya sé que no es, pero ponte en la situación de que así fuera. Tener relaciones sexuales, está siendo problemático para ti ¿Qué viene cuando te pido que toques el libro, cuando piensas en tener relaciones?*
- A: *No puedo, me siento incómoda, me siento fea, tengo un cuerpo horrible, no le voy a gustar, me pongo tensa, no quiero, no puedo...*
- T: *¿Puedes decir "no quiero tocar el libro", no me gusta, me pongo tensa mientras lo tocas?*
- A: *No puedo!*
- T: *Toma, coge el libro mientras repites conmigo que no quieres hacerlo. Vamos, no me gusta tocar el libro, me siento horrible al tocar el libro...*
- A: *... Estoy horrible, me veo fatal cuando toco el libro, estoy haciendo el ridículo, no me gusta tocar el libro, no quiero hacerlo, me siento mal tocando el libro (mientras toca el libro). ¿Es muy difícil hacer esto!*

T: *No te digo que sea fácil, ni difícil, sólo te pregunto si puedes tocar el libro con el pensamiento "no puedo", "es difícil", ¿Puedes?*

A: *Sí, hacerlo sí.*

T: *Tú sabes que tocar el libro te lleva en una dirección, no tocarlo te lleva en la dirección contraria. Ahora ¿Hacia dónde quieres ir en relación con tu pareja?*

A: *Quiero estar bien con él, estar más cerca.*

T: *Tienes dos posibilidades. El juego de despreciar, no soportar, luchar contra "Estoy horrible" y no intimar en tu relación. Y tienes otro juego. El de contemplar esos pensamientos como si los pusieras en una pantalla de ordenador, o como si llevaras esos pensamientos y las sensaciones que traigan, en tus bolsillos, mientras cultivas la relación con él. ¿Cuál eliges?*

A: *Esta última (llorando). Ayúdame a llevarlos.*

Hay varias intervenciones que permiten romper la literalidad, que permiten la diferenciación entre el pensamiento y sus funciones. Por ejemplos, se puede pedir que los pensamientos se pongan en pantallas, o se depositen en las hojas que caen de un árbol, o se pueden repetir cambiando la entonación. Igualmente, las sensaciones pueden fisicalizarse, objetivarse en un momento dado de modo que se pueda observar la alteración de sus funciones aversivas en tales momentos (véanse los manuales para numerosas formas de desliteralización). En todas estas intervenciones se cambian los contextos verbales de los pensamientos y sensaciones y se produce una ruptura de la literalización de modo que se llegan a reconocer las palabras, los pensamientos o los recuerdos como lo que son, a la par que se observa como las funciones cambian según lo que se hace con los eventos privados ⁽¹²⁾. La intervención para diferenciar entre quien actúa y sus pensamientos, potencia la discriminación para poder elegir libremente aún con los pensa-

mientos y sensaciones de malestar que se tengan. Esto es, genera la perspectiva necesaria para tener pensamientos y poder elegir al propiciar que funcionen como barreras literales para actuar.

J. decía que el cáncer le había hecho caer en una gran depresión y que el área más afectada, y que ella valoraba profundamente, era la relación con sus hijos. Si bien ella tenía claro el tipo de cuidados que los niños reclamaban, ella repetía: *"Es que no puedo con todo, me siento sola, abatida, no puedo hacerme cargo de mis hijos.... es que no tiene sentido. Seguro que el cáncer volverá"*. Este tipo de pensamientos funcionaba como barreras literales para actuar hacia los objetivos que ella misma se había planteado y que valoraba en su papel de madre. Se quedaba en cama quejándose: *"Parece que estoy en la cama esperando a que el cáncer vuelva, en la cama esperando la muerte"*. Frente a este tipo de pensamientos recurrentes se realizó la siguiente intervención con el objetivo de diferenciar lo que ocurre y lo que se hace presente simbólicamente por medio del lenguaje y la actuación de uno ante ello. Se trataba de promover la ruptura de la fusión con estos contenidos psicológicos a fin de posibilitar a la cliente la elección de sus acciones desde una posición de "distanciamiento" y mirando hacia lo que tenía de valor en su vida.

