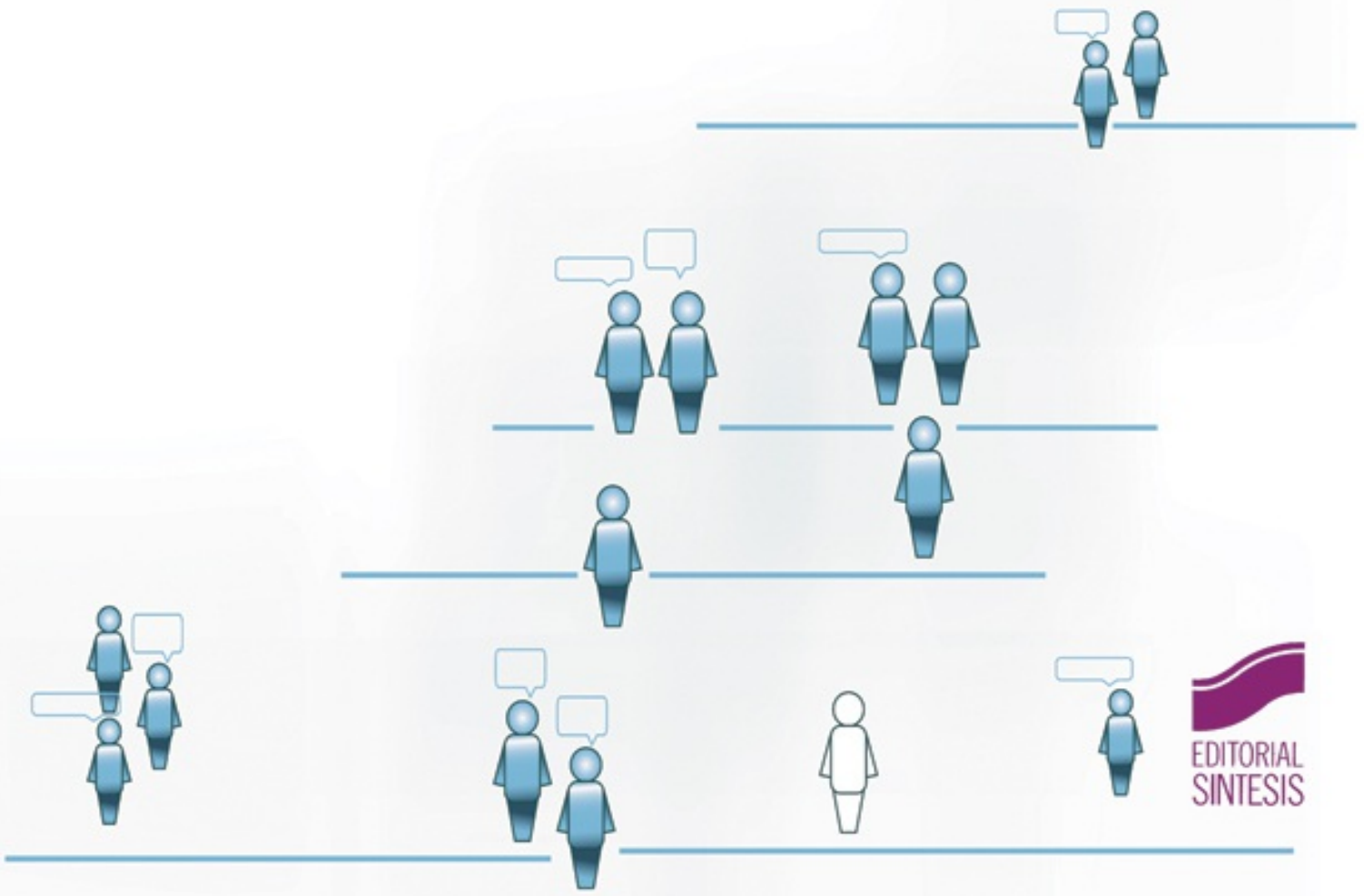
Las terapias de tercera generación como terapias contextuales

Marino Pérez Álvarez



EDITORIAL SINTESIS

Las terapias de tercera generación como terapias contextuales

Consulte nuestra página web: **www.sintesis.com**
En ella encontrará el catálogo completo y comentado



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Las terapias de tercera generación como terapias contextuales

Marino Pérez Álvarez



Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© Marino Pérez Álvarez

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono 91 593 20 98
http://www.sintesis.com

ISBN: 978-84-907750-8-0

Impreso en España - Printed in Spain

Índice

Prólogo

Introducción

PARTE 1

EL CONTEXTO DE LAS TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN

1. Las llamadas "terapias de tercera generación"

1.1. Terapias de tercera generación

1.2. Terapias de primera y de segunda generación

1.2.1. Primera generación

1.2.2. Segunda generación

2. Terapias de tercera generación: ¿qué aportan?

2.1. Innovación de la psicología clínica

2.1.1. Categorías nosológicas versus dimensiones transdiagnósticas

2.1.2. Técnicas específicas versus principios terapéuticos

2.2. Recuperación de la perspectiva contextual

PARTE II

LAS TERAPIAS DE TERCERA GERERACIÓN COMO TERAPIAS CONTEXTUALES

3. Modelo médico y modelo contextual de terapia psicológica

3.1. A vueltas con el modelo médico

3.1.1. Variedades del modelo médico

3.1.2. El modelo psicofarmacológico

3.1.3. Los trastornos psicológicos no son enfermedades

3.2. El modelo médico de terapia psicológica

3.3. El modelo contextual de terapia psicológica

3.3.1. El modelo contextual en relación con el modelo médico

3.3.2. Distintos sentidos de contexto dentro de las terapias contextuales

4. Psicoterapia analítica funcional

4.1. Aspectos distintivos

4.1.1. Importancia de la relación terapéutica

4.1.2. Equivalencia funcional

4.1.3. Funciones del terapeuta

4.1.4. Situaciones terapéuticas

4.1.5. Puente del lenguaje

4.2. Análisis funcional del lenguaje: el tacto y el mando

4.2.1. Tacto o contacto verbal con el mundo y consigo mismo

4.2.2. Mando o acción verbal sobre los demás

4.3. Rationale de la PAF presentada a los clientes

4.4. Componentes básicos de la aplicación terapéutica

4.4.1. Conductas Clínicamente Relevantes (CCR)

4.4.2. Reglas terapéuticas clínicamente relevantes

4.4.3. Operaciones y procesos del cambio

4.5. El yo, sus trastornos y su fortalecimiento

4.5.1. La experiencia del yo como unidad funcional y perspectiva común

4.5.2. Trastornos del yo

4.5.3. Estrategias para la mejora de problemas del yo

5. Activación conductual

5.1. Aspectos distintivos

5.1.1. La peculiar historia de la AC

5.1.2. Consideración de la conducta humana

5.1.3. Modelo conductual A-B-C

5.1.4. Filosofa funcional contextual

5.2. Modelo contextual de la depresión

5.2.1. La depresión como situación

5.2.2. Modelo presentado al cliente

5.2.3. Preguntas frecuentes y ejemplos de respuestas

5.3. Procedimiento de la terapia

5.3.1. Rationale y principios de la terapia, para empezar

5.3.2. Formas de aplicación

5.3.3. El análisis funcional de la conducta: el arte de la terapia

5.3.4. La clave de la terapia: el desen-

trampamiento de la depresión

5.3.5. ¿Qué hay de los pensamientos?

5.3.6. Terminando la terapia, con una nueva filosofa

5.4. Estatus empírico, extensiones terapéuticas e implicación clínica de la AC

6. Terapia de aceptación y compromiso

6.1. Aspectos distintivos

6.1.1. Una filosofía contextual de la ciencia: el contextualismo funcional

6.1.2. Una teoría del lenguaje y la cognición: la teoría del marco relacional

6.1.3. Una concepción de la psicopatología y de la terapia: la inflexibilidad psicológica

6.2. La inflexibilidad psicológica como modelo de psicopatología y tratamiento

6.3. Destilación de principios terapéuticos

6.4. ACT en el proceso de la terapia

6.4.1. Racionalidad de una terapia paradójica

6.4.2. Estrategias y técnicas

6.5. ACT: base empírica, aplicaciones y reparos

PARTE 111

FRENTES, CONFRONTACIONES Y AFINIDADES DE LAS TERAPIAS CONTEXTUALES

7. Frentes abiertos del enfoque contextual

7.1. Más filosofia, menos mindfulness

7.1.1. Planteando las cuestiones

7.1.2. El exitoso lanzamiento del mindfulness

7.1.3. Objeciones filosóficas

7.1.4. Diagnóstico filosófico: monismo espiritual y panpsiquismo

7.1.5. Alternativa al monismo y panpsiquismo

7.2. Por una noción de persona: la teoría de sí mismo como otro

7.2.1. La persona como concepto de partida

7.2.2. La base del cuerpo y su doble presencia

7.2.3. La teoría de sí mismo como otro

7.2.4. La identidad narrativa como poética de sí mismo

7.2.5. La esencial excentricidad humana

7.2.6. Implicaciones para la psiquiatría y la psicología

7.3. La eficacia, no sólo reducción de síntomas

7.3.1. Limitaciones del criterio de reducción de síntomas

7.3.2. Buscar nuevos criterios: necesario pero no fácil

7.3.3. Cuestionarios y entrevistas, de nuevo

8. Confrontaciones del enfoque contextual

8.1. El enfoque contextual frente al cerebro

8.1.1. El cerebro como órgano mediador, no creador

8.1.2. Bucíes de vulnerabilidad y de genialidad

8.1.3. Cuatro cosas sobre la medicación

8.2. El enfoque contextual frente al DSM-5

8.2.1. El diagnóstico psiquiátrico. rechazado por la propia psiquiatría

8.2.2. El diagnóstico psiquiátrico: sin validez

8.2.3. Buscando alternativas

8.2.4. ¿Qué hacer con el DSM-5?

8.3. El enfoque contextual frente a la psicología positiva

8.3.1. El delicado papel de criticar la PsP

8.3.2. Evidencia tautológica

8.3.3. La hipóstasis de la felicidad

9. Afinidades con otras terapias

9.1. Similitudes y diferencias entre las terapias contextuales

9.2. Similitudes y diferencias con la terapia cognitivo-conductual

9.3. Afinidades con otras terapias, sin eclecticismos

Epílogo

Referencias bibliográficas

Prólogo

Este libro ofrece una actualización de las llamadas "terapias de tercera generación": su filosofía, teoría y aplicaciones. Estas terapias suponen toda una innovación de la psicología clínica en una perspectiva contextual. En este sentido, el libro viene a ser también un tratado que expone la psicología clínica en una perspectiva contextual, alternativa al modelo médico al uso. El enfoque contextual es uno de los varios enfoques que existen en psicología clínica, pero no es uno más cualquiera, por cuanto representa una crítica y una alternativa al insatisfactorio modelo médico dominante. En el actual contexto de crisis de la psiquiatría, el libro concierne tanto a la psicología como a la psiquiatría.

El enfoque contextual aquí expuesto es probablemente el que mejor representa la perspectiva ambiental, social, cultural, interpersonal y crítica del modelo médico. Se puede decir esto sobre la base de que cuenta con una filosofía de la ciencia propiamente contextual, así como con teorías y procedimientos coherentes, probados y comprobados, en estudios experimentales y clínicos.

Reconocida la pluralidad de enfoques en psicología y psiquiatría como algo inherente a su campo, no provisional, ni indicativo de inmadurez, según se explica en el libro, el enfoque contextual puede ser apreciado por clínicos formados e identificados con enfoques diferentes. Por su parte, aquellos que se estén formando o ya se hayan formado en la perspectiva contextual, encontrarán en él un compendio de amplias miras. Los que se aproximen por primera vez al campo de la psicología clínica y de la psiquiatría encontrarán en este libro un enfoque crítico razonado, documentado, no dogmático, pero tampoco ecléctico, ni siquiera integrador, sino reconstructivo, abierto, para pensar y hacer, con puntos cardinales establecidos. Hasta los desnortados puede que se orienten y los agnósticos trasciendan su acostumbrado escepticismo.

Quien lea el libro, no sólo estará al día de las terapias contextuales, sino que, probablemente, tendrá mejores criterios y razones sobre las cuestiones que se debaten hoy en psicología y psiquiatría. Aunque el tema del libro son las terapias psicológicas, los problemas debatidos son comunes a la psicología clínica y a la psiquiatría, inseparables en la salud y en la enfermedad. Empezando por el modelo médico de enfermedad.

El tema de nuestro tiempo en psicología clínica es confrontar el modelo médico, más que enfrentar unos enfoques psicológicos con otros, como suele. Sin renunciar a las tensiones y disensiones inherentes y saludables, propias de un campo de suyo plural, es

hora de extremar las afinidades, más que las diferencias que, en todo caso, existen y van a seguir existiendo. Lo que no debería persistir es la ignorancia mutua entre "escuelas", supuesto que ninguna es gratuita, ni absurda, ni carente de sentido, contando con la eficacia que sea.

Sin querer decir que todas las terapias sean igual de eficaces, lo que se enfatiza es que ninguno de los grandes sistemas de psicoterapia (psicodinámico, humanista, sistémico, cognitivo-conductual, contextual) es ineficaz de todo punto, como para esperar su desaparición o merecer su proscripción. Razones ontológicas, relativas a la propia naturaleza de los trastornos psicológicos o psiquiátricos, ciertos "efectos psicológicos" inherentes a la psicoterapia, sin olvidar las posibles aportaciones específicas de cada una de ellas, permiten razonar y entender la existente y subsistente pluralidad de enfoques, para bien y para mal.

El desarrollo de este libro tiene numerosos contextos de decantación, gracias a los cuales es como es. Los contextos a los que me voy a referir no pudieron hacer más.

Se refiere, en primer lugar, a los estudiantes de varias promociones de psicología de la Universidad de Oviedo, a los que les entran las terapias contextuales. Sin decir demagógicamente, y si fuera verdad todavía sería peor, como al parecer es el caso de algunos profesores, que dicen que aprenden de los alumnos, lo cierto es que los alumnos, con su bagaje en curso, docta ignorancia, curiosidad y necesidad de saber, por la cuenta que les tiene, pueden ser una excelente audiencia para que las cosas se entiendan, sin desbaratarlas como pizcas de una "pizza boloñesa". Comprobado: si a los estudiantes los tratas como adultos universitarios, incluso por encima del "grado" que les asigna el sistema, terminan por saber más. Y, si acaso, quienes no se sobrepongan, saben al menos lo que les falta. La motivación está en eso, en ponerse a la altura que se espera de alguien.

Se refiere, también, a alumnos ya graduados, licenciados o doctores, incluso clínicamente formados, así como a profesionales, de diversos cursos de postgrado, doctorado y másteres. Entre ellos, programas de doctorado de la Universidad de Oviedo y de la Universidad de Almería y varias promociones del Postgrado de Psicopatología Clínica de la Universidad de Barcelona, del Máster Universitario en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Camilo José Cela, del Máster Universitario de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández y del Máster en Terapias Contextuales del Instituto ACT.

Sin olvidar a los asistentes a conferencias en congresos, como el V Congreso Nacional y

X Congreso Internacional de la AEPC, habido en Santander en abril de 2012, de cuya conferencia derivó el encargo de este libro. Se agradece al "ojeador" u "ojeadora" que lo haya propuesto.

Unipersonalmente, agradezco a Olaya García su presteza para asistencias en apuros con la confección de gráficos, sea por caso, la disposición de las flechas en la dirección adecuada, en cualquier momento y lugar donde ella se encontrara, en su despacho de enfrente, en su casa (supongo), en Nueva York y la última vez en Savannah en el estado americano de Georgia. Y no se piense que estuviera huyendo.

Introducción

La psicología clínica y la psiquiatría presentan una peculiar interacción entre la continua renovación de su campo científico y la necesidad de estar al día sin que las novedades sepulten lo que ya se sabía de siempre. Los conocimientos y saberes clínicos no son unos que se presten precisamente a resetear y empezar de nuevo. La manera de hablar de primera, segunda y tercera generación, sea de psicofármacos o de psicoterapias, es ella misma engañosa. Supone más un eslogan comercial que la generación propiamente de algo nuevo, nunca visto, que borre lo anterior. Estar al día no es necesariamente estar a la moda de turno, pero sin modificaciones tampoco se está a la altura de los tiempos. En esta modesta Introducción se ofrecen algunas reflexiones prudenciales sobre estas cuestiones, sabida la crisis en la que está sumida la psiquiatría y de rebote la psicología clínica y anunciada la innovación que, con todas las salvedades, seguramente implican las terapias contextuales, por una vez, más que una mera novedad, quizá.

•La continua renovación en terapia

No es ninguna novedad decir que la terapia está en continua renovación. Se refiere tanto a innovación histórica, en una escala de siglos que hoy duran unos diez años, por lo que se habla de generaciones, como a la innovación personal, referida a la vida profesional del terapeuta. El término "psicoterapia" surgió a finales del siglo XIX en el contexto de la hipnosis (Shamdasani, 2005). Desde entonces, no ha dejado de renovarse, de diversas maneras, y ya antes existía a su manera. El desarrollo diversificado de la psicoterapia a lo largo del siglo xx y lo que va del XXI depende de los sitios, de las épocas, de los problemas para que surge y de las idiosincrasias de sus autores.

Así, en la Viena de Freud surgieron diferentes psicoterapias: el psicoanálisis de Freud, la psicología individual de Adler, la futura logoterapia de Frankl y el psicodrama de Moreno, dependiendo de los problemas tratados y de las peculiaridades de los fundadores. Ni la clientela, ni la formación, ni el talante, ni el talento de Freud, Adler y Moreno eran iguales, y todos estaban en la misma ciudad y en la misma época. Luego, estas mismas psicoterapias vendrían de EE. UU. readaptadas, así como otras muchas más, a menudo, autóctonas de allí y en particular de California, pero ya prácticamente universalizadas, como la terapia de conducta, la terapia familiar, la psicoterapia humanista, la psicología positiva con su psicoterapia y las terapias de tercera generación. Las terapias pueden ser contextuales, pero ellas mismas dependen de contextos históricos, culturales, sociales y personales (Pérez Álvarez, 1998).

La idea es que las terapias psicológicas están en continua renovación, al hilo de los continuos cambios, circunstancias y formas de vida, sin que falte el afán de sus autores para crear y vender su propia "marca" de terapia, la que a su vez contribuye tanto a resolver los problemas que trata, como a definirlos a su medida. Lo cierto es que problemas psicológicos como la ansiedad y la depresión son especialmente agradecidos a la atención psicoterapéutica, debido a su naturaleza existencial, por lo que se prestan a servir para el desarrollo de nuevas terapias. No es una casualidad que nuevas terapias empiecen mostrando su eficacia en la depresión y la ansiedad: trastornos del río de la vida propicios para "ganancia de pescadores".

Y antes de la psicoterapia por su nombre, hay toda una historia del "cuidado de la psique (Jackson, 1999). El propio Séneca, que murió en el año 65, habló de la enseñanza de los antiguos en el cuidado del alma, psicoterapia antes de su nombre. La época helenística, una época moderna, postclásica, con sus nuevas formas de vida urbana, dio lugar a toda una serie de filosofías prácticas (escepticismo, epicureismo, estoicismo), de gran saber y sabor psicoterapéutico, en las que se filian terapias actuales, como la terapia cognitiva, y otras palidecerían al ver que su novedad era ya un tópico antiguo, como la atención al presente, prosoche, en relación con mindfulness. No habría que buscar en Buda, uno podría "despertar" en la propia tradición occidental. Como dijo Freud, cuando le plantearon que algunas cosas de las que él hablaba ya las había dicho Schopenhauer, la originalidad consiste a veces en haber leído poco. La psicoterapia es una de las disciplinas en las que la originalidad es proporcional a la ignorancia de su historia, antigua y contemporánea.

La continua renovación en terapia, que difícilmente lo puede ser con total originalidad, a menos que se haya leído poco, fuerza la necesidad de estar al día, por si acaso hay algo nuevo, pero no solamente por eso, porque la renovación es también cosa personal, de la vida profesional de terapeuta. Si existe alguna profesión que pueda permanecer incólume a lo largo del tiempo, supuesto que ya alcanzó la perfección - la mayor eficacia y eficiencia posibles en su campo-, ésa no es la psicoterapia. Por dos razones. Una es porque las personas, aun con los problemas de siempre, no son las mismas en relación con la experiencia de esos problemas y la manera de proceder con ellos. Puede ocurrir que la época vaya por delante del clínico y éste no esté a la altura de los tiempos, aun cuando no haya nada nuevo bajo el sol. Otra es que el propio clínico necesita renovar el vestuario, siquiera para hacer lo de siempre, con renovado entusiasmo. Si problemas de algunos clientes consisten más que nada en no estar a tono con los tiempos que les toca vivir, esto puede pasar también al propio clínico. Incluso para permanecer en el mismo sitio, uno

tiene que moverse. Se plantea así la necesidad de estar al día.

•La necesidad de estar al día

Si para el investigador el dilema es "publicar o morir", para el clínico es "estar al día o vivir de rentas". Se entiende que vivir de rentas, hasta donde duren, puede ser beneficioso y cómodo para uno, pero acaso el cliente o paciente se merezcan algo más, siquiera por el cambio de los tiempos y renovación de entusiasmo, que todo cuenta en psicoterapia. El clínico ha de estar al día de la terapia que profesa y tener buena idea de las demás. De la suya, faltaría más que esté al día, por profesionalidad y respeto al cliente, y respecto a las demás, por información al cliente, si es el caso, de lo que encontraría en otra terapia, con sus posibles objetivos y métodos relativamente distintos.

Estar al día no significa estar a la moda de turno, ahora mindfulness, ahora psicología positiva, ahora aceptación, sin criterio, sin norte y sin conocimiento de causa. La historia de la psicoterapia, desde que ésta existe por su nombre y avant la lettre, dan perspectiva, medida y solidez para no estar a la veleta de las modas, ni tampoco permanecer resistente o evitativo. Estar al día puede servir para reafirmar lo que ya haces y, cómo no, para hacerlo mejor. La propia flexibilidad que algunas terapias consideran saludable para sus clientes vale también para los clínicos.

•Que las novedades no oculten lo que se sabe de siempre

La psicoterapia, por científica que puede y debe ser y filosóficamente informada que esté (y cuanto menos lo esté, peor), no es, sin embargo, algo que se pueda superponer a la sociedad, cultura y mundo de la vida de los clientes, en nombre de conocimientos "superiores", por acreditados y empíricamente apoyados que vengan. Normalmente, los clínicos pertenecen a la sociedad en la que ejercen y comparten el sentido común de sus clientes. Concedido sentido común a los clínicos, el sentido común es la base y el horizonte en el que la psicoterapia tiene sentido. Aun las psicoterapias paradójicas suponen el sentido común para trastocar, desestabilizar y recolocar lo que se daba por hecho.

Acaso los que instalan nuevos sistemas hidráulicos o de telefonía pueden hacer abstracción de cómo eran antes las traídas de agua o las maneras de comunicarse la gente del lugar. Incluso los médicos pueden pasar por alto la medicina tradicional. Pero los psicoterapeutas tienen que estar situados en el mundo de la vida, porque la psique que tratan se forma, y deforma, en la sociedad de referencia, en las prácticas sociales, intersubjetivamente. Cualquier ingeniero o médico actual sabe más que el mejor ingeniator

o galeno de la época de Galeno (aunque por lo que a los médicos se refiere, no debieran olvidarse de los preceptos hipocráticos). Pero un psicoterapeuta actual no está en la misma escala de ruptura epistemológica respecto de alguien que se dedicara a la psicagogia - el arte de conducir y educar el alma-, de un sofista o de un retórico antiguo, que lo está el ingeniero y el médico. Un psicoterapeuta actual no sabría más que Antifonte, un sofista ateniense, contemporáneo de Sócrates, de las aflicciones de las gentes que acudían a su consultorio en el ágora de Corinto y que él aliviaba mediante la palabra. Como Cicerón tampoco tendría mucho que aprender de un retórico actual. Por lo mismo que, por ejemplo, un esclavo de Cicerón hablaba probablemente mejor latín que un catedrático de latín hoy.

Las novedades en psicoterapia no lo suelen ser tanto como para sepultar el sentido común, ni resetear lo que sabe el clínico de antes. Si bien ha de estar abierto a lo que puede haber de nuevo, lo nuevo pueden ser viejas ideas reelaboradas. Pero si se trata de viejas ideas, puede que sean clásicas y por lo tanto merecedoras de consideración. Se ha erigido la práctica basada en la evidencia como la regla de oro de los tratamientos psicológicos, pero no debe cancelar la evidencia basada en la práctica.

Con toda la prudencia de estas entradas (continua renovación, necesidad de estar al día y que las novedades no oculten lo que se sabe), lo cierto es que hoy la psicología clínica está en pleno proceso de renovación, donde no es fácil estar al día, ni saber qué se sabe, debido sobre todo a la crisis en la que está sumida la psiquiatría: sin genes, sin marcadores biológicos, sin psicopatología y, lo que faltada, sin diagnósticos. La crisis de la psiquiatría en el estado de indigencia y urgencia en el que se encuentra, con el flamante DSM-5 desautorizado y prácticamente desahuciado, está abocada a dos salidas: un mayor enloquecimiento ultrabiologicista buscando desesperadamente lo que no encuentran, o un mejor asentamiento en el terreno intersticial entre el individuo y la sociedad, donde los pacientes tienen los problemas que tienen, y donde, por cierto, está la psicología.

En este terreno, el enfoque contextual tiene mucho que decir, tanto en psicología como en psiquiatría. Si, por un lado, tiene ideas claras acerca de la crisis del modelo médico, por otro, ofrece alternativas igualmente claras y distintas. El presente libro, sobre ser una puesta al día de las terapias contextuales, plantea todas estas cuestiones que afectan a la crisis de la psiquiatría y de la psicología clínica, de una manera decidida, poco menos que decisiva. La posible renovación y estar al día en psicología clínica y psiquiatría, con todas las cautelas de las novedades, pasa hoy por las terapias contextuales y el enfoque que representan.

El libro consta de tres partes. En la primera, se sitúan las terapias contextuales en su propio contexto, en dos capítulos: qué son y de dónde vienen y qué aportan. En la segunda, el cuerpo central de la obra, se empieza por situar el modelo contextual en relación con el modelo médico. En sendos capítulos se exponen las tres principales terapias contextuales: la psicoterapia analítica funcional, la activación conductual y la terapia de aceptación y compromiso. En la tercera parte, se retoman algunos tópicos selectos a título de frentes, confrontaciones y afinidades de las terapias contextuales. Cada uno de los nueve temas elegidos supone una pieza de interés por sí misma que, en todo caso, forma parte de un engranaje argumental.

PARTE I

El contexto de las terapias de tercera generación

1

Las llamadas "terapias de tercera generación"

Las llamadas "terapias de tercera generación" designan una serie de terapias psicológicas que surgen en la década de 1990 en la tradición de la terapia de conducta y cognitivo-conductual. Su denominación se debe a Steven Hayes, autor de una de ellas, en un artículo de 2004 (Hayes, 2004). En términos científicos, este movimiento se identificó inicialmente como análisis de la conducta clínica por enfatizar su carácter conductual asentado en el análisis funcional y el conductismo radical y con particular interés en la conducta verbal (Dougher, 2011; Kohlenberg, Bolling, Kanter y Parker, 2002). Sin embargo, su identificación institucional final en tomo a una sociedad con su revista es como ciencia contextual funcional por enfatizar su base en la filosofía del contextualismo funcional y el estudio de la acción en contexto de acuerdo con una visión de la vida ella misma contextual (Hayes, Bames-Holmes y Wilson, 2012). El eslogan "terapias de tercera generación" es audaz al efecto de presentar la novedad de estas terapias respecto de las anteriores, pero también es arriesgado, en la medida en que otro vendrá que dé de alta la "cuarta generación", la "última" o la "nueva ola" de turno. Como eslogan, es también inadecuado porque no dice nada acerca de las características de las terapias a que se refiere. Así, estas terapias mejor se denominarían "terapias contextuales". En este capítulo se van a enumerar las principales terapias contextuales, descritas de acuerdo con un breve perfil de cada una. A continuación, de una forma también muy sumaria, se dice cuáles son las terapias de primera y segunda generación, cuya identificación resulta obligada, una vez dada de alta la tercera generación. Se ofrecerá un mapa de la evolución intergeneracional de la que resultan las llamadas "terapias de tercera generación". La idea es ver si hay razones tras los hechos consumados como para una nueva generación de terapias.

1.1. Terapias de tercera generación

Se enumeran las principales, descritas con un breve perfil, acerca de su origen y características científicas.

-Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999).

-Psicoterapia Analítica Funcional (PAF) (Kohlenberg Tsai, 2008).

-Terapia de Conducta Dialéctica, (TCD) (Linehan, 1993).

-Terapia Integral de Pareja (TIP) (Jacobson et al., 2000).

-Activación Conductual (AC) (Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001).

-Terapia con Base en Mindfulness (BMT) (Segal, Williams y Teasdale, 2002).

-Terapia Cognitiva con Base en la Persona para las Psicosis (Chadwick, 2009).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), desarrollada por Steven Hayes, es probablemente la más conocida y desarrollada de todas las terapias de tercera generación. Tiene su base en la Teoría del Marco Relacional (RFT, por sus siglas en inglés). RFT es una teoría psicológica del lenguaje y la cognición humana, desarrollada básicamente por el propio Hayes y Dermot Bames-Holmes (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001; 2004; Hayes, Bames-Holmes y Wilson, 2012). Con base filosófica en el contextualismo funcional, RFT estudia cómo los humanos aprenden el lenguaje en las interacciones sociales. Estudia experimentalmente el aprendizaje de eventos psicológicos como sentimientos, pensamientos y conductas, resituándolos en el contexto de sus funciones interpersonales. El contextualismo funcional es una extensión del conductismo radical de B.F.Skinner, interesada en dar cuenta de la emergencia de capacidades y competencias lingüísticas y cognitivas complejas, a partir de procesos de aprendizaje precursores, más básicos. Tanto RFT como ACT cuentan con creciente evidencia empírica (Barnes-Holmes, 2005; Ruiz, 2010), así como una variedad de extensiones, desde el consumo de sustancias (Luciano, Páez-Blarrina y Valdivia-Salas, 2010) a la mejora ajedrecística (Ruiz y Luciano, 2009).

La Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) fue desarrollada por Robert Kohlenberg y Mavis Tsai sobre la base del análisis de la conducta. Es un enfoque contextual funcional que tiene también su base en el conductismo radical de Skinner. La PAF se centra en las interacciones cliente-terapeuta en sesión, sobre las que ha desarrollado un análisis y clasificación funcionales de las conductas clínicamente relevantes. La FAP supone, creando las condiciones para ello, que la sesión terapéutica puede llegar a ser un contexto interpersonal funcionalmente equivalente a las situaciones del ambiente real del cliente fuera de la terapia. La relación clínica sería la condición y el contexto natural para el cambio terapéutico, lo que implica a menudo el establecimiento de relaciones terapéuticas intensas. FAP es un ejemplo de traducción de teoría e investigación a la práctica (Weeks,

Kanter, Bonow, Landes y Busch, 2012).

La Terapia de Conducta Dialéctica (TCD) fue desarrollada por Marsha Linchan específicamente para el trastorno de personalidad múltiple, pero tiene una creciente aplicación a otros trastornos. La terapia trata de combinar dialécticamente la aceptación y el cambio. La aceptación en TCD pone un especial énfasis en la validación por parte del terapeuta de las experiencias y conductas del cliente, caracterizadas en el trastorno de personalidad límite por una marcada disregulación emocional. La terapia se ofrece como un contexto de aceptación y validación sobre el que desarrollar habilidades para un cambio en la regulación emocional. Si, por un lado, los sentimientos son válidos y tenemos que aceptarlos, por otro, también es cierto que estar a expensas de ellos puede ser dañino para uno y para los demás. La aplicación de TCD incluye modalidades individuales y de grupo, así como llamadas telefónicas e intervenciones en crisis. TCD es un tratamiento bien establecido para el trastorno de personalidad límite (Soler et al., 2012), con creciente aplicación a otros problemas (Marco, García-Palacios y Botella, 2013). Para una excelente exposición puede verse el artículo de García Palacios (2006).

La Activación Conductual (AC) surgió del análisis de ingredientes de la terapia cognitiva de la depresión, llevado por Neil Jacobson, cuando se mostró que el componente de la activación conductual por sí solo era tan efectivo como el conjunto de la terapia. Este componente por sí mismo, reelaborado de acuerdo con los principios conductuales, dio lugar a la terapia propiamente de activación conductual, que ha mostrado en depresión mayor ser más eficaz que la terapia cognitiva y más ventajosa que la medicación (Dimidjian et al., 2006; Moradveisi et al., 2013). Existen dos protocolos de aplicación, apenas diferenciables en el nombre, uno "activación conductual", que enfatiza el análisis funcional, y el otro "terapia de activación conductual", que enfatiza la "ley de igualación", concerniente al valor relativo de los reforzadores dependiendo de los reforzadores de la conducta alternativa. Jorge Barraca ha realizado una excelente revisión comparativa de estas dos versiones (Barraca, 2009).

La Terapia Integral de Pareja (TIP) fue desarrollada también por Neil Jacobson, el mismo de la activación conductual, a partir de la insatisfacción con la terapia conductual de pareja tradicional. Tiene su raíz en la distinción skinneriana entre conducta moldeada por las contingencias y gobernada por reglas. La versión más actual de su formulación original se identifica con la aceptación y el cambio que caracterizan a las terapias de tercera generación (Jacobson et al., 2000). Christina Perissutti y Jorge Barraca han realizado una documentada revisión de la TIP en relación con la terapia conductual tradicional (Perissutti y Barraca, 2013). Sobre ser ambas terapias eficaces, la TIP muestra una ligera ventaja,

particularmente en relación con la aceptación emocional, implicada en la satisfacción marital. Es probablemente una de las terapias de tercera generación menos conocidas.