J: *...No tiene sentido. Al final, sabemos que en más o menos años la gente se termina muriendo. Para qué... para qué luchar...ya estoy cansada y no tengo más ganas... Si al final mis hijos se quedarán solos...*

T: *Nota ese pensamiento J., cierra los ojos y no hagas nada con ese pensamiento, déjalo estar presente contigo, es sólo un pensamiento...*

J: *¿Es verdad, ¿Qué harán ellos cuando no tengan a su madre? y me necesitan son pequeños... (muy tristemente).*

T: *Pon esos pensamientos delante de ti, como si los escribieses en una hoja y déjalos estar..., pon todos*

los pensamientos que te vengan en una hoja del árbol, ahora y aquí, y obsérvalos en la hoja,... observa cómo cae la hoja en el suelo (pasados unos minutos). Dime J, estos son pensamientos que tienes con frecuencia, dime ¿qué haces cuando te vienen?

J: Me deprimó, me hundo.

T: Parece que cuando te vienen es como si ya estuviera ocurriendo lo que piensas ¿Tiras la toalla verdad?

J: Sí eso es, mira a mi alrededor. Con cáncer te mueres y se quedarán solos.

T: Probablemente en algún momento tus hijos se quedarán solos o bien no..., no tenemos una bola de cristal y no sabemos si eso ocurrirá, cómo, cuándo, dónde, ¿Dentro de seis meses, de dos años o de tres días? ¿Podemos asegurarlo acaso?

J: No eso no.

T: Eso es el futuro ¿Verdad?... No sabemos qué ocurrirá... De lo que sí estamos seguras es de que es un pensamiento sobre el futuro que tú tienes al pensar en tus hijos, ¿Verdad?

J: Si es un pensamiento, pero es que es horrible.

T: Y si trabajamos para que cuando aparezcan esos pensamientos empieces a tratarlos como lo que son, pensamientos sobre el futuro, pero no el futuro... Si fuera el futuro, si eso hubiera ocurrido ¿Estaríamos aquí?, ¿Estarían tus hijos en casa? Hay una ventaja al tratarlos como lo que son, pensamientos sobre el futuro. La ventaja es que el futuro aún no ha ocurrido. Quizá sea como tú dices o no, no lo sabemos.

J: Pero no dejó de darle vueltas a eso... Será así.

T: Otro pensamiento interesante "no dejó de darle vueltas"... Tenemos otra vez el juego de las elecciones. Puedes tener ese pensamiento

sobre el futuro y elegir actuar creyéndotelo al 100%. Como decíamos antes, puedes hacer caso a lo que tu consejero mental te sugiere. O puedes tener ese pensamiento sobre el futuro y elegir actuar para cultivar tu tarea como madre. ¿Qué eliges si piensas en lo que te importa hacer hoy, ahora mismo, como madre de tus hijos?

J: Elijo estar con ellos, salir, cuidarlos (llorando).

Identificar los pensamientos como pensamientos y no quedar fusionado a sus contenidos, esto es, a lo que dicen ser, se realiza a partir de diversos ejemplos básicos que permiten vislumbrar el funcionamiento de lenguaje y como a veces las palabras y cualquier tipo de estímulo con significado pueden ser engañosos en el sentido de traer al presente cosas que no están sino sólo de manera simbólica.