La Terapia con Base en Mindfulness (MBT, por sus siglas en inglés) es un enfoque terapéutico, derivado del budismo, consistente en poner atención en la experiencia del momento, incluyendo sensaciones, pensamientos, estados corporales y demás eventos privados, así como en el ambiente, sin juzgarlos ni analizarlos, sino por el contrario adoptando una actitud de apertura, curiosidad y aceptación (Bishop et al., 2004). La filosofía y técnicas con base en mindfulness ha mostrado su eficacia en depresión y ansiedad (Hofmann, Sawyer, Witt y Oh, 2010), así como una variedad de efectos psicológicos saludables (Keng, Smoski y Robins, 2011). Mindfulness se ha integrado en ACT (Orsillo y Roemer, 2005), FAP (Kohlenberg, Tsai, Kanter y Parker, 2009) y DBT (Soler et al., 2012). Miguel A.Vallejo Pareja ha hecho las mejores exposiciones de mindfulness en el marco de las terapias de conducta de tercera generación (Vallejo Pareja, 2006; 2007; 2008).

La Terapia Cognitiva Basada en la Persona para las Psicosis (TCBP) fue desarrollada por Paul Chadwick para el estrés asociado a los síntomas psicóticos (Chadwick, 2009). Aunque no deriva directamente del contextualismo funcional, sino de una evolución interna de la terapia cognitiva, se inscribe en la evolución de la propia terapia cognitiva a propósito de la esquizofrenia en la dirección de la aceptación de los síntomas en vez de combatirlos (Tai y Turkington, 2009). Dos importantes aspectos de esta terapia para la inclusión aquí tienen que ver con su adecuación de mindfulness a las perturbaciones psicótica y su base en la noción de persona. Esta terapia es clave en la nueva tendencia de cambiar la relación con las experiencias psicóticas en vez de eliminarlas (Pérez-Álvarez et al., 2008). Oscar Vallina y colaboradores presentan un caso complejo tratado con base en esta terapia (Vallina-Fernández et al., en revisión).

En España, las terapias contextuales fueron introducidas en una monografía de 1996 con el título, sin duda, arriesgado de "La psicoterapia desde el punto de vista conductista" (Pérez-Álvarez, 1996a), donde la ACT, todavía por bautizar, se denominaba "terapia contextual", mientras que la PAF ya figuraba por su nombre. En otro texto general de tratamientos psicológicos se exponía la Terapia de Conducta Dialéctica (Pérez Álvarez, 1996b). La activación conductual sería introducida en 2007 después de publicado un ensayo clínico por parte de sus autores que mostraba su eficacia por encina de la terapia cognitiva y con ventajas respecto de la medicación (Pérez Álvarez, 2007). Importantes publicaciones en español fueron un artículo de Steven Hayes y Carmen Luciano sobre el trastorno de evitación experiencial (Luciano y Hayes, 2001) y el libro ya clásico de Kelly

Wilson y Carmen Luciano (Wilson y Luciano, 2002). Luego vendría un monográfico en 2006 editado por Jorge Barraca de la revista EduPsykhé (vol. 5, n.° 2), así como también otro monográfico de Psicología Conductual de 2006 (vol. 14, n.° 3). La revista Papeles del Psicólogo también se hizo eco de su importancia con el encargo de un artículo de puesta al día (Luciano y Valdivia, 2006). La reconocida revista internacional de psicología clínica IJCHP también ha encargado un artículo de revisión (Pérez Alvarez, 2012a). Otra importante revista afincada en España, la International Journal of Psychology and Psychological Therapy, incluye a menudo trabajos básicos, aplicados y de revisión de las terapias de tercera generación (Ruiz, 2012). Aunque quizá no son conocidas entre los profesionales como merece (Zych, Buela-Casal, Sierra y Gómez-Rodríguez, 2012), las terapias contextuales tienen en España un creciente interés y expansión. Carmen Luciano, de la Universidad de Almería, es una líder mundial en la investigación básica y extensión aplicada de la ciencia contextual funcional (Luciano et al., 2010; Luciano et al., 2013). Muchos otros profesores e investigadores, así como clínicos, investigan y aplican las terapias contextuales a diferentes problemas y en diferentes ámbitos. Permítanse únicamente algunas referencias a título indicativo.

En relación con la activación conductual, Jorge Barraca, de la Universidad Camilo José Cela, ha desarrollado instrumentos de evaluación (Barraca, 2004; Barraca y Pérez-Álvarez, 2010; Barraca, Pérez-Álvarez y Lozano Bleda, 2011) y aplicación de casos (Barraca, 2010). Concepción Fernández, de la Universidad de Oviedo, y colaboradores, han aplicado la activación conductual en pacientes con cáncer durante el tratamiento oncológico mostrando su relevancia en la mejora de la calidad de vida y en la prevención de recaídas emocionales (Fernández et al., 2011).

En relación con terapia de conducta dialéctica, la profesora Azucena GarcíaPalacios, de la Universidad Jaime 1 de Castellón, ha extendido sus aplicaciones (García-Palacios, 2006; García-Palacios et al., 2010; Marco, García-Palacios y Botella, 2013).

La PAF ha sido objeto de numerosas exposiciones (Ferro García, Valero Aguayo y López Bermúdez, 2007; 2009; Rodríguez Naranjo, 1998) y estudios de caso (Carrascoso, 2002; Ferro García, Valero Aguayo y Vives, 2000; López Bermúdez, Ferro García y Valero Aguayo, 2010; Martin-Murcia, Cangas Díaz y Pardo González, 2011), incluyendo trabajos conjuntos de autores españoles con los fundadores de la terapia (Kohlenberg, Tsai, Ferro García, Valero Aguato, Fernán dez Parra y Virués-Ortega, 2005; Valero-Aguayo, Ferro-García, Kohlenberg, y Tsai, 2011).

Por su parte, la ACT es seguramente la que ha tenido más exposiciones, aplicaciones y

extensiones, empezando por las debidas a Carmen Luciano y colaboradores (Luciano, 2001; Luciano y Hayes, 2001; Luciano y Páez, 2010; Luciano y Valdivia, 2006; Páez y Gutiérrez, 2012; Wilson y Luciano, 2002). La profesora Ana González, de la Universidad de Oviedo, la ha aplicado en el tratamiento intrapenitenciario del abuso de sustancias por mujeres policonsumidoras (Villagrá Lanza y González Menéndez, 2013). Una aplicación también novedosa ha sido desarrollada por José M.García Montes, de la Universidad de Almería, y colaboradores, al ámbito de los trastornos psicóticos, en particular, alucinaciones y delirios, incluyendo un caso seminal, probablemente el primero en esta problemática (García-Montes y Pérez-Álvarez, 2001; García-Montes, Luciano, Hernández y Zaldívar, 2004; García-Montes y Pérez-Álvarez, 2005; 2010; García-Montes Pérez-Álvarez y Perona Garcelán, 2013; Veiga-Martínez, Pérez-Álvarez y GarcíaMontes, 2008).

1.2. Terapias de primera y de segunda generación

La declaración de terapias de "tercera generación", sea buena o mala idea: buena como eslogan comercial y mala porque no dice nada acerca de sus características, lo cierto es que genera automáticamente la existencia de terapias de segunda y de primera generaciones. ¿Cuáles son éstas? Por lo pronto, se refiere a dos generaciones o momentos distinguibles en la historia de la terapia de conducta. La terapia de conducta, por su nombre, cuenta con poco más de medio siglo, sin menoscabo del control de la conducta que forma parte del funcionamiento de la sociedad, como muestra Skinner en Ciencia y conducta humana (Skinner, 1974), y de las técnicas de modificación de conducta avant la lettre que se pueden reconocer en ámbitos específicos como, por ejemplo, la cultura del barroco español (Pérez Álvarez, 1991).

1.2.1. Primera generación

La primera generación se refiere a la fundación de la terapia de conducta en la década de 1950. La concurrencia de dos circunstancias dio lugar al surgimiento de esta nueva "marca" de terapia, cuyo nombre tiene su aspecto distintivo. Una de estas circunstancias tiene que ver con las dudas que empezaron a surgir acerca de la eficacia del psicoanálisis, como la psicoterapia por antonomasia. Los clásicos estudios de H.J.Eysenck ponían de relieve que la eficacia que se suele atribuir a la psicoterapia psicoanalítica, caracterizada por su larga duración, no se podían diferenciar de la "remisión espontánea" que ocurre en pacientes similares no tratados, a lo largo de tanto tiempo. Ciertamente, la mejoría sin tratamiento formal es más probable que la permanencia del problema o su empeoramiento (como un catarro o una herida tienen más probabilidad de curarse solos, que de empeorar o morir de ello). El paso del tiempo es ya una condición que se ha de controlar (medir) en

los estudios de eficacia.

La otra circunstancia es la extensión aplicada a la clínica de los principios de la psicología del aprendizaje: condicionamiento clásico, pavloviano o respondiente y condicionamiento operante o skinneriano. La psicología del aprendizaje era, y sigue siendo, una disciplina científico-experimental de la psicología, donde los haya. De la psicología del aprendizaje derivan modelos y procedimientos para entender y modificar, cuando fuera el caso, la conducta humana en los distintos ámbitos, incluyendo el clínico, ambulatorio e institucional. Los trastornos psicológicos se entienden como conductas problemáticas, disfuncionales o desadaptativas, aprendidas de acuerdo a los mismos principios y procesos de la conducta normal, funcional y adaptativa. La terapia correspondiente consiste en modificar la conducta conforme a los mismos fundamentos y procedimientos: básicamente, condicionamiento respondiente y operante. Mientras que las aplicaciones derivadas del condicionamiento respondiente eran adecuadas para los trastornos neuróticos, caracterizados por miedos condicionados, de pacientes ambulatorios, referido a que ellos mismos acuden a consulta - la problemática clínica tradicional-, las aplicaciones derivadas del condicionamiento operante se dirigían sobre todo al retardo en el desarrollo y a síntomas psicóticos, por lo común en instituciones educativas y psiquiátricas.

Así, la propia historia de la modificación y terapia de conducta nace bifurcada, por el paradigma y ámbito de aplicación: el condicionamiento respondiente para problemas neuróticos en población ambulatoria y el operante para problemas que requería la institucionalización en centros educativos o psiquiátricos. Curiosamente, la expresión "terapia de conducta" para estas aplicaciones surgió en los dos paradigmas y ámbitos de aplicación, independientemente. Primero, fue Skinner quien en 1953 propone el nombre "terapia de conducta" para las aplicaciones operantes en contextos psiquiátricos, para personas con alteraciones psicóticas. Sin embargo, esta propuesta pasó prácticamente desapercibida. Después, Eysenck en 1957 vuelve a inventarla, ahora, para aplicaciones derivadas del condicionamiento respondiente a problemas neuróticos. Significativamente, Eysenck es autor de un libro de 1960 titulado Terapia de conducta y neurosis y fundador en 1963 de la revista Behaviour Research and Therapy.

Por su parte, la línea operante se conocería más propiamente como análisis aplicado de la conducta. En tiempos, el nombre de modificación de conducta se refería sobre todo a las técnicas derivadas de la línea operante y el de terapia de conducta a las derivadas de la línea respondiente, pero ambas denominaciones refieren hoy las aplicaciones de los dos paradigmas de aprendizaje. En todo caso, el análisis aplicado de conducta, que también cuenta con una revista especializada, Journal of Applied Behavior Analysis, desde 1968, se

"queda" con la problemática del desarrollo, siendo hoy su tema estrella el autismo. La desinstitucionalización de la psicosis acabó con las aplicaciones operantes en psicosis. Aun cuando el término "terapia de conducta" surgiera en la perspectiva del condicionamiento respondiente, hoy es una denominación general, que incluye por derecho propio las técnicas derivadas de la línea operante.

El término "terapia de conducta" tiene una denotación descriptiva, por centrarse en la conducta, y una connotación negativa, para contraponerse a "psicoterapia", centrada en la psique. La terapia de conducta no es psicoterapia, ni en la letra ni en el espíritu de los terapeutas de conducta. Sin embargo, el término "psicoterapia" tiene un uso general - como terapia psicológica - que incluye a la propia terapia de conducta.

Como contra-distinta de la psicoterapia, la terapia de conducta presenta en su origen o primera generación, dos aspectos distintivos:

-Enfoque ambientalista.

-Evaluación de la eficacia.

El enfoque ambientalista enfatiza el carácter condicionado, aprendido, de las respuestas neuróticas a estímulos o condiciones del medio, explicable por la historia del aprendizaje, distinto del enfoque intrapsíquico, típicamente, el psicoanálisis. La evaluación de la eficacia, en contraste también con la psicoterapia tradicional que la daba por hecho, sería otro distintivo que marcaría en adelante el futuro no sólo de la terapia de conducta, sino el de la psicoterapia en general.

La terapia de conducta clásica o de primera generación dio lugar a técnicas bien conocidas. En la línea del condicionamiento respondiente destacan la Desensibilización Sistemática (DS) y la Exposición Prolongada con prevención de respuesta (EP). Aparentemente contradictorias, se atienen a la misma lógica de la extinción de respuestas condicionadas, aun cuando todavía se discuten los mecanismos implicados. La DS consiste en una exposición progresiva, poco a poco - imaginaria, por lo común, o en vivo, en lo posible - a los estímulos o situaciones que suscitan respuestas de miedo tratando de mantener una respuesta incompatible con la ansiedad, por lo común, la relajación previamente aprendida. Las situacio nes ansiógenas también han sido previamente graduadas de menos a más, en una escala o "ansiómetro" de 0 a 10 o a 100.

La EP, como sugiere el nombre, consiste en exponerse a los estímulos ansiógenos de forma plena, sin escapar o hacer algo evitativo, durante el tiempo necesario hasta que la

respuesta se extingue o entra en fase de rebajamiento. Ni que decir tiene que el procedimiento está debidamente explicado, convenido y apoyado por el clínico, para llevarlo sistemáticamente. No es de suponer que una exposición sea suficiente. En lo posible, la EP es en vivo, pero también puede ser en imagen.

En la línea del condicionamiento operante existen numerosas técnicas, pero lo importante es el análisis funcional de la conducta, eligiendo las conductas relevantes en relación con el problema presentado e identificando los estímulos antecedentes en cuya situación ocurren y los estímulos consecuentes o efectos que producen o siguen. Se trata de una unidad de tres términos: A (antecedente), B (behavior, conducta) y C (consecuencia), denominada técnicamente contingencia de tres términos, a menudo representada como Ed: C - R, donde Ed es el estímulo discriminativo, cuya presencia hace probable la conducta que se analiza (C), la que a su vez produce ciertas consecuencias o efectos denominados reforzadores (R), si fortalecen la conducta y castigos si la extinguen. El reforzamiento se denomina positivo cuando supone un logro de algo "apetecible" o "deseable" y negativo cuando el efecto es evitar o deshacerse de un estímulo o condición aversiva o "indeseable". En todo caso, el reforzamiento implica el fortalecimiento de la conducta que lo antecede o produce: sea por lo que logra o por lo que evita. Los tres términos del análisis constituyen una unidad funcional, donde los reforzadores reobran sobre la conducta operante (que los opera) y sobre las situaciones en las que la conducta ocurre, por lo que éstas tienen las funciones discriminativas que tienen.

El análisis funcional de la conducta es una de las mayores aportaciones del conductismo radical a la ciencia de la conducta y sus aplicaciones prácticas, incluyendo la clínica. Si bien el análisis funcional es característico de la línea operante, donde constituye toda una especialidad, está integrado en la terapia de conducta. El análisis funcional lleva a las técnicas de modificación de conducta, las cuales consisten en alterar las condiciones antecedentes (control de estímulo) y consecuentes (manejo de contingencias). Mientras que el control de estímulos consiste en disponer las condiciones para que determinadas conductas tengan o no tengan lugar, el manejo de contingencias se refiere a la disposición de las consecuencias de una manera sistemática, para que ocurran contingentemente a la conducta, con cierta tasa o intervalo, o no ocurran si se trata de extinguir la conducta. Contratos de conducta y sistemas de puntos canjeables por reforzadores convenidos son maneras "protésicas" para cambios de conducta de interés clínico. El autocontrol es uno de los procedimientos más utilizados de acuerdo con esta lógica.

Una limitación del análisis funcional clásico es que apenas incluía la conducta más frecuente en psicoterapia, que es la conducta verbal, a pesar de que la obra de Skinner

sobre el lenguaje, Conducta verbal, data de 1957 y de la que ya había exposiciones anteriores, por ejemplo, en Principios de psicología de Fred Keller y William Schoenfeld, de 1950. El análisis de conducta ya prácticamente centrado en el lenguaje, sobre la base de la obra de Skinner, será una característica de las terapias contextuales.

En relación con la importancia que cobra el análisis funcional de la conducta implicada en las interacciones terapéuticas, es de señalar, como muestra de su vigencia, su estudio sistemático por M.' Xesús Froján Parga, de la Universidad Autónoma de Madrid, y colaboradores (Froján-Parga, Montserrat Montaño y CaleroElvira, 2010; Froján-Parga, Calero-Elvira y Montaño-Fidalgo, 2009; MontañoFidalgo, Froján-Parga, Ruiz-Sancho y Virués-Ortega, 2011; Ruiz-Sancho, FrojánParga y Calero-Elvira, 2013). El análisis funcional de la conducta aplicado a la propia conducta de los clínicos en sesión viene a poner de relieve la anatomía y funcionamiento de la terapia y, por su parte, aplicado a los problemas que presentan los clientes viene a ser su radiografía y análisis, sin necesidad de neuroimágenes ni análisis clínicos. El cuadro 1.1 resume los dos paradigmas de la terapia de conducta, con sus técnicas emblemáticas, y las dos tradiciones a las que da lugar, una en la línea de la terapia cognitivo-conductual (2.a generación) y la otra en la línea de las terapias contextuales (3.a generación).

Cuadro 1.1. La terapia de conducta: sus paradigmas y líneas

Terapia de Conducta		
Dos paradigmas	Condicionamiento respondiente	Condicionamiento operante
Técnicas	DS EP …	Análisis funcional Control de estímulo Manejo de contingencias Autocontrol
Dos tradiciones	Terapia de conducta clásica (1.ª generación)	Análisis aplicado de la conducta
	⇩	⇩
Dos líneas futuras	Terapia cognitivo-conductual (2.ª generación)	Terapias contextuales (3.ª generación)

1.2.2. Segunda generación

La segunda generación se refiere a la influencia que el enfoque cognitivo de la psicología

ha tenido sobre la terapia de conducta a partir de la década de 1970, cuando empieza a redenominarse como terapia cognitivo-conductual. Esta influencia formaba parte de la llamada entonces revolución cognitiva y cambio de paradigma que afectaba a toda la psicología, y que en pleno "proceso revolucionario" algunos veían más que nada como moda, mito e ideología (Pérez Alvarez, 1985). Si antes el conductismo había desbancado al psicoanálisis, ahora el cognitivismo parecía hacer lo propio con el conductismo, incluyendo su rama aplicada: la terapia de conducta. Por su parte, el análisis de la conducta se mantuvo en sus trece: boyante en su propio terreno según sigue vivo y en expansión, pero boyante también en el sentido de flotante sin calar en la psicología y en la sociedad, como debiera.

De todos modos, en psicología, para bien y para mal, las revoluciones científicas no eliminan los "paradigmas" anteriores, sino que parece darse una suerte de "retomo de lo reprimido", aunque nada es lo mismo. Así, el propio psicoanálisis ha vuelto con un marcado carácter interpersonal e incluso contextual y, por su parte, el conductismo revive como contextualismo funcional, del cual derivan las terapias contextuales que están marcando la nueva generación de la que hablamos. Cabe esperar que el propio cognitivismo se recupere de su caída neurocientífica. No por mostrar neuroimágenes de procesos y de actividades psicológicas la psicología de turno es, por ello, más científica; la moda, el mito y la ideología de la psicología cognitiva perviven hoy en tomo al cerebro (Pérez Álvarez, 2011).

Lo cierto es que la terapia de conducta se hizo cognitiva, como si le faltara ese complemento para ser completa. La ola cognitiva que se cernía sobre toda la psicología dio vida a terapias cognitivas preexistentes, con orígenes que datan de la década de 1960, si es que no antes, como las clásicas terapia racional y emotiva de Albert Ellis y la terapia cognitiva de Aaron Beck. Estas terapias y en particular la terapia cognitiva de la depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983), junto con otras, marcaron la época y dieron lugar a lo que ahora se identifica como segunda generación. El aspecto distintivo de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es la introducción entre el estímulo o la situación y la respuesta o la conducta de una serie de procesos y estructuras hipotéticos de naturaleza cognitiva o mental representacional, a menudo concebidos en términos de procesamiento de información, supuesta la mente y en su caso el cerebro como un ordenador.

En terapia, esta característica se suele exponer mediante un modelo A-B-C, introducido por Ellis y utilizado ampliamente por la terapia cognitiva de Beck. En este modelo, A son los acontecimientos o eventos que ocurren en la vida, B son las creencias (beliefs), cogniciones y pensamientos que se tienen acerca de A, y C son las consecuencias

emocionales y conductuales, para el caso, los "síntomas" que definen un trastorno clínico. Aunque este esquema comparte las letras con el esquema A-B-C del análisis de la conducta, citado antes, no tienen nada que ver, por lo que se prestan al contraste. Ni siquiera A, referida a acontecimientos, significa lo mismo, puesto que en el análisis de la conducta se especifica como estímulo discriminativo, cuya función es más evocadora (debido a las consecuencias que la conducta ha tenido en su presencia), que provocadora de reacciones cognitivas.

El modelo cognitivo A-B-C continúa con D y E, para incluir la terapia. El terapeuta cognitivo-conductual empieza por explicar y hacer ver al cliente que sus problemas emocionales y conductuales (C) no derivan, en realidad, de A, los acontecimientos y circunstancias de la vida (pérdidas, conflictos, situaciones de agobio, crisis), sino de B: lo que cree y piensa acerca de A.El modelo supone que hay una predisposición aprendida, automática e inconsciente (esquemas) a pensar de determinada manera (procesamiento de la información) consistente en pensamientos automáticos y sesgos cognitivos que terminan por producir las emociones y conductas que se tienen, por ejemplo, depresión. Los acontecimientos constituyen "información", Input, que se procesa de determinada manera, dando lugar a un Output o producto, en su caso, un trastorno emocional y conductual. La botella puede estar medio llena o medio vacía, pero verla medio vacía da lugar a depresión.

Siendo B lo decisivo, la terapia consiste en hacer ver esta causa y disputar (D) su inadecuación y consecuencias. Así, la TCC consiste, en su aspecto más propiamente cognitivo, en discutir y disputar con el cliente sus pensamientos depresógenos o productores de cualquier otra consecuencia problemática, con miras a adoptar unos más racionales, puesto que éstos son más ajustados a la realidad y favorables (menos catastrofistas y derrotistas que los habituales). La TCC no se queda en la disputa de pensamientos y creencias "irracionales" sino que promueve la experimentación (E) de una nueva manera más racionalista de ver las cosas. Se trata de experimentar si pensando de una manera más realista, matizada y ponderada (sin los sesgos habituales) las consecuencias son mejores, así como hacer comprobaciones, por ejemplo, acerca de si todo lo malo le ocurre a uno y nada bueno, si enfrentar la situación temida es tan catastrófico como se piensa, etc. El objetivo no es sólo modificar sesgos cognitivos y pensamientos erróneos, sino realidar toda una reestructuración cognitiva de los esquemas básicos de procesamiento y creencias irracionales.

La TCC tiene sus méritos y deméritos. Como principal mérito se señala su probada eficacia en una variedad de trastornos psicológicos, por lo que ha llegado a ser una de las terapias psicológicas más competentes y competitivas en relación con la medicación, como

tratamiento de referencia. Las TCC son las más representadas en las guías de tratamientos psicológicos eficaces (Pérez Álvarez, Fernández Hermida, Fernández Rodríguez y Amigo Vázquez, 2003), por lo que tienen reconocido prestigio en el ámbito psiquiátrico. Entre sus deméritos, por lo que aquí importa, se señalan tres. Uno es que, sin dudar de su eficacia, no se sabe en realidad por qué lo es: si por los componentes cognitivos que la caracterizan y son su razón de ser, si por los componentes conductuales de toda la vida que incorpora, si por la conjunción de ambos o si, acaso, por otros aspectos o componentes. Por lo pronto, lo que parece cierto es que la eficacia de la TCC no parece deberse precisamente al componente cognitivo, sino al conductual, como muestran los estudios de desmantelamiento de componentes que dieron lugar a la terapia de activación conductual, que se presentará en el capítulo 5.

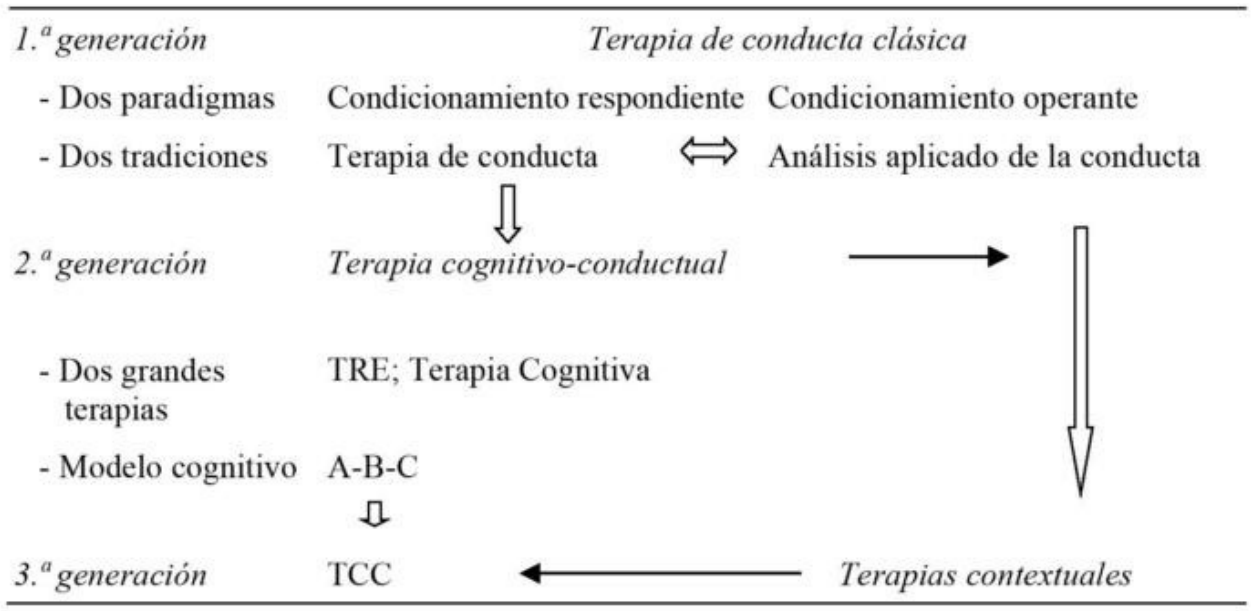
Otro demérito es que la TCC desvirtuó el carácter contextual de la terapia de conducta, a favor de un enfoque intrapsíquico, como es el cognitivo. No en vano, la terapia cognitiva de Beck tiene una impronta psicoanalítica debida probablemente a la formación psicoanalítica de su autor. En Tratamientos psicológicos se puede encontrar una comparación entre el modelo de Beck y el psicoanalítico que muestra sus similitudes (Pérez Álvarez, 1996b, pp. 449 y 14).

El otro demérito, derivado de su carácter intrapsíquico, es la adopción del modelo médico. La TCC es hoy la mayor representante de modelo médico de terapia psicológica, como se analizará en el capítulo 3. Si el modelo médico ha servido a la TCC para competir con la medicación, también puede que haya servido para "pervertir" la terapia psicológica, imitando el modelo médico y poniéndose al servicio de la medicación, amén de su adhesión a los diagnósticos psiquiátricos, hoy en entredicho. Dentro de su eficacia, es posible que la adhesión de la TCC al modelo médico esté limitando las posibilidades de las terapias psicológicas en ofrecerse como alternativa, empezando por la revisión del criterio de eficacia, más allá de la reducción de síntomas.

La TCC es una "marca" bien establecida a la que no le faltan méritos para mantenerse como tal. Pero también es cierto que desde su propio seno se está dando, en algunos ámbitos de aplicación, una evolución hacia las terapias de tercera generación (Chadwick, 2009; Ciarrochi y Bailey, 2008; Tai y Turkington, 2009). El cuadro 1.2 muestra esquemáticamente la evolución del mapa de la terapia de conducta: cómo y de dónde surgen las distintas generaciones que hoy se reconocen. Así, la terapia de conducta clásica, que ya partía de dos paradigmas, dio lugar a dos tradiciones que en principio constituyeron la primera generación; la flecha bidireccional entre ambas trata de indicar esta convivencia. De estas dos tradiciones derivarían la segunda generación como TCC a partir de la década

de 1970 y la tercera como terapias contextuales a partir de la década de 1990. La hegemonía de la 2.a generación dejaba menos espacio a la tradición del análisis de la conducta, indicado con la flecha horizontal hacia la derecha. Sin embargo, el análisis de la conducta continuaba su línea y "como una flecha" reemergió en las terapias contextuales. Ahora estas terapias parecen ser hegemónicas. No obstante, la TCC tiene su sitio en la perspectiva de las terapias contextuales, si bien "acosado" por éstas, como sugiere la flecha hacia la izquierda.

Cuadro 1.2. Evolución del mapa intergeneracional de la terapia de conducta



Sin menoscabo del mérito de la TCC como terapia psicológica que merece su reconocimiento y sitio y dejando aparte la audacia de su nombre, parece haber motivos y razones para el alta de toda una nueva generación de terapias, cuyas aportaciones se mostrarán en el capítulo siguiente.

2

Terapias de tercera generación: ¿qué aportan?

No hay duda de que las llamadas terapias de tercera generación se han constituido como la "nueva ola" de la terapia de conducta o cognitivo-conductual, con influencias más allá de la tradición conductual, donde surgen. La cuestión es si las terapias de tercera generación son una moda o si suponen una innovación más allá de una ola pasajera. Su denominación genérica, como terapias de "tercera generación", lejos de ser un nombre descriptivo es, como se dijo, un eslogan comercial, según se usa en el marketing farmacéutico (antipsicóticos o antidepresivos de segunda o de última generación) o en cualquier otro producto tecnológico (teléfonos, ordenadores, coches). Como tal eslogan, es peligroso para los propios intereses, porque otras marcas y vendedores vendrán que proclamen la siguiente o "última" generación. Más allá de la audacia del nombre, importa ver qué aportan realmente estas terapias. Se destacan dos grandes aportaciones: la innovación de la psicología clínica y la recuperación de la perspectiva contextual.

2.1. Innovación de la psicología clínica

La innovación de la psicología clínica tiene un doble frente, referido, por un lado, a la concepción psicopatológica y, por otro, al funcionamiento de la psicoterapia. La innovación en ambos frentes responde a una problemática planteada en cada uno de ellos. Aunque esta problemática y su respuesta se refieren a la psicología clínica, conciernen igualmente a la psiquiatría y al terreno común de la psiquiatría y la psicología que es la psicopatología. Concretamente, los problemas planteados se refieren a la insatisfacción con las categorías diagnósticas y al "enigma" de la eficacia similar de terapias psicológicas distintas.

2.1.1. Categorías nosológicas versus dimensiones transdiagnósticas

La primera problemática a la que responden las terapias contextuales es la insatisfacción con los sistemas diagnósticos al uso, DSM y CIE, incluyendo sus últimas versiones, DSM-5 y CIE-11, que no por últimas resuelven los problemas de base. Los sistemas diagnósticos, típicamente el DSM a partir del DSM-111 en adelante, con la adopción de

criterios operativos, mejoraron la fiabilidad diagnóstica, pero a costa de empeorar su validez, según los trastornos psicológicos quedan reducidos a unos cuantos síntomas fáciles de definir y de observar. Como es sabido, una medida o diagnóstico puede ser fiable (como, por ejemplo, un lunar en la piel) y, sin embargo, ser poco válido para establecer un diagnóstico (por ejemplo, de cáncer a partir del lunar).

Esta escasa validez reconocida para los diagnósticos psiquiátricos, como se explicará en el próximo capítulo, ha dado lugar a la creciente proliferación de categorías diagnósticas, sin que respondan a entidades ahí dadas, definidas por sus `junturas naturales". Esta falta de validez de los diagnósticos psiquiátricos está siendo reconocida hasta por la propia industria farmacéutica que, sin embargo, bien se ha servido de ellos para probar y aprobar medicamentos. Se reconoce ahora que los diagnósticos al uso no sirven para el desarrollo de nuevos fármacos. De hecho, la mayor parte de los psicofármacos se "descubrieron" por casualidad y ninguno de ellos se derivaría de las líneas de investigación actual en neurociencia.

A) Sistema RDoC

Tal es la escasa validez de los diagnósticos psiquiátricos, que la industria farmacéutica está abandonando el campo de la investigación psicofarmacológica, a favor de otros ámbitos de la medicina. Como dice Robin Marantz Henig, refiriéndose a los antidepresivos, hasta ahora un mercado boyante, "en los dos últimos años, Glaxo-SmithKline y otros gigantes de la industria farmacéutica han anunciado su intención de abandonar el diseño de nuevos fármacos en psiquiatría" (Henig, 2013). Lo cierto es que el descubrimiento de psicofármacos está estancado, por la falta de diagnósticos con dianas moleculares (Hyman, 2012). En retrospectiva, dice H.Christian Fibiger, "uno se podría preguntar por qué ha tardado tanto tiempo la industria en abandonar la terapéutica psiquiátri ca." La cuestión preocupante, continúa Fibiger, es que las principales clases de medicamentos prescritos actualmente (antidepresivos, antipsicóticos y ansiolíticos) nunca se habrían descubierto con las estrategias de investigación actuales, empezando por la posología psiquiátrica, ni es de esperar que así sea en el futuro (Figiber, 2012).

La falta de éxito en hallazgos farmacológicos, la industria farmacéutica lo ha compensado y con creces en hallazgos de marketing, empezando por los nombres de "antidepresivos" y "antipsicóticos" sugerentes de más especificidad que la que tienen (que propiamente es ninguna) y continuando con eslóganes como "desequilibrios químicos" típicamente serotonina (sin que se conozca a nadie que se le diera, cambiara o quitara la medicación correspondiente a resultas de ningún análisis del supuesto desequilibrio) y

últimamente "estabilizadores del humor" (un concepto paraguas que cubre tanto como encubre una supuesta especificidad de fármacos muy distintos). Dada esta crisis de la psicofarmacología convicta y confesa (Fibiger, 2012; Hyman, 2012), el Instituto de Salud Mental de EE. UU. (NIMH, por sus siglas en inglés), lanzó en 2010 una flamante estrategia de investigación en psiquiatría y todo un nuevo marco de clasificación para el estudio de trastornos mentales, alternativo al DSM-5, aun antes de que éste hubiera salido. Cuando salió, el DSM-5 ya estaba repudiado por el NIMH: la institución psiquiátrica que define las líneas prioritarias de la investigación en "salud mental". Se refiere a la vieja idea, que data de la década de 1970, de los criterios de los dominios de investigación, RDoC, Research Domain Criteria, relanzados en 2010 (Cuthbert e Insel, 2010; Insel et al., 2010; Sanislow et al., 2010).