Así resultó ser con S. con quien se había trabajado a lo largo de cinco sesiones. S. había retomado varias actividades importantes para ella, había vuelto a hacer deporte y a planificar salidas con amigos, dos aspectos que se habían visto considerablemente afectados desde la enfermedad. En una de las sesiones comentó que un día se había quedado en casa, abandonando las actividades que había planificado para ese día, se había sentido sumamente triste y aunque se daba cuenta, aquellos sentimientos y sensaciones negativas le habían atrapado:

S: Yo creo que me afectó que en la mañana tuve que ir a hacerme una radiografía y cuando me desvestí, le vi la cara a la enfermera. Tú te das cuenta que la gente cuando te ve la cicatriz, empieza a tratarte diferente. Esta enfermera comenzó a ser muy amable conmigo desde aquel momento. Y pensé ha pensado "pobrecilla tiene cáncer", y seguí con esa idea todo el día "pobrecilla tiene cáncer" y yo creo que aquello me afectó y me vine abajo.

- T: *¿Qué más cosas vienen junto con ese pensamiento?*
- S: *Es que tú no sabes lo que es (llora). Pienso en que me queda poco, en la pena que da, en que por eso la gente se acerca (el terapeuta ha ido anotando cada una de estas frases en trozos de papel).*
- T: *¿Qué más cosas vienen? (Sigue anotando en otro trozo de papel)*
- S: *Pues que si así me ve una enfermera, imagínate si quisiera iniciar una relación de pareja, quien me va a querer, la gente piensa que como has tenido cáncer estás a punto de morir...*
- T: *¿Qué más te viene ahora, ahora, qué otros consejos te estás dando?*
- S: *Que estoy triste, tengo mucha tristeza, ¿Por qué a mí? La vida me ha cambiado, con todo lo que yo ya tenía encima...*
- T: *¿Y todo esto te llevó a la cama, a quedarte encerrada?*
- S: *Sí, me siento muy mal.*
- T: *Te pido que cierres los ojos. Nota todos esas sensaciones aquí, ahora mismo conmigo. Date cuenta de lo que sientes y de todo lo que pasa por tu cabeza..., déjalo estar, no hagas nada y date permiso para notar todo esto que te viene al pensar en las consecuencias de la enfermedad, en lo que el cáncer ha traído... Ahora, pon esos pensamientos en una hoja del árbol y déjala caer al suelo..., toma el pensamiento que tengas ahora mismo y ponlo en otra hoja y observa como cae al suelo... (así con varios pensamientos)... Abre los ojos cuando quieras.*
- T: *¿Has visto los funcionarios que trabajan con la radio encendida? Bueno imagínate dos funcionarios, están llenando formularios mientras está la radio de fondo, encendida y sin que puedan apagarla. En un momento se escucha en la radio el siguiente mensaje "das lástima",*
- al rato de nuevo "estás por morir". Claro los mensajes son desagradables y los funcionarios empiezan a incomodarse. Al rato escuchan de nuevo "pobrecillo estás por morir, das lástima...", parecen tan reales que se desesperan. Uno de ellos deja de trabajar, no aguanta lo que escucha e intenta cambiar la sintonía, pero aún cuando pone otra emisora, nada, los mensajes siguen apareciendo. Vuelve a cambiar y así pasa la mañana, ¿Dime, cuál es tu experiencia con este tipo de mensajes, de pensamientos, desaparecen?*
- S: *Siempre vuelven. Yo hago lo que el funcionario.*
- T: *Claro, este funcionario quiere apagar la radio pero es una radio que no se apaga y cambiar la sintonía no sirve de mucho ya que salen otra vez y entonces está ahí, pendiente de la radio, con la oreja pegada a la radio a ver qué dice y deja de trabajar porque eso es lo que la radio dice o insinúa. A veces escucha cosas positivas como "no vas a morir", "ahora estás bien", "estás normal, no se nota" "estás contenta", "la gente te quiere" entonces se tranquiliza y sigue su trabajo, pero pronto vienen los...*
- S: *Los de siempre, los negativos y deja de trabajar.*
- T: *...Hay más posibilidades, otro funcionario cada vez que aparecen esos mensajes presta atención, los escucha y dice a su compañero "fíjate lo que dice la radio", "lleva tiempo con los mismos mensajes", "a veces son mensajes positivos y a veces son mensajes negativos". Los escucha, se da cuenta de que están allí y sigue con su trabajo... ¿Qué crees S. que pasó aquel día con el pensamiento "pobrecilla tiene cáncer"? ¿Esto se parece más a escuchar la radio o a quedarse pegada a la radio?*