RDoC es un plan estratégico del NIMH, presidido por Thomas Insel, para crear un marco de investigación sobre la idea de identificar dimensiones patofisiológicas que pudieran estar implicadas en "distintos trastornos". Aunque RDoC también contempla la posibilidad de que múltiples mecanismos pudieran estar implicados en un mismo trastorno, no parte de los trastornos al uso y de hecho duda de que éstos puedan cumplir el papel de servir para identificar mecanismos patofisiológicos (Sanislow et al., 2010, p. 612). De hecho, defensores de esta estrategia se declaran "agnósticos" acerca de los diagnósticos al uso, incluyendo el todavía, en esas fechas, no estrenado DSM-5 (Figiber, 2012, Keshavan et al., 2013; Sanislow et al., 2010), lo que no deja de ser un reconocimiento de que esta nueva versión del DSM nace invalidada, por falta validez. Por así decir, nace clínicamente muerto.

La clasificación RDoC descansa en tres asunciones. En primer lugar, RDoC empieza por conceptualizar las enfermedades mentales como trastornos del cerebro. A diferencia de los trastornos neurológicos con lesiones identificables, los trastornos mentales se abordan como trastornos de circuitos del cerebro o "circui tos defectuosos" (Insel, 2010). En segundo lugar, RDoC espera que la disfunción en circuitos neuronales puede ser identificada con herramientas de la neurociencia clínica (la nueva psiquiatría), incluyendo electrofisiología, neuroimagen funcional y nuevos métodos para la cuantificación de conexiones en vivo. En tercer lugar, RDoC asume que datos de la genética y de la neurociencia clínica ofrezcan signaturas biológicas que permitan el manejo clínico, por así decir, arreglar la "avería" (circuitos defectuosos o desequilibrio químico).

RDoC utiliza diferentes unidades de análisis para definir los dominios o constructos en estudio: genes, moléculas, células, circuitos, fisiología, conducta y autorreportes. Los dominios inicialmente propuestos para echar a andar el proyecto son cinco, cada uno con

constructos subordinados más específicos. Estos constructos tentativos, de marcado carácter psicológico, derivados en buena medida de la psicología experimental, son los siguientes: sistemas de valencia negativa, sistemas de valencia positiva, sistemas cognitivos, sistemas de procesos sociales y sistemas de activación/regulación. El cuadro 2.1 muestra el borrador matricial de RDoC: en las columnas las unidades de análisis, donde figuran también los paradigmas científicos dentro de los que se estudian los constructos y en las filas los dominios, constructor o dimensiones hasta ahora propuestas. Las cuadrículas resultantes de entrecruzar dimensiones y unidades serían para poner los hallazgos disponibles.

RDoC supone un cambio en la investigación, consistente en pasar de los trastornos mentales convencionalmente definidos, a mecanismos trasversales como los dominios y sistemas propuestos. Aunque sigue interesado en las conductas problema que se puedan encontrar en las listas de síntomas de los trastornos tipo DSM y CIE, el enfoque RDoC se organiza sobre la base de mecanismos putativos, en vez de sobre categorías diagnósticas convencionales (Sanislaw et al., 2010). RDoC supone un divorcio de hecho entre la investigación y las concepciones diagnósticas actuales. Este divorcio se ha formalizado con la declaración por parte del National Institute of Mental Health (Insel, 2013) de su abandono del sistema DSM, por falta de validez y señalando además que los pacientes se merecen algo mejor.

A pesar de que RDoC tiene una "política" integradora de datos de investigación, no menos confeso es su giro hacia la genómica y la neurociencia. Se constata esta tendencia neurocéntrica en su foco principal en los circuitos neuronales y su puesta en el centro, con niveles de análisis avanzando en dos direcciones: hacia arriba, desde la circuitería a las variaciones clínicamente relevantes (conductas, autorreportes), y hacia abajo, a factores genéticos y moleculares/celulares que estarían influyendo en tales funciones.

Cuadro 2.1. Sistema RDoC

Dominios/ constructos	*Unidades de análisis*							
	Genes	*Moléculas*	*Células*	*Circuitos*	*Fisiología*	*Conducta*	*Autorreportes*	*Paradigmas*
Sistemas de valencia negativa								
- Amenaza activa ("miedo")								
- Amenaza potencial ("ansiedad")								
- Amenaza sostenida								
- Pérdida								
- No refuerzo frustrante								
Sistemas de valencia positiva								
- Motivación de acercamiento								
- Sensibilidad inicial al refuerzo								
- Sensibilidad sostenida al refuerzo								
- Aprendizaje reforzado								
- Hábito								
Sistemas cognitivos								
- Atención								
- Percepción								
- Memoria de trabajo								
- Conducta verbal								
- Control cognitivo (esforzado)								
Sistemas de procesos sociales								
- Imitación, teoría de la mente								
- Dominio social								
- Identificación de la expresión facial								
- Apego/miedo de separación								
- Áreas de autopresentación								
Sistemas de activación/regulación								
- Activación y regulación múltiple								
- Actividad en estado de reposo								

Por lo que aquí importa señalar, RDoC es una saludable y bienvenida alternativa a los insatisfactorios sistemas diagnósticos al uso. Sin embargo, como alternativa que se saluda, RDoC no deja de ser una propuesta lastrada por dos problemas con génitos: uno es que no parte de los fenómenos clínicos que trata de estudiar y otro que está concebida sobre preconcepciones neurocéntricas. Los proponentes de RDoC, con Thomas Insel como papa del NIMH, el vaticano de la investigación psiquiátrica - el propio NIMH fue la institución que proclamó la de 1990 como década del cerebro-, tiene una visión organocéntrica,

dogmática, de la psiquiatría, donde el cerebro es a los trastornos psiquiátricos o psicológicos como el páncreas a la diabetes o la próstata a la prostatitis. Así, por ejemplo, una fantasía de la futura psiquiatría es que la depresión pudiera ser vista algún día semejante a como se ve hoy la fiebre, sugiriendo pruebas específicas sobre un panel de marcadores potencialmente diagnósticos que dirijan al clínico al tratamiento apropiado entre un número de procesos alterados causantes de la depresión (Sanislaw et al., 2010, p. 637).

El hecho de que los sistemas diagnósticos al uso no sirvan a la investigación, como no sirven, no quiere decir que los fenómenos clínicos (los problemas psiquiátricos, psicológicos o mentales) no sean entidades reales. Lo que no son es entidades naturales, como puedan serlo enfermedades del páncreas o del cerebro. El hecho de que no sean entidades naturales no les priva de ser entidades reales, identificables y definibles con más apropiados criterios que los sistemas establecidos, como son los criterios fenomenológicamente informados. Se refiere aquí a la fenomenología estructural, interesada en captar estructuras esenciales de los fenómenos, en vez de "reducirlos" a unos cuantos síntomas (McHugh, 2012; Pareas, Sass y Zahavi, 2013; Pareas y Zahavi, 2002; Sass, 2013; Stanghellini, 2009).

B) Dimensiones clínicas

Por su parte, la psicología clínica también cuenta con alternativas ante los insatisfactorios sistemas diagnósticos. Las alternativas se refieren igualmente a la propuesta de dimensiones transdiagnósticas comunes a los diversos diagnósticos. Respecto de la estrategia RDoC, las propuestas psicológicas no son reduccionistas, neurocéntricas, sin por ello pasar por alto los factores fisiológicos implicados, pero sin ponerlos por delante. Aunque la estrategia RDoC podría ser asumida por la psicología clínica, según los dominios identificados tienen una marcada base en la psicología experimental (sistemas de valencia positiva y negativa, sistemas cognitivos, etc.), lo cierto es que en psicología clínica ya circula la estrategia dimensional transdiagnóstica. El problema de la propuesta psicológica es que, como suele, es plural: son varias y aun muchas las alternativas.

En una revisión de dimensiones transdiagnósticas, que no pretendía ser exhaustiva, llevada a cabo en el libro Las raíces de la psicopatología moderna, con miras a establecer una dimensión común a todas ellas (Pérez Álvarez, 2012b, cap. 3), se han identificado 13, sin ser todos, entre ellas una derivada de las terapias de tercerea generación. El cuadro 2.2 presenta las 13 dimensiones señaladas y otras más.

Cuadro 2.2. Dimensiones transdiagnósticas de la psicología clínica

Dimensiones transdiagnósticas	*Diagnósticos dimensionados*	*Autores de referencia*
Autoconciencia (pública/privada)	Ansiedad social, anorexia, paranoia/ depresión, ansiedad, esquizofrenia	(Fenigstein, Scheier y Buss, 1975)
Teoría de la autoobjetivación del cuerpo	Trastornos de la alimentación, autoestima, depresión	(Fredrickson y Roberts, 1997)
Rol de espectador de sí mismo	Disfunción sexual, ansiedad social	Masters y Johnson
Atención autofocalizada	Ansiedad, depresión, esquizofrenia, alcoholismo	(Ingram, 1990; Woodruff-Borden *et al.*, 2001).
Rumia	Depresión, ansiedad, bulimia, abuso de sustancias, salud física	(Nolen-Hoeksema, 2000)
Preocupación	Ansiedad, depresión, estrés postraumático, TOC, insomnio	(Davey y Wells, 2006)
Pensamientos automáticos	Depresión, ansiedad, pánico	(Beck *et al.*, 1979)
Pensamiento repetitivo	Ansiedad, depresión	(Watkins, 2008)
Metacognición	Ansiedad generalizada, fobia social	(Wells, 1999)
Teoría del escape del yo	Alcohol, bulimia, masoquismo, suicidio	(Baumeister, 1990)
Trampa vital	Pautas arraigadas que mantienen los diferentes problemas que uno tiene	(Young y Klosko, 2012)
Evitación experiencial/ conductual	La "inflexibilidad psicológica" característica de numerosos trastornos	Steve Hayes, Carmen Luciano, Kelly Wilson
Perfeccionismo	Ansiedad, depresión, alimentación	(Egan *et al.*, 2011)
Teoría del control perceptual	El conflicto como dimensión destacada por distintas psicoterapias	(Higgiston, Mansell y Wood, 2011)
Desregulación referente a la meta y la acción	Depresión, ansiedad, estrés, adicción, alimentación	(Watkins, 2011)
Rasgo de la ira	Trastornos del Eje I del DSM-IV	(Owen, 2011)
Síndrome neurótico general	Ansiedad, fobias, pánico, TOC	(Andrews, 1990)
Síndrome de afecto negativo	Ansiedad, depresión	(Barlow, 2004)
La hiperreflexividad como factor común		

La abundancia de propuestas, más allá de la confusión a la que se presten, revela tanto la necesidad como la posibilidad de buscar dimensiones transdiagnósticas. Se trata de la misma necesidad observada en psiquiatría, por la que se ha lanzado la estrategia RDoC.

No obstante, hay una diferencia de partida entre ambas. Las dimensiones de la psicología clínica se sitúan en el mismo plano de los problemas experimentados y presentados por los pacientes/clientes y por los que reciben los diagnósticos que reciben. En este sentido, las dimensiones clínicas se atienen a los trastornos realmente existentes y, por tanto, a los fenómenos psicopatológicos, como se entiende que es necesario proceder, en vez de empezar por buscar en otro plano, según hace RDoC, antes de saber qué es lo que hay que entender: que no es otra cosa que lo que le pasa a la gente. Como se decía, el sistema RDoC está embarazado por la preconcepción neurobiológica, de una manera que parece más interesada en compatibilizar con la genómica y la neurociencia que con las realidades clínicas. Otro aspecto diferencial es que DRoC es una propuesta marcadamente orientada a la investigación, mientras que las dimensiones clínicas tienen un marcado interés terapéutico e investigador, a la vez.

Siendo el objeto de estudio los trastornos mentales (psiquiátricos o psicológicos), la referencia a estructuras y procesos neurobiológicos, así como el uso de aparatos, no hacen una propuesta como RDoC más científica que la propuesta de las dimensiones clínicas. Algo puede ser o parecer muy científico por el campo de estudio, por sus teorías y métodos incluyendo el uso de sofisticada tecnología y por el prestigio de las instituciones promotoras, pero ello no vacuna contra la posibilidad de estar desenfocando el fenómeno estudiado, acaso dejando fuera los aspectos relevantes y buscando en otro lugar, como buscar sólo debajo de los focos porque se disponga de aparatos a propósito.

C) La hiperrefiexividad como dimensión común de las dimensiones clínicas

Más allá de la confusa abundancia de dimensiones clínicas, cabe ver si responden a una idea, fenómeno o estructura común. Lo cierto es que dentro de su disparidad, las dimensiones propuestas vienen a responder a un mismo proceso o fenómeno general, caracterizado por alguna manera de hiperreflexividad. Aun siendo difícil captar la posible "esencia" común de las diferentes dimensiones, se propone el concepto de hiperreflexividad, como posible denominador común, siquiera por ensayar la búsqueda del fenómeno esencial. La noción de hiperreflexividad puede servir a la idea de un denominador común, por tres razones.

En primer lugar, la hiperreflexividad es un concepto más inclusivo que los usuales, al incluir la esquizofrenia que, prácticamente, queda fuera de los otros conceptos, pensados por lo general para la depresión y la ansiedad. La hiperreflexividad no tiene sólo un sentido volitivo e intelectual, referido a tomar intencionalmente aspectos de uno como objeto y tema de reflexión. Tiene también el sentido de autopresencia consistente en que aspectos

de uno normal y funcionalmente desapercibidos por ser prerreflexivos (tácitos e implícitos) cobran presencia, una especie de objetivación mórbida, como ocurre en la esquizofrenia, caracterizada por cenestesias, sonorización del pensamiento en forma de "oír voces", etc., de acuerdo con la fenomenología (Pérez Álvarez, 2012b, cap. 10). La hiperreflexividad se refiere a una conciencia intensificada de aspectos de uno para sí mismo (autopresencia) de una manera que interfiere en el curso de la vida. El hecho de que la noción de hiperreflexividad se haya introducido en clínica a propósito de la esquizofrenia, quizá le confiere más envergadura conceptual que la que puedan tener las demás dimensiones, sin menoscabo de su mayor eficacia intuitiva (como, por ejemplo, rumia o trampa vital). Los demás conceptos dejan fuera la esquizofrenia o "tocan" tangencialmente algunos de sus aspectos (como la atención autofocalizada o la metacognición). La hiperreflexividad, y también la autoconciencia, los acoge todos, en su sentido reflexivo (rumia) y prerreflexivo (autopresencia).

En segundo lugar, la hiperreflexividad es un concepto filosófico-antropológico. No se trata, por tanto, de un concepto clínico ad hoc, para este o aquel trastorno concreto. De manera que está en mejores condiciones que los otros para percibir el factor común o idea general que pueda estar en la base de todos ellos. Aunque la hiperreflexividad tiene un sentido patógeno en este contexto, sugerido además por el prefijo hiper - indicativo de demasía, no deja de ser un aspecto, transformación y consecuencia de la propia reflexividad como atributo humano. Así, la reflexividad patógena sería una paradoja de la propia reflexividad. Si, por un lado, la reflexividad confiere lucidez, por otro, puede enredar a uno en un torbellino. Sería un ejemplo de cómo el sueño de la razón genera monstruos. Una paradoja más es que una forma de reflexividad como conciencia plena o mindfulness puede ser terapéutica. Como si dijéramos que allí donde está el peligro nace también la salvación.

En tercer lugar, la hiperreflexividad tiene además un alcance históricocultural de modo que permite situar los trastornos psicológicos en la perspectiva de las condiciones de vida social y culturalmente organizadas. Lo que se necesita percibir es el carácter histórico de la reflexividad al hilo de innovaciones técnicas y formas de organización social a lo largo del tiempo, desde la invención de la escritura a Internet. La tesis sostenida consiste en situar el origen de la psicopatología en el contexto de la reflexividad moderna, lo que permite pensarla fuera de un modelo biomédico, como condición humana más que condición natural (Pérez Álvarez, 2012b). Sin negar condiciones neurobiológicas implicadas, tampoco es necesario ponerlas por delante, como hace dogmáticamente la estrategia RDoC.

La hiperreflexividad o autoconciencia intensificada no se concibe como un mero acompañante o consecuente de un trastorno psicológico (que también puede ser) sino, precisamente, como una condición etiopatogénica (Pérez Álvarez, 2012b, cap. 4). No estoy deprimido y entonces reflexiono en demasía (hiper) sobre cómo estoy (que también), sino que la propia reflexión llevada a cierto punto puede ella misma ser la condición patógena. Esto ocurre cuando la reflexión deja de ser clarificadora y útil para ser más que nada "rumia". De todos modos, no se está diciendo que la "reflexión" o autopresencia de uno para sí mismo ocurre sin más, en vacío, como si fuera una "avería" del aparato reflexivo, cognitivo o del procesamiento de la información.