- S: *Me quedé completamente pegada a la radio.*
- T: *¿Eso es escuchar la radio, llevarla contigo o hacerle caso a la radio?*
- S: *Hacerle caso a todo lo que me decía la radio.*
- T: *¿Y cuánto llevas perdido por hacerle caso a la radio?*
- S: *Pfff, si me pongo a contar...*
- T: *Cuál es tu experiencia en todo este tiempo ¿Has conseguido eliminar esos mensajes?*
- S: *No, que va ¡es horrible!*
- S: *Otro mensaje.*
- S: *Voy a tener que escuchar y no hacer otra cosa.*
- T: *¿Es eso nuevo? ¿Eso sería algo en dirección a tu vida social, tus amistades o en contra?*
- S: *Sería pegarme a la radio. Entonces, ¿Escucho la radio y sigo con mis planes?*
- T: *¿Es eso lo que quieres?*
- S: *Si aunque me cueste.*

Este tipo de ejercicios favorece el distanciamiento y la discriminación del yo como contexto de los contenidos del yo, se trata de resaltar que tener un pensamiento es tener un pensamiento, que tener una evaluación es simplemente una evaluación, un contenido cognitivo más. Cuando se aprecia el proceso de pensar y su contenido se fomenta el yo-contexto de todo ello y se comienza a alterar la literalidad o fusión cognitiva. Así, este aprendizaje permite que el cliente se separe psicológicamente de su "mente" y vea sus pensamientos, sensaciones y recuerdos como algo que surgirá en muchos momentos y ante los cuales hay más de una "puerta" por la que salir, más de una posibilidad para elegir caminar. De este modo, se va generando la práctica de hacerse cargo de los pensamientos, sensaciones, recuerdos que se tienen (y que son parte de la historia de uno) y, principalmente, de aprender a responsabilizarse de las acciones que se toman en torno a ellos. La metáfora del Autobús, el Conductor y los Pasajeros (véanse manuales) suele ser muy útil para situar todos estos elementos en su papel.

Como se ha señalado, uno de los componentes fundamentales de la terapia ACT es la exposición a cualesquiera eventos privados o contenidos cognitivos que surjan al actuar en una trayectoria de valor. Especialmente en el caso del afrontamiento del cáncer, es recomendable la exposición a la posibilidad de las recaídas. El dominio que ejercen las funciones psicológicas verbalmente establecidas puede llegar al extremo de que el control conductual quede dominado por contingencias verbalmente establecidas, en lugar de por las contingencias experimentadas de forma directa. Así, por ejemplo, un paciente con cáncer evita pensamientos sobre la recaída o la muerte de la misma forma que evitaría implicarse en comportamientos de alto riesgo para la propia vida. En el caso de un individuo que está por acudir a una revisión médica, puede ocurrir que responda a los pensamientos de volver a pasar por quimioterapia, por ejemplo, de idéntica manera a como respondería o ha respondido al tratamiento en el pasado (ansiedad, vómitos, mareos, tristeza, nerviosismo) y lo peor, que frente a estas reacciones no acuda a las revisiones como una forma de evitar sus peores miedos. El objetivo de la exposición a estos eventos es estar abierto a ellos o darse permiso para tenerlos, o sea, aceptar las funciones verbales que conlleva la propia historia en cada circunstancia y momento, y diferenciar lo que viene en el momento presente en relación a lo que ocurrió en el pasado o lo que piensa que ocurrirá en el futuro. La exposición a cualquier evento cognitivo que surja en cada momento, en el aquí y ahora facilitará el afrontamiento activo de las sucesivas revisiones, de futuros tratamientos en caso de ser necesario, y fundamentalmente, la aceptación de los temores relacionados con los pensamientos de que esto ocurra, aspecto que muy frecuentemente está presente en supervivientes de cáncer. Lo que necesita aceptarse no es el hecho de la recaída en sí mismo, sino el pensamiento sobre la posible recaída, y todas las respuestas emocionales que acompañan a esos pensamientos de futuro⁽²⁵⁾. La aceptación de

este tipo de eventos es propiciada a partir de ejercicios de exposición que pueden tomar diferentes formas, desde el diálogo abierto hasta ejercicios experienciales como se muestra en la siguiente transcripción de una paciente a quién en la última revisión le habían detectado algunas irregularidades:

J: *Es que no quiero decirles que he ido a la revisión, pero no sé, si al final, tenemos que aprender a vivir con esto, porque nos guste o no, lo digamos o no lo digamos la idea siempre está ahí y ellos (la familia) también lo piensan...*

T: *¿Y si trabajamos para aprender a llevar la idea de posibles recaídas, y la recaída misma? ¿Crees que podría ser valioso para afrontar esta situación que trabajemos con ello, y con lo que pueda traer?*

J: *Es mucho dolor, tensión y me da miedo sólo pensarlo, cansancio,...*

T: *¿Estarías dispuesta a darte permiso para tener esos miedos, esa tensión como algo más en el camino hacia las pruebas que tienes que hacerte, como un paso en dirección a lo importante que es para ti tu familia?...*

J: *Uff!! Me da mucho miedo pensarlo.*

T: *Ya sé y sé que probablemente será doloroso pero y si trabajamos para tener ese miedo y hacer las pruebas como algo en relación a la vivencia con tu familia... ¿Y si lo que quieres conseguir, estuviese del otro lado de una gran charca? Una charca que no sabes lo profunda que es, no sabes que hay dentro de ella, el agua a veces se mueve pero está tan turbia... y a ti te da miedo el agua, te pone tensa, lo pasas muy mal, te vienen sensaciones desagradables, pero claro, del otro lado hay algo muy importante... ¿Y si eliges cruzar la gran charca dándole la bienvenida a ese dolor, esa tensión, al temor... porque cada paso en la charca te acerca a lo que tiene un gran valor para ti?*

J: *Es que tenemos que aprender a estar con ello, si siempre está aunque queramos sacarlo de la cabeza (llora).*

T: *Lo que viene al hablar de la posibilidad de la recaída ¿Se parece a esto que sientes ahora?*

J: *Asiente (llora).*

T: *Te invito a pensar en todo lo que te viene ahora, respira hondo, nota todo lo que viene, pensamientos, sensaciones, sentimientos... No hagas nada, simplemente déjalo estar contigo... Ponlo en una hoja del árbol y observa la hoja caer al suelo..., ¿Qué otro pensamiento viene? ...Déjalo estar contigo, no hagas nada con él, ponlo en otra hoja y simplemente contéplalo en la hoja y contempla la hoja mientras cae al suelo... (al rato). Ahora, piensa en el momento de ir a por los resultados de las pruebas, ¿Qué viene?*

J: *Miedo...*

T: *Déjalo estar, pongo a tu lado y nota esos miedos aquí, ahora conmigo. Son tus reacciones de miedo ante un posible futuro pero no son el futuro... Quédate notando todos esos pensamientos que te vienen al verte recogiendo los resultados... Obsérvalos, ponlos en otra hoja del árbol..., déjalos estar ...y contempla la hoja mientras cae al suelo..., (el terapeuta guía la exposición a más pensamientos y sensaciones) (al rato). Si tuvieras que pasar por esto que acabas de sentir para seguir adelante con tu vida ¿Qué elegirías?*