La teoría de la hiperreflexividad como condición psicopatológica supone y parte de la consideración de que los trastornos psicológicos tienen como materia prima o causa material en sentido aristotélico los problemas de la vida: pérdidas, conflictos, crisis, decepciones, frustraciones, agobios, estrés. Estos problemas normales, consustanciales a la vida (la vida de suyo es un problema, dice Ortega), no por ser problemas, con todo el malestar y sufrimiento que comportan, son por ello problemas psicológicos. Lo que hace que los problemas de la vida lleguen a ser problemas clínicos sería, de acuerdo con lo que se viene diciendo, alguna forma de reflexividad improductiva y al final contraproducente. Cuando la atención autofocalizada, el darle vueltas a lo que te pasa, la autoconciencia intensificada, ya no aclaran más la situación, ni sirven a un cambio, por esfuerzos que uno esté haciendo, sino que además están interfiriendo en el curso de la vida, como si entre uno y la vida se interpusiera uno mismo esforzándose en salir de una situación que, sin embargo, contribuye a mantener, entonces se tiene un problema psicológico. Un enredamiento autorreflexivo convertido en una "trampa vital" podría ser una manera de referirse al paso de problemas de la vida a problemas psicológicos, que requieren ayuda profesional. En esta perspectiva, un trastorno psicológico sería un esfuerzo contraproducente por resolver una situación problemática, en el que las propias conductas, acciones y reacciones resultan ellas mismas parte del problema.

Pues bien, las terapias contextuales, sin ser las únicas, son ejemplares e inusitadamente explícitas, claras y distintas, en entender los problemas psicológicos como enredamientos autorreflexivos, bajo la noción de evitación experiencial o conductual o de inflexibilidad psicológica, como se verá.

2.1.2. Técnicas específicas versus principios terapéuticos

La segunda problemática a la que responden las terapias de tercera generación es el "enigma" de la relativamente similar eficacia de terapias psicológicas, sin embargo, bien

diferentes. El enigma está en que la similitud en eficacia no parece corresponderse con una similitud comparable en la teoría y procedimiento de las terapias. No se tienen hoy dudas acerca de la eficacia de las terapias psicológicas. El debate está en cómo y por qué son eficaces. La terapia psicológica ha mostrando su eficacia en relación con la medicación, como referencia obligada, en prácticamente todos los trastornos psiquiátricos, psicológicos o mentales. No sólo tiene una eficacia comparable a la medicación, en la medida en que ésta es útil, sino que la terapia psicológica tiene ventajas sobre la propia medicación, en cuanto a la persistencia de sus beneficios después del tratamiento y sin la presencia de los efectos secundarios indeseables (entre ellos la adicción) que la medicación suele acarrear.

La cuestión ahora es que no sólo hay una terapia psicológica de probada eficacia, sino que una variedad de ellas han mostrado ser eficaces, siendo que entre ellas son distintas y hasta distantes: con orígenes, concepciones y procedimientos diferentes. Desde el punto de vista del cliente/paciente y de los sistemas sanitarios, la existencia y aun abundancia de diferentes terapias psicológicas eficaces es una buena noticia. Lo malo de la buena noticia queda para los propios clínicos e investigadores que creyeran que su terapia era la eficaz y ahora, además de ver que "otras" también lo son, ni siquiera pueden estar seguros de por qué y cómo la suya es eficaz, según los procesos del cambio terapéutico siguen en tela de juicio. La cuestión, si no enigma, es cómo distintas y distantes terapias psicológicas son, sin embargo, similares en cuanto a su eficacia. Esto no quiere decir que no haya terapias que sean más eficaces y eficientes que otras en problemas y objetivos concretos. El énfasis que se quiere poner aquí no es tanto que todas son eficaces por igual, como que ninguna deja de serlo en alguna buena medida. El posible y probable "beneficio adicional" de unas terapias sobre otras, debido específicamente a sus concepciones y procedimientos, no está tan claro y es distinto a como los creyentes y practicantes de cada escuela creen.

Dada esta situación, la American Psychological Association ha emitido una resolución sobre el reconocimiento de la eficacia de la psicoterapia (APA, 2012). Esta resolución viene a reconocer institucionalmente una variedad de terapias psicológicas, al menos aquellas que han mostrado su eficacia de acuerdo con los estándares metodológicos de la medicina basada en la evidencia, en particular estudios controlados y aleatorizados. Se refiere a cuatro grandes sistemas de terapia psicológica: 1) la terapia cognitivo-conductual y terapias de "tercera generación", 2) la psicoterapia psicodinámica, 3) la psicoterapia humanista y 4) la terapia sistémica. Con sus más y sus menos, estos sistemas de terapia responden a los nuevos marcos de evaluación propuestos que enfatizan la teoría y las explicaciones coherentes además de la mera eficacia empírica (David y Montgomery, 2011). La eficacia de "todas" las terapias tampoco se refiere a cualquier terapia, en un mero sentido empírico.

No se están defendiendo aquí necesariamente los criterios metodológicos de la medicina basada en la evidencia, ni siquiera del movimiento de los tratamientos psicológicos eficaces, como los criterios (más) adecuados para la evaluación de terapias psicológicas. De hecho, se sostiene que no son adecuados. Lo que se dice es que cuando las distintas psicoterapias evalúan su eficacia, aun sin estar de acuerdo con los criterios, terminan por mostrar una eficacia comparable entre sí y en relación con las terapias que lo hicieron primero y de hecho cuentan con más estudios como la terapia cognitivo-conductual. El pájaro Dodo sigue planeando sobre las terapias psicológicas. Como se recordará, el veredicto del pájaro Dodo, de Alicia en el país de las maravillas, según el cual "todos han ganado y deben tener premios", sigue vivo y coleando hoy en la terapia psicológica (Pérez-Álvarez, 2013).

Las distintas terapias son entre sí las "otras" o las "demás". Un terapeuta de conducta o cognitivo-conductual difícilmente puede creer o concebir que, por ejemplo, la psicoterapia psicodinámica sea eficaz. Para "explicarse" esto, el terapeuta de conducta seguramente diría que la eficacia se debe a que la psicoterapia psicodinámica incluye técnicas de terapia de conducta (exposición, solución de problemas o modelado), de manera que esas psicoterapias vienen a ser terapia de conducta "silvestre", por reutilizar la célebre expresión de Freud, referida en su caso al uso de psicoanálisis sin cuidado ni conocimiento de causa. Pero los psicoanalistas tampoco se explican cómo puede ser eficaz la terapia cognitivo-conductual, como no sea porque incorporan aspectos de sus psicoterapias, seguramente porque los clínicos más habilidosos utilizan técnicas que son centrales a la teoría y práctica psicodinámica.

La explicación de este fenómeno tiene varios planos (Pérez-Álvarez, 2013). En una primera instancia, estaría la desmoralización que comparten todos los problemas psicológicos, de manera que hallarían alivio y esperanza en cualquier terapia. Más allá de esto, estaría el carácter interactivo de los problemas psicológicos, distinto de un supuesto carácter natural, fijo, ahí dado. El carácter interactivo implica que los trastornos psicológicos son realidades esencialmente dependientes de contextos culturales, interpretaciones sociales y "tratamientos" clínicos. En la base del alivio de la desmoralización y del carácter interactivo estaría la materia de la que se hacen los trastornos psicológicos que, como se dijo, no sería otra que los problemas de la vida (pérdidas, conflictos, crisis, etc.).

En relación con estas cuestiones, se ha propuesto la teoría de los factores comunes que comparten las distintas terapias psicológicas. Los factores comunes, teorizados como relación de confianza, lugar sanativo, mito y ritual, vienen a ser el con texto terapéutico en

el que los trastornos psicológicos hallan comprensión, explicación y solución. Por así decir, los problemas humanos en los que consisten los trastornos psicológicos encuentran su contexto de tratamiento apropiado en el carácter humanista inherente a la psicoterapia. No se refiere específicamente a la psicoterapia humanista, sin menoscabo de la influencia de esta escuela en este punto. Se refiere al carácter humano inherente a toda psicoterapia que se precie, por "científica" que se conciba y desafectada que esté de una identificación humanista.

Aun cuando la reconocida importancia de los factores comunes no cancela la investigación de la posible existencia de técnicas específicas, lo cierto es que resulta difícil, si es que no prácticamente imposible, diferenciar lo que se debe a las técnicas y lo que se debe a los factores comunes epitomizados por la relación terapéutica. Relaciones y técnicas o, por estresar la cuestión, relaciones o técnicas: esa es la cuestión. Las terapias psicológicas tienen la particularidad, respecto de la medicación, de que no se pueden dar al margen de la relación terapéutica. Al fin y al cabo, una medicación psiquiátrica, funciona, si realmente lo hace, administrada sea por caso en la sopa, sin que el paciente lo sepa, si bien funciona notablemente mejor dada en el contexto de una buena relación terapéutica, lo que no hace sino subrayar, de nuevo, el papel fundamental de ésta. Pero no existe una psicoterapia placebo dada a ciegas, sin que al menos el terapeuta esté al tanto.

Puede que la tensión entre técnicas y relaciones sea una cuestión más de énfasis que de uno u otro: mientras los defensores de terapias particulares enfatizan las técnicas específicas, reconociendo que las relaciones son necesarias, los defensores de los factores comunes enfatizan las relaciones, reconociendo a su vez que técnicas convincentes y coherentes son aspectos poderosos de un tratamiento (Wampold, 2010, p. 105). Sin poder negar que las técnicas y aspectos específicos de un tratamiento no sean eficaces, tampoco se puede afirmar de una manera categórica y concreta que lo sean, sin dudar de que la terapia en conjunto es eficaz. No hay técnicas que valgan sin el contexto de la relación. También se podría decir que la relación no es una relación de cualquier manera, sin techné: sin saber hacer y sin criterio. La relación terapéutica tiene su "arte", de acuerdo con las técnicas que profesa cada terapia.

Dado este debate entre relaciones y/o técnicas, donde ciertamente las técnicas no funcionan al margen del contexto de una relación terapéutica y donde la relación terapéutica parece dar contexto a una variedad de diferentes técnicas eficaces, se abre la cuestión, seguramente más interesante y desafiante, de encontrar posibles principios terapéuticos generales, por así decir, transversales a las distintas psicoterapias. La estrategia de buscar principios terapéuticos, en vez de técnicas específicas, sería equivalente a buscar

dimensiones clínicas comunes, transversales en este caso a los distintos diagnósticos. No es que no importen las técnicas, que siguen siendo importantes, sino que el énfasis se pone ahora en los principios. Más importante todavía que la intervención técnica sería la filosofía de lo que hay que cambiar y el sentido del cambio: su dirección y significado. El sentido de las técnicas lo otorga la filosofía.

Pues bien, las terapias de tercera generación son también modélicas e inusitadamente claras y distintas en encontrar principios terapéuticos, más que en idear técnicas específicas. No es que las terapias de tercera generación no desarrollen técnicas o no las tomen de donde sea (de otras terapias o del sentido común), que de hecho lo hacen continuamente, sino que el énfasis está en la filosofía, en el porqué y el para qué: desenredar al individuo de sí mismo y resituarlo en la vida, más allá de sí mismo, sobre un horizonte de sentido.

En coherencia con el énfasis en las dimensiones clínicas comunes, más que en los mecanismos específicos de los trastornos, las terapias de tercera generación enfatizan los principios terapéuticos generales, más que las técnicas específicas. El cuadro 2.3 resume la innovación clínica que suponen las terapias de tercera generación respecto de las "terapias tradicionales" y la alternativa que ofrecen a los problemas planteados con los sistemas diagnósticos y la pluralidad terapéutica.

Cuadro 2.3. Innovación clínica de las terapias de 3. generación

	Terapias tradicionales (modelo médico)	*Terapias de 3.ª generación (modelo contextual)*
Problema 1	Insatisfacción con los sistemas diagnósticos (mecanismos específicos)	Dimensiones comunes transdiagnósticas
Problema 2	Enigma de las diversas terapias eficaces (técnicas específicas)	Principios generales

La innovación clínica se complementa con la recuperación de la perspectiva contextual. A su vez, la perspectiva contextual fundamenta la innovación clínica señalada. La perspectiva contextual viene a renovar el modelo médico que subyace a los problemas que plantean las terapias tradiciones. Aquí "terapia tradicional" se hace equivalente a terapia de modelo médico, por más que sea en términos psicológicos. Más en particular, se apunta a la terapia cognitiva o cognitivoconductual como la mayor modalidad hoy de terapia psicológica de modelo mé dico, aun cuando no esté reconocida como tal o en su caso se considere sin obj eciones (como si fuera inevitable o incluso loable).

2.2. Recuperación de la perspectiva contextual

Las terapias de tercera generación vienen a recuperar la perspectiva contextual que la terapia cognitivo-conductual (segunda generación), habría perdido de la terapia de conducta clásica (primera generación). Si la terapia de conducta clásica se erigió y caracterizó como un enfoque ambientalista (contextual) respecto del enfoque intrapsíquico de carácter psicodinámico dominante entonces, cuando la terapia de conducta surgió en la década de 1950, las terapias de tercera generación vienen a recuperar la perspectiva contextual respecto de la perspectiva intrapsíquica de carácter cognitivo que ha adoptado la terapia cognitivo-conductual. En la perspectiva de la terapia de tercera generación, la terapia cognitiva o cognitivo-conductual, sin menoscabo de sus méritos, supone una recaída en un modelo médico, interiorista, intrapsíquico, al situar dentro del individuo la clave y mecanismos del problema y el lugar al que dirigir la intervención. A su vez, esta mirada intrapsíquica fácilmente va en detrimento y suplanta la mirada contextual, ambiental. Aun cuando un enfoque psicológico intrapsíquico no ignora el carácter interactivo, socioambiental y contextual de los problemas psicológicos, su mirada dentro del individuo, más que un mero énfasis, supone toda una concepción intemalista (procesamiento de la información, etc.) que, amén de mecanicista, termina por suplantar el mundo de la vida y la situación dentro de la que está el propio individuo.

Sabido que un enfoque psicológico como el cognitivo o el psicodinámico no ignoran ni reniegan de los factores ambientales, ni tampoco se definen como modelo médico, en su sentido interiorista, internista, no es fácil de percibir el carácter médico intrapsíquico, no contextual, que se les reprocha desde una perspectiva enfáticamente contextual. Puesto que el aspecto contextual no es una cuestión de todo o nada, sino de más o menos, y puesto también que el modelo médico no es una identificación convicta y confesa que tengan las terapias de sí mismas, se hace preciso decir qué es el modelo médico y cómo un enfoque psicológico puede ser, a pesar de todo, un modelo médico o puede incurrir en él, aun sin pretenderlo. Esta cuestión merece todo un capítulo, al que se dedicará el siguiente. Sin embargo, a tenor del presente capítulo, la perspectiva contextual se ha de apuntar a la cuenta de las aportaciones de las terapias de tercera generación: junto con y como complemento de las innovaciones clínicas que se acaban de señalar.

PARTE II

Las terapias de tercera generación como terapias contextuales

3

Modelo médico y modelo contextual de terapia psicológica

El modelo médico predomina en las concepciones y en las prácticas clínicas, tanto en psiquiatría como en psicología clínica. No es de extrañar e, incluso, parece obvio que así sea. ¿No son los trastornos psicológicos, psiquiátricos o mentales, trastornos, dolencias o enfermedades como otras? ¿No es la psiquiatría una especialidad médica? ¿La propia psicología clínica no es también una especialidad a imagen y semejanza de la psiquiatría? ¿No se caracteriza la psicología clínica por ser precisamente clínica, con actividades como diagnóstico y tratamiento o terapia? La implantación del modelo médico como idioma común en psiquiatría y psicología se encuentra en el uso generalizado del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM, por sus siglas en inglés) de la Sociedad Americana de Psiquiatría (APA: American Psychological Association), cuya última versión es el DSM-5. Y, para el caso, lo mismo se diría de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuya última versión es el CIE-11. Dejando aparte si el sistema de la OMS supone una elaboración de los trastornos mentales menos corporativista e "interesada" que el de la APA, por lo que se suele recomendar entre los psicólogos el uso del sistema CIE, la cuestión aquí se plantea más en términos ontológicos (qué tipo de cosa son los trastornos) que institucionales (de qué organismo servirse o a cuál servir).

¿Qué pasa con el modelo médico? ¿Cuál es el problema? ¿No existe un modelo psicológico? ¿No es ya un modelo psicológico una alternativa al modelo médico? Pero ¿qué es el modelo médico? Se empezará por caracterizar el modelo médico para ver su inadecuación cuando se aplica a los trastornos psiquiátricos. A continuación se verá la presencia y vigencia del modelo médico en la terapia psicológica. La idea, por anticipar el final, es mostrar que el modelo médico no es inevitable y, de hecho, la psicología ofrece una alternativa, identificada como modelo contextual.