J: *Lo haría como lo he hecho ahora.*

T: *¿Cuál es tu experiencia queriendo apartar esto de tu mente, no dando paso a todo esto cuando piensas en ir a por las pruebas?*

J: *Me deprimó, no voy, me aíso en mi habitación, me hundo... Me quedo en esta orilla de la charca, mirando lo que hay del otro lado, lo que tengo que hacer y no hago...*

T: *Y encerrarte en la habitación, aislarte, no ir, ¿En qué dirección van? ¿Te aleja de tus hijos o te acerca a ellos?*

J: *Me aleja. Quiero que me ayudes a llevar esos miedos al cruzar la charca.*

T: *Vale.*

Con independencia de las formas que se empleen, el sentido primordial de la exposición es que el cliente aprenda a cuestionar el hecho de que necesariamente debe responder evitando y, a partir de ahí, construir repertorios de respuestas más flexibles. Al propiciar el contacto en el momento presente con las propias reacciones privadas se facilita la modificación de su función aversiva y discriminativa para la evitación perjudicial, ya que la experiencia del cliente indica que esos persistentes esfuerzos por mantenerse alejado de dichos eventos privados no le han llevado a buen término. El paciente actuará con frecuencia en dirección valiosa a pesar de la presencia de eventos privados con función aversiva que surgirán al hilo de numerosas circunstancias directamente generadas por la enfermedad y por la vida misma. La cuestión es que como conductores de la propia vida siempre tendremos “pasajeros privados” que cuestionen lo que hacemos, den consejos, engatusen, intimiden, critiquen, etcétera. Poner el pie en el acelerador, las manos en el volante y éste en la dirección que sea importante es lo esencial aunque nuestros pasajeros nos “inviten” a salir de la vía principal. En último término si lo hacemos, tan pronto nos demos cuenta de dónde queríamos ir, sólo tendremos que girar, un giro que nuestros pacientes han de practicar mucho para ser ágiles en eso, en el giro con todos los “pasajeros privados” invitando a no hacerlo.

Finalmente, apuntamos que las trayectorias que el cliente considere de valor pueden cambiar a lo largo de la terapia de modo que, a veces, un proceso terapéutico supone un cambio en las prioridades previas, de un modo análogo a como acontece cuando una persona “pisa fondo” por

una enfermedad o accidente grave o por una gran pérdida, como la de un ser muy querido.

Es importante resaltar que este tipo de intervenciones debe realizarse en un contexto que establezca claramente el valor que puede tener este aprendizaje. Estas experiencias tienen que estar enmarcadas en una relación terapéutica que valide la incomodidad en sesión (tanto del cliente como del terapeuta), como un paso hacia la consecución de metas relevantes para el cliente. Nuestra práctica clínica nos ha mostrado que son experiencias muy intensas, (para el cliente y para el terapeuta) pero que dadas en tales circunstancias y con la disposición oportuna son poderosas y propician cambios significativos, que son valoradas positivamente por los clientes. En este punto merece atención el comportamiento del terapeuta y la necesidad de supervisión continua por lo menos al inicio de su experiencia como terapeuta ACT y particularmente cuando se trata de pacientes, como el caso de pacientes oncológicos, en los que la carga de sufrimiento suele ser intensa o cronicada.

En resumen, los recientes avances en la investigación sobre conducta verbal están permitiendo tener un conocimiento más exacto de las funciones establecidas directamente y de las derivadas a las que responden los fenómenos conductuales complejos tradicionalmente englobados bajo las etiquetas de cognición y emoción y que están a la base del sufrimiento humano. En concreto, en este trabajo nos hemos centrado en los procesos verbales implicados en el aprendizaje relacional o simbólico que cada comunidad moldea en sus miembros para explicar cómo el cáncer puede limitar la vida de muchas personas. Se ha propuesto la categoría diagnóstica del trastorno de evitación experiencial (TEE) como dimensión funcional que permite dar razón de la mutación de las propiedades naturales del lenguaje en contextos verbales destructivos y se ha explorado su utilidad en la reconceptuación de los diversos problemas y dificultades que pueden desarrollar los enfer-

mos de cáncer. Desde ahí, se ha presentado sucintamente la terapia de aceptación y compromiso (ACT) como un sistema clínico orientado al tratamiento de personas que muestran patrones de evitación experiencial destructivo, que a través de la alteración de las clases de regulación verbal inefectivas, se está mostrando de utilidad para las personas para las que el cáncer se ha convertido en una "barrera" en su vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette V M, Strosahl, K. Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol* 1996, 64, 1152-68.
2. Luciano MC, Hayes SC. Trastorno de evitación experiencial. *Rev Int Psicol Clin y Salud* 2001; 1: 109-57.
3. Montesinos F, Hernández M, Luciano C. Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en pacientes enfermos de cáncer. *Anal Mod Cond* 2001; 27 (113):503-23.
4. Goldberg J, Scott R, Davidson P, Murray C, Stallard S, George W, et al. (1992). Psychological morbidity in the first year after breast surgery. *Eur J Surg Oncol* 1992; 18: 327-31.
5. Jacobsen P, Holland J. Psychological reactions to cancer surgery. En Rolland JH, Holland J. Editores. *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with cancer*. Nueva York: Oxford University Press 1989; p.117-33.
6. Meyerowitz B. Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment. *Psychol Bull* 1980; 8: 108-31.
7. Hayes SC, Strosahl K D, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy*. Nueva York: Guilford Press; 1999.
8. Wilson KG, Luciano MC. *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide; 2002.
9. Pérez M. *Las cuatro causas de los trastornos psicológicos*. Madrid: Universitat; 2003.
10. Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B. *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2001.
11. Purandare L. Attitudes to cancer may create a barrier to communication between the patient and caregiver. *Eur J Cancer Care* 1997; 6: 92-9.
12. Luciano MC, Rodríguez M, Gutiérrez O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in Experiential Avoidance Disorder and Acceptance and Commitment Therapy. *Int J Psychol Psychol Ther* 2004; 4: 377-94.
13. Páez M. *La aceptación y el control cognitivo. Estudio clínico y experimental*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Almería; 2005
14. Montesinos F. *Significados del cáncer y procedimientos clínicos para promover su aceptación*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Almería; 2005.
15. Luciano MC. La psicoterapia analítico funcional (FAP) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Anal Mod Cond* 1999; 25: 497-584.
16. Luciano MC. *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Libro de casos*. Valencia: Promolibro; 2001.
17. Pérez M. *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1996.
18. Hayes SC, Strosahl KD. Editores. *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Nueva York: Springer; 2004.
19. Dahl J, Wilson KW, Luciano C, Hayes SC. *Acceptance and Commitment Therapy and Chronic Pain*. Reno, Nevada: Context Press; 2005.
20. Hayes SC, Masuda A, Bissett R, Luoma, J, Guerrero LF. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behav Ther* 2004; 35: 35-54.
21. Die Trill M, *Las técnicas conductuales*. En Die Trill M. Editor. *Psico-oncología*. Madrid: Ades; 2003. p. 507-17.
22. Gutiérrez O, Luciano MC, Rodríguez M, Fink B. Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based

- protocol for coping with pain. *Behav Ther* 2004; 35: 767-83.
23. Páez M., Luciano MC, Gutiérrez O, Valverde M. The pain task in the context of personal values. 31st Annual Convention for Association for Behavior Analysis Convention. Chicago, May; 2005.
 24. Zettle RD, Hayes SC. Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *Anal Verbal Behav* 1986; 4: 30-8.
 25. Hayes SC. Content, context and the types of psychological acceptance. En Hayes SC, Jacobson NS, Follette VM, Dougher MJ. Editores. *Acceptance and change: content and context in psychotherapy*. Reno: Context Press 1994; p. 13-36.