3.1. A vueltas con el modelo médico

La psicología parece ser la única disciplina clínica que tiene problemas con el modelo médico. En psicología, el tema del modelo médico es prácticamente crónico, como si ya no se pudiera librar de él y, a la vez, tener que cuestionarlo continuamente. La medicina no tiene problemas con el modelo médico de enfermedad. No es fácil, si es el caso, encontrar en textos de medicina capítulos sobre la cuestión del modelo médico, como ocurre en psicología (prueba de ello es este mismo capítulo). La psiquiatría, por más que especialidad médica y por más también que vive del modelo médico, no está exenta de su continuo cuestionamiento, por lo mismo que en psicología clínica. Por lo pronto, tanto en psiquiatría como en psicología existe una pluralidad de enfoques o modelos, entre ellos el médico, pero también otros de carácter psicológico, interpersonal o social, e incluso antipsiquiátricos y de psiquiatría crítica y también de psicología crítica. Se reconocerá que la psiquiatría como especialidad médica es única en disponer de diferentes enfoques, sistemas o modelos (biológico, psicodinámico, fenomenológico, interpersonal, social). Mientras que no tiene sentido y dejaría estupefacto a un médico, sea por caso, un nefrólogo, cardiólogo, neumólogo o neurólogo, al que se le preguntara de qué escuela es o qué enfoque teórico sigue, tiene sentido y no debiera sorprender al psiquiatra. La cuestión del modelo médico concierne, pues, a la psiquiatría y a la psicología, siembre a vueltas con él.

3.1.1. Variedades del modelo médico

El caso es que no existe un modelo de enfermedad, sino varios. Sin pretensión exhaustiva, sino únicamente por mostrar la variedad, se señalarán sucintamente algunos modelos con repercusión en psiquiatría y psicología, empezando por el modelo de infección.

El modelo de infección o de enfermedad infecciosa se refiere a la alteración tisular, local o generalizada, con respuesta inmunológica, causada por microorganismos patógenos (hongos, bacterias, virus). Se trata de un modelo prototípico de enfermedad, por su claridad etiológica y de tratamiento. Aparte de su presencia en psiquiatría y psicología como analogía de un agente o influencia externa que entra en la mente, psique o cerebro (cuando se dice, por ejemplo, que se le ha metido a alguien una idea u obsesión en la cabeza o se da una "epidemia" por contagio de histeria o de algo), su presencia más sutil se encuentra seguramente en relación con la teoría de la vulnerabilidad-estrés o diátesis-estrés. El estrés funciona como agente externo, cuya influencia patógena o no (sintomática o no sintomática, acaso subclínica) dependerá de la capacidad de resistencia o resiliencia del huésped (hospedero), es decir, de su vulnerabilidad o predisposición.

El modelo traumático de enfermedad, debido a una lesión por la contundencia del "golpe" recibido, tiene su presencia psiquiátrica y psicológica, casi literal, en la teoría del trauma, epitomizado en el trastorno de estrés postraumático. Una experiencia traumática (súbita o continuada) da lugar a experiencias emocionales posteriores, indicativas de "lesiones", "daños" o "alteraciones" psíquicas perdurables, imperceptibles a la vista, pero visibles en sus síntomas.

El modelo orgánico refiere un modelo de enfermedad definido por el órgano alterado, cualquiera que fuera su causa, infecciosa, traumática, tumoral, genética o epigenética. El órgano por antonomasia de las enfermedades psiquiátricas sería el cerebro. La identificación de la psiquiatría como neuropsiquiatría sugiere esta tendencia. Aun cuando una alteración estructural o funcional del cerebro excluiría la condición psiquiátrica para ser neurológica, como ha ocurrido hasta ahora a lo largo de la historia de la psiquiatría, lo cierto es que el cerebro es el órgano de referencia para los trastornos psiquiátricos, psicológicos o mentales, en la perspectiva biomédica de la psiquiatría. La propuesta de convertir la psiquiatría en neurociencia clínica, al hilo del auge de la neurociencia, muestra también el auge del modelo orgánico de enfermedad en psiquiatría.

Aunque se trata de una propuesta suicida para la psiquiatría porque, de cumplirse, la psiquiatría dejaría de existir para disolverse en la neurología o en neurociencia, afortunadamente, para la subsistencia de la psiquiatría, semejante propuesta es más que nada una fantasía si es que no un delirio. Se sabe cada vez más del cerebro pero, no por ello, se sabe más de los trastornos psiquiátricos, incluso menos, debido a lo que el cerebrocentrismo deja fuera de estudio y consideración: lo que realmente les pasa a los pacientes. Entretanto, la psiquiatría vive boyantemente de la ambigüedad, si es que no disfrutando del delirio de convertirse en neurociencia clínica, pensando que algún día dispondrá, por ejemplo, de test para la depresión como hay para la próstata y de neuroimágenes como existen radiografías pulmonares. Este éxito supondría el deceso de la psiquiatría como disciplina, pero la cuestión no es su defunción, sino que la naturaleza de los problemas en cuestión no son reductibles a estructuras y funciones orgánicas.

La consideración de la mente o psique como órgano, aparato o sistema, sea fundido o confundido con el cerebro o funcionalmente separado como computación, procesamiento de información o sistema cognitivo (Freud diría aparato psíquico), en todo caso, una suerte de "fantasma en la máquina", se presta también, a su manera, a la concepción orgánica u organocéntrica en psicología clínica, señalada a veces como neurociencia cognitiva. Las teorías neurocognitivas de la esquizofrenia como déficits en la monitorización o sesgos de atribución, etc., serían versiones psicológicas de enfermedad orgánica.

El modelo sistémico o de enfermedad sistémica refiere la alteración de todo un sistema como, por ejemplo, el sistema inmunitario, cuando se vuelve contra el propio cuerpo, una alteración multiorgánica como, de hecho, son las enfermedades autoinmunes (sea por caso, la artritis reumatoide) u otras alteraciones más difusas como el síndrome de fatiga crónica. El modelo sistémico tiene vigencia en psiquiatría a propósito, por ejemplo, del trastorno bipolar considerado como una enfermedad inflamatoria, donde se habla de toxicidad multisistémica de los episodios agudos (Goldstein, Kemp, Soczynska y McIntyre, 2009). El síndrome de fatiga crónica se ha ofrecido como el mejor modelo de enfermedad para la esquizofrenia, después de una revisión de lo que se sabe hoy (Keshavan, Nasrallah y Tandon, 2011). ¡Quién lo iba a decir, que el mejor modelo de enfermedad para la enfermedad por antonomasia de la psiquiatría, como pasa por ser la esquizofrenia, sea un modelo difuso y de dudosa entidad, un síndrome sin "categoría" de enfermedad, como el síndrome de fatiga crónica! Esto en nada merma la entidad y gravedad de la esquizofrenia, solo que acaso el modelo de enfermedad no esté a la altura del trastorno.

El síndrome metabólico, aunque no una enfermedad sino un síndrome, refiere una conjunción de varias enfermedades o de factores de riesgo que aumentan la probabilidad de una enfermedad cardiovascular o de diabetes. El síndrome metabólico incluye condiciones como hipertensión, triglicéridos y obesidad. Este síndrome también se ha propuesto como modelo de la esquizofrenia, por mor de integrar la heterogeneidad de síntomas que la caracterizan y en particular subcategorías prominentes de un síndrome de desregulación (Van Os, 2009). Más allá de la evidencia para invocar la enfermedad inflamatoria como modelo del trastorno bipolar y el síndrome de fatiga crónica y el síndrome metabólico como modelo de la esquizofrenia, lo que en realidad parece la invocación de estos modelos es la desesperación de la psiquiatría, agarrándose a lo que sea para, esto es lo que parece, salvar su especialidad médica. Siendo legítimo investigar todo lo que esté relacionado con los fenómenos de estudio y loable proponer modelos "imaginativos", el problema de estas propuestas es lo que dejan fuera por investigar, acaso lo principal: la vida y circunstancias de las personas que tienen problemas psiquiátricos.

El modelo biopsicosocial se ha propuesto en medicina, ya en la década de 1970, como alternativa integrada de aspectos que quedan fuera de los distintos modelos de enfermedad al uso. El modelo biopsicosocial fue adoptado en "salud mental" como una bendición y, de hecho, forma parte de los discursos más aplaudidos. Sin embargo, en la práctica, el modelo biopsicosocial terminó por ser la mejor coartada para un modelo biomédico revestido con indumentaria psicológica y social, del gusto de los más "progres" del lugar. Ya debiera hacer sospechar que uno de los mayores defensores del modelo sea la industria

farmacéutica. A lo que parece, con tal de que no falte lo bio, para el caso la medicación, lo psico y lo social van en el lote, como marchamo. Porque, como es sabido, el modelo biopsicosocial, si no es en realidad el modelo bio-bio-bio en el que cayó la psiquiatría, es en el mejor de los casos un eclecticismo que "reparte" la tarta de la salud mental para psiquiatras de pastilla y psiquiatras y psicólogos de la psique (psicodinámicos y conductuales) y del medio social. El psiquiatra Nassir Ghaemi ha desvelado la historia y usos de este reparto de "tarta" en su libro Ascenso y caída del modelo biopsicosocial (Ghaemi, 2009). En el cuadro 3.1 se resumen estas variedades del modelo médico, con señalamiento de su presencia en psicología y psiquiatría.

Cuadro 3.1. Variedades del modelo médico y su presencia en psiquiatría y psicología

Variedades del modelo médico de enfermedad	*Presencia en psiquiatría / psicología*
Infecciosa	Vulnerabilidad-estrés
Traumática	Experiencias traumáticas; trastorno de estrés pos-traumático
Orgánica	Neuropsiquitaría; neurociencia clínica; teoría neuro-cognitiva de la esquizofrenia
Sistémica	El trastorno bipolar como enfermedad inflamatoria; el síndrome de fatiga crónica como modelo de la esquizo-frenia
Síndrome metabólico	Síndrome de desregulación de saliencia de la esquizo-frenia
Modelo biopsicosocial	Modelo y discurso en “salud mental”

En general, el modelo médico, con sus variantes, supone una condición etiológica interna (lesión, déficit, alteración), de origen externo (infección, trauma) o interno más o menos conocido (genético, sistémico, tumoral), que se manifiesta en síntomas (quejas, experiencias, expresiones, malestares del paciente) y signos clínicos (dados a la observación, exploración, análisis de laboratorio, radiografías), todo lo cual permite al clínico establecer un síndrome o un diagnóstico de la enfermedad y, así, ofrecer un tratamiento y un pronóstico. El esquema del modelo destilado de sus variantes podría ser el siguiente, según la figura 3.1.

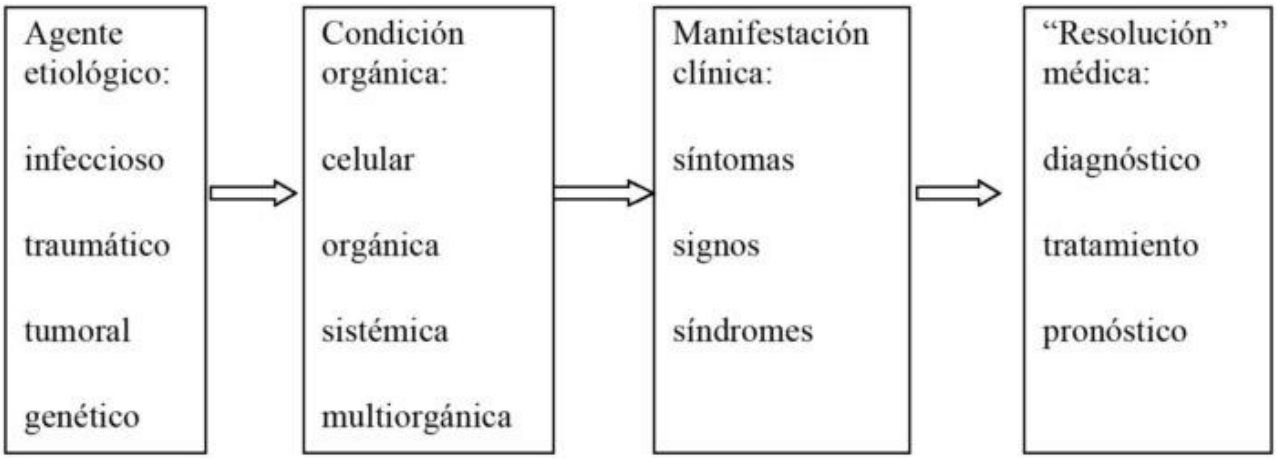


Figura 3.1. Esquema sintetizado del modelo médico

3.1.2. El modelo psicofarmacológico

Con todo, y sin que desdiga del esquema de la figura 3.1, el modelo médico de enfermedad más implicado en psiquiatría y el que tiene más impacto en psicología es probablemente el modelo psicofarmacológico. El tratamiento psicofarmacológico se ha erigido a sí mismo en un modelo de enfermedad, que ha terminado por establecer diagnósticos y etiologías. Así, la investigación y el marketing farmacéutico definen nuevas categorías diagnósticas (trastorno de pánico, ansiedad social) y relanzan otras (depresión, trastorno bipolar), en todo caso, definidas por los síntomas sensibles a la medicación. Y, más que eso, proponen una explicación etiológica a su medida, de acuerdo con un razonamiento ex juvantibus, de adelante hacia atrás, consistente en postular como causa aquello que ayuda a remediar o aliviar los síntomas.

El prototipo de este argumento ex juvantibus (literalmente, "desde lo que ayuda") es la teoría del desequilibrio de la serotonina de la depresión. Dado que el funcionamiento de los preparados consiste en la "recaptación de serotonina", se supone que la depresión que "alivian" se debe a "falta" de serotonina en las sinapsis. Este razonamiento equivale a decir, más o menos, que el dolor de cabeza que alivia la aspirina se debe a falta de ácido acetilsalicílico. Un razonamiento similar no deja de estar funcionando también en la teoría de la dopamina en relación con la esquizofrenia. Los "estabilizadores del humor" también están en esta línea argumental, cuando esta expresión no es más que un eslogan y concepto-paraguas que da cobertura a una diversidad de fármacos que lo único que tienen en común es que "reducen" episodios bipolares. Sin embargo, la expresión da a entender que estabilizan y reequilibran supuestos desequilibrios químicos. Aunque no se sabe de nadie al que se le diera o quitara la medicación antidepresiva, antipsicótica o un

estabilizador del humor a resultas de un análisis de serotonina, dopamina o de la "química" bipolar que sea, a diferencia, por ejemplo, de la regulación de la glucosa después de un análisis de azúcar en sangre, estos preparados se "venden" como si tal cosa: como si fueran específicos y "selectivos" de una causa química, cuando no son sino sintomáticos (en esto como los "antigripales").

El modelo médico-psiquiátrico psicofarmacológico al que se refiere se puede describir de acuerdo con cuatro dimensiones: explicación, mecanismo causal, tratamiento y criterio de eficacia. La explicación del modelo psicofarmacológico es en términos neurobiológicos, referidos a estructuras neuronales, conexiones y procesos neuroquímicos. El mecanismo causal se refiere a circuitos defectuosos y desequilibrios químicos (serotonina, dopamina). El tratamiento consiste en medicación supuestamente específica para el trastorno y mecanismo alterado (antidepresivo, antipsicótico, ansiolítico, estabilizador del humor). El criterio de eficacia es ante todo la reducción de síntomas, particularmente en protocolos de investigación, sobre escalas a propósito. El cuadro 3.2 expone esquemáticamente estas cuatro dimensiones del modelo psicofarmacológico.

Cuadro 3.2. Dimensiones del modelo psicofarmacológico

Dimensiones	*Modelo psicofarmacológico*
Explicación	Neurobiológica (estructuras y conexiones neuronales; procesos neuro-químicos)
Mecanismo	“Avería interna” (circuitos defectuosos y desequilibrios químicos)
Tratamiento	Medicación supuestamente específica (antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos, estabilizadores del humor)
Eficacia	Reducción de síntomas

3.1.3. Los trastornos psicológicos no son enfermedades

El problema del modelo médico, cualquiera que sea su variante, es que, en realidad, los trastornos psiquiátricos (psicológicos o mentales) no son propiamente enfermedades. Para empezar, no constituyen categorías diagnósticas con entidad definida. Los sistemas diagnósticos al uso, típicamente el DSM, puede que tengan fiabilidad, pero no por ello tienen validez, que sería lo relevante. Una medida puede ser fiable y, sin embargo, de poca utilidad o validez para el propósito que se mide. Las pecas y los lunares se pueden definir y diagnosticar con total precisión y fiabilidad, sin que por ello tengan utilidad y validez para diagnosticar un melanoma (Angell, 2011). Lo mismo se puede decir en relación con los

diagnósticos: acaso fiables pero con escasa validez. La falta de validez se refiere a sus tres aspectos: discriminante, predictiva y conceptual.

La falta de validez discriminante o de contenido constata la fluidez, sin una clara delimitación, entre diagnósticos y de éstos respecto de la "normalidad". La frecuente comorbilidad, el NOS (Nor Otherwise Specified) como uno de los diagnósticos más frecuentes y la invención de nuevas categorías clínicas son pruebas evidentes de esta falta de validez de las categorías al uso. El problema es que los diagnósticos tipo DSM dejan fuera buena parte del contenido de lo que les pasa a los pacientes.

El problema de la validez predictiva es que los diagnósticos no sirven para predecir la evolución, ni tampoco la respuesta al tratamiento: La "resistencia al tratamiento" es un diagnóstico que, amén de tautológico, pone en evidencia la validez predictiva, convirtiendo el fallo de la medicación en un criterio diagnóstico.

La miseria de la validez conceptual o de constructo es que los diagnósticos se establecen sin saber qué son los fenómenos clínicos diagnosticados, si, por ejemplo, la esquizofrenia es una entidad, varias o ninguna. La cantidad de subtipos de trastornos prueba la indigencia conceptual del diagnóstico para identificar aspectos esenciales o nucleares de los fenómenos clínicos.

Por si faltara algo, no existen, por más que se buscan, pruebas objetivas, de laboratorio, radiográficas, neuroimágenes (las tan cacareadas neuroimágenes carecen de valor diagnóstico), ni examen sobre el que se pueda decir que algo es o no es un trastorno mental (Frances y Widiger, 2012; Paris, 2008).

Se ha propagado la consideración de los trastornos psicológicos como "enfermedades como otras cualesquiera", supuesto que hacerlo así era "políticamente correcto", con miras a la reducción de estigma. Se suponía que la compasión y la benevolencia dispensadas a los enfermos de condiciones fisiológicas serían extensibles y beneficiosas para aquellos con trastornos mentales. El objetivo era y es que, de esta manera, los pacientes serían vistos como víctimas de enfermedades más allá de su control y consecuentemente no serían culpables de su problema. El culpable sería el cerebro y una suerte de lotería genética negativa.

El caso es que la noción de enfermedad, lejos de evitar el estigma, es, en realidad, estigmatizarte. Así, se ha visto que las personas con supuestas enfermedades mentales son tratadas con distancia y consideradas como imprevisibles y poco fiables, incluso por los

familiares y los propios clínicos (Read, Haslam, Sayce y Davies, 2006; Van Dorn, Swanson, Elbogen y Swartz, 2005). Asimismo, a los pacientes a los que se les da a entender que el trastorno tiene causas biológicas, consideran que el tratamiento requerido llevará más tiempo, son más pesimistas acerca de la mejoría y adoptan un papel más pasivo ante los clínicos y su propio problema que si se les da a entender que tiene causas psicológicas (Lam y Salkovskis, 2007).

Es más, las personas con problemas caracterizados en términos de enfermedad son tratadas con más dureza que si se caracterizan en términos psicológicos, como se ha visto en estudios experimentales siguiendo el paradigma de Milgran. Los participantes llegaban a aplicar supuestamente shocks más fuertes en una tarea de aprendizaje a los "aprendices" que, según se había sugerido, habrían padecido una "enfermedad mental", que a los que habían tenido "dificultades psicológicas" o nada en especial (Metha y Farina, 1997). Esto apunta a que la "condición biológica" genera el estigma de ser diferente, dando lugar a la conocida forma de deshumanización mecanicista, en la que los seres humanos son vistos como autómatas, inertes, rígidos y carentes de autonomía (Haslam, 2006).

En consecuencia, la política de que los trastornos psicológicos son como cualquier otra enfermedad no sólo no ha evitado el estigma sino que lo ha aumentado en varias dimensiones más. Por el contrario, la presentación de los problemas psicológicos como lo que son (problemas, dificultades, crisis) no es estigmatizante y es a la vez política y científicamente correcta.

Si no son enfermedades, ni siquiera entidades diagnósticas válidas, cómo es que se han establecido y perduran. Frances y Widiger (2012) señalan ocho fuerzas contextuales que lo explican:

-El DSM a partir de 1980 hizo el diagnóstico interesante y accesible a la gente, con sus definiciones claras, para el autodiagnóstico y su uso familiar. El más de un millón de ejemplares vendidos del DSM se entiende que no ha sido solamente a profesionales e instituciones.

-Es bastante fácil reunir los criterios para uno u otro diagnóstico. Los umbrales diagnósticos son bajos y fluidos con aspectos de la vida cotidiana.

- Aunque la industria farmacéutica no fue capaz de desarrollar nuevos y mejores medicamentos en los últimos 30 años, en lo que sí tuvo enorme éxitofue en lanzar eslóganes eficaces (desequilibrio de la serotonina, estabilizador del humor) y en

influir sobre la población general, los pacientes, los clínicos, las asociaciones y los programas de investigación.

-Los grupos que defienden los derechos de pacientes y familiares y luchan contra el estigma pueden, a pesar de sus buenas intenciones, contribuir a la expansión de los trastornos que no están diagnosticados todavía. La ayuda de la industria farmacéutica que suelen recibir estos grupos acaba por hacer el resto.

-No es una casualidad la reciente epidemia de trastornos infantiles (TDHA, trastorno bipolar), promovida por la industria farmacéutica en su búsqueda de nuevos mercados y por la provisión de diagnósticos oficiales si figuran en el DSM.

-Internet también se presta a contribuir a la expansión de epidemias. Los sitios de la red consistentes en foros y sistemas de apoyo pueden llevar más o menos inadvertidamente a una inflación de autodiagnósticos.

-Los medios de comunicación se alimentan del interés del público en trastornos mentales, a la vez que alimentan este interés. Las crisis de famosos aireadas en público tienen importantes efectos en la sensibilización de la gente hacia ciertos trastornos (últimamente, el trastorno bipolar).

-Vivimos en una sociedad de perfeccionistas en lo que se espera de la vida y de intolerantes para con lo que antes no era más que estrés normal y esperable y se consideraban diferencias individuales (por ejemplo, el tímido convertido en un fóbico social).

Con todo, aun siendo el enfoque psicológico distinto y alternativo al modelo médico, no deja de participar de este modelo. Esto es así, aun cuando el modelo médico de psicoterapia se plantea en términos psicológicos. Parecerá que el modelo médico es inevitable en psicología clínica, pero tampoco es así, como se verá. A continuación, se va a identificar el modelo médico de terapia psicológica.

3.2. El modelo médico de terapia psicológica

Aunque el modelo médico de psicoterapia o terapia psicológica tiene seguramente tantas modalidades como variantes hay del modelo médico psiquiátrico, destacando entre ellas los modelos del trauma y el biopsicosocial, el modelo psicofarmacológico es probablemente el más influyente y, a la vez, el menos evidente. Su influencia se aprecia en el movimiento de los tratamientos psicológicos eficaces, donde las terapias psicológicas, con la terapia

cognitivo-conductual a la cabeza, se han tenido que medir con la medicación como tratamiento de referencia (Pérez Álvarez, Fernández Hermida, Amigo Vázquez y Fernández Rodríguez, 2003). Sin dejar de reconocer su gran mérito en encabezar este movimiento, la cuestión ahora es que la terapia cognitivo-conductual ha adoptado el modelo médico, de una manera no del todo evidente, en la medida en que su lenguaje y modelos explicativos son enteramente psicológicos, por lo que parecen una alternativa al modelo médico. Y aunque en cierta manera la terapia cognitivo-conductual es una alternativa al modelo biomédico, no deja de participar de las constricciones e inadecuaciones del modelo médico. El modelo médico de terapia psicológica o modelo del déficit como también se podría decir, tomando la terapia cognitivo-conductual como referencia, se caracteriza, en analogía con el modelo psicofarmacológico, por los cuatro rasgos siguientes.

1. El modelo médico de psicoterapia o de terapia psicológica propone una explicación psicológica interna de los trastornos mentales (psicológicos o psiquiátricos), sea en términos psicodinámicos o, más frecuentemente hoy día, en términos cognitivos (de procesamiento de información y demás). Allí donde el modelo psiquiátrico psicofarmacológico ofrece una explicación neurobiológica, el modelo médico psicológico (por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual) ofrece una explicación psicológica. A pesar de los diferentes términos, neurobiológicos unos y psicológicos otros, ambos modelos se mantienen en los mismos límites de un modelo internista.

2. El modelo médico de psicoterapia supone una disfunción o déficit en el funcionamiento psicológico, típicamente un esquema cognitivo (por ejemplo, un esquema depresógeno), como causa del trastorno. Allí donde el modelo psicofarmacológico supone una avería neurobiológica, típicamente un desequilibrio neuroquímico (por ejemplo, un desequilibrio de la serotonina), el modelo médico psicológico (en particular, la terapia cognitivo-conductual) supone una disfunción, déficit o defecto psicológico. De ahí que este modelo también se pudiera denominar modelo del déficit o deficitario. Aparte de que un supuesto defecto sea neurobiológico o psicológico no se ha establecido como causa específica de ningún trastorno mental, semejantes modelos incurren en una visión mecanicista de los trastornos. Al fin y al cabo, un trastorno no es una enfermedad, como a menudo se sobreentiende y se da a entender.

3. El modelo médico de psicoterapia aplica técnicas específicas para cada trastorno, supuestamente dirigidas a reparar o reestructurar la disfunción subyacente. Allí donde el modelo psicofarmacológico ofrece la medica ción indicada para cada

trastorno, el modelo médico psicológico (terapia cognitivo-conductual) ofrece una técnica específica, típicamente, de reestructuración cognitiva para los esquemas, creencias o cogniciones subyacentes correspondientes (esquema de la depresión, esquema del pánico, etc.). La cuestión es que no hay tratamientos específicos, ni psicofarmacológicos ni psicológicos, que reparen la supuesta causa del trastorno porque, como se ha dicho, una tal causa no está establecida. Así, por ejemplo, los psicofármacos que van bien para un trastorno (por ejemplo, contra la depresión) también van bien para otros trastornos, distintos de aquel para el que fueron diseñados o, mejor se diría, comercializados. Por otro lado, cuando los psicofármacos van bien, por ejemplo, porque reduzcan la sintomatología psicótica (tales como voces o alucinaciones), no es así porque actuaran en el sitio y proceso causante de las voces, sino porque producen un rebajamiento neurocognitivo general que quizá "pille" de paso las voces. Los psicofármacos, en particular antidepresivos y antipsicóticos, son en este sentido como los antigripales, en el mejor de los casos un tratamiento sintomático que puede aliviar los síntomas, pero no un tratamiento etiológico que actuara específicamente, o como se da a entender, "selectivamente" en las causas del trastorno.

Los tratamientos psicológicos tampoco son específicos en este sentido etiológico - por las mismas razones. Prueba de ello es que tratamientos relativamente distintos tienen una eficacia bastante similar. Esto no quiere decir que cualquier procedimiento valga para cualquier cosa - por ejemplo que el tratamiento de la enuresis valga para el trastorno de pánico-, como tampoco cualquier psicofármaco se puede administrar a cualquier trastorno. La cuestión es que no hay técnica psicológica por específica que se presente para un problema que pueda funcionar al margen (del contexto) de la relación terapéutica. Al fin y al cabo, un psicofármaco que se precie puede ser efectivo, valga por caso, tomado en la sopa, sin especial relación terapéutica, aunque, por cierto, sin tal relación apenas son efectivos, los que lo son. En este sentido, toda técnica psicológica específica es dependiente del contexto de la terapia: relación terapéutica, explicación del problema, etcétera. El diablo de la eficacia terapéutica no parece estar en los detalles (Pérez-Álvarez, 2013).

4. El modelo médico de psicoterapia tiene como criterio de eficacia la reducción de los síntomas que definen un cuadro clínico. Allí donde el modelo psicofarmacológico "escucha al fármaco", preguntando al paciente en función de las mejorías sensibles a la medicación (no en función del problema presentado), el modelo médico psicológico (en particular, la te tapia cognitiva) parece escuchar más a un sujeto

nomotético, genérico, que procesa mal la información como todos los que la procesan mal, que propiamente a un sujeto individual, único, cuyos síntomas pudieran incluso estar cumpliendo una función adaptativa en sus circunstancias (en vez de revelar un supuesto déficit cognitivo). Un enfoque clínico que cifre su eficacia en la reducción de los síntomas, como parece ser lo propio de un modelo médico o del déficit, difícilmente considerará la eventualidad de que un paciente haya mejorado o incluso superado el problema si aún tiene síntomas. Pero, podría ser el caso que alguien siga teniendo síntomas de acuerdo con las listas de síntomas de turno y, sin embargo, éstos no sean ahora un problema que trastorne su vida. En este sentido, puede que haya mejorado más aquel que sigue oyendo voces y, sin embargo, ha retomado las cosas que importan en su vida, que aquel que ya no las oye (gracias a la medicación) pero que tampoco está realizando su vida, otra cosa que tomar la medicación. El cuadro 3.3 presenta una comparación esquemática del modelo psiquiátrico (psicofarmacológico) y el modelo médico de terapia psicológica (tomando como ejemplo la terapia cognitiva).

Cuadro 3.3. Comparación modelo médico y psicológico

Dimensión	*Modelo médico*	
	Psiquiátrico, psicofarmacológico	*Psicológico, (p. ej., terapia cognitiva)*
Explicación	neurobiológica (estructuras y conexiones neuronales; procesos neuroquímicos)	psicológica *intrapsíquica* (estructuras y procesos cognitivos)
Mecanismo	"Avería interna" (circuitos defectuosos y desequilibrios químicos)	"Avería interna" (disfunción cognitiva, por ejemplo, esquemas depresógenos)
Tratamiento	Medicación supuestamente específica (antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos, estabilizadores del humor)	Técnicas específicas (por ejemplo, reestructuración cognitiva para esto y lo otro)
Eficacia	Reducción de síntomas	Reducción de síntomas

El modelo médico de psicoterapia o terapia psicológica no es inevitable. De hecho, la crítica al modelo médico de psicoterapia y el ofrecimiento de alternativas es una constante en la historia de la psicoterapia, empezando por la psicoterapia humanista y la terapia de conducta antes de su alianza con la terapia cognitiva constituyendo la citada tendencia

cognitivo-conductual. Por lo que aquí respecta, se va a presentar el modelo contextual derivado de las terapias de conducta de tercera generación que, no en vano, se vienen denominando como terapias contextuales. A fin de percibir la alternativa que suponen, y a falta de ver las terapias concretas, se van a presentar sus diferencias con el modelo médico psiquiátricopsicofarmacológico y psicológico cognitivo-conductual. Estas diferencias ya saltan a la vista al considerar las dimensiones que caracterizan al modelo médico, por lo que se refiere en particular a mecanismos, técnicas específicas y criterio de eficacia. De hecho, las dimensiones que sirven para caracterizar el modelo médico no son las adecuadas para caracterizar el modelo contextual.

3.3. El modelo contextual de terapia psicológica

El término contextual y en su caso contexto es, sin duda, uno de los más agraciados en prácticamente todos los ámbitos humanos, incluyendo la psicoterapia. Toda actividad humana se ha de entender en su contexto. No hay nada que no tenga un contexto de referencia. No considerar el contexto, o sacar algo de contexto, es malentenderlo o no entenderlo siquiera. El contexto es el universo del discurso en el que se ha de entender lo que decimos y hacemos, la diégesis de un relato o de una película, o el marco de referencia que da sentido a la experiencia y actividad humana: siempre en algún contexto.

En relación con las terapias psicológicas, no hay ninguna que no se reconozca como contextual de algún modo y mucho menos que se reconozca como no contextual o anticontextual. En cierta manera, todas las terapias son contextuales, por lo que se refiere a la consideración del contexto biográfico, interpersonal, social y cultural. No se niega el "derecho" contextual a ninguna terapia psicológica. Sin embargo, dentro de la contextualidad, hay sus más y sus menos y distintos modos de ser contextual. Así, una terapia de corte intrapsíquico, situando el lugar del entendimiento psicológico dentro de la psique o la mente, como cosa del funcionamiento del inconsciente o del procesamiento de la información, es contextual, en la medida en que lo sea, de una manera diferente a la terapia que sitúa el entendimiento de lo que pasa en relación con los escenarios del mundo de la vida en los que de hecho tienen lugar las actividades que hay que entender. No es igual de contextual una terapia intrapsíquica, donde los contextos sociales-interpersonales tienen un estatuto mental representacional, que una terapia interconductual, donde los contextos sociales-interpersonales tienen el estatuto presentacional, no dualista mental, del mundo de la vida en el que uno está (ser-en-el-mundo).

3.3.1. El modelo contextual en relación con el modelo médico

Con estas especificaciones, y sin menoscabo de los varios sentidos de contexto que todavía cabe reconocer en la perspectiva de las terapias contextuales (a especificar más abajo), se va a caracterizar el modelo contextual en relación con el modelo médico, de acuerdo con las cuadro dimensiones que se vienen utilizando (explicación, mecanismo, tratamiento y eficacia).

a)El modelo contextual de psicoterapia explica el trastorno en términos interactivos, funcionales y contextuales, y no como algo que estuviera defectuoso dentro del individuo (en el cerebro o en la mente), ni tampoco fuera (en la sociedad o en la cultura), sino en la historia coevolutiva de la persona y sus circunstancias. El trastorno o problema no estaría dentro de la persona sino sería, por así decirlo, la persona la que estaría dentro de unas circunstancias o situación problemática. Así, por ejemplo, la depresión no sería algo que uno tiene dentro, sino una situación dentro de la que uno está. Uno no tiene dentro la depresión: ni le ha entrado como una infección, ni le ha salido como un tumor.

Las circunstancias pudieron ser tan adversas como para moldear toda una forma de ser, estilo o carácter de la persona, sea por caso todo un carácter neurótico o psicótico. Tal carácter, estilo o modo de ser sería una forma de interactuar adaptativa, al menos, en su día y en todo caso un estilo aprendido en relación con un medio social, incluyendo el sistema familiar o sistema clínico (no una avería en el "sistema límbico", si se permite decirlo). Como tal estilo, no dejaría de reinfluir en su propio medio, generando determinadas formas de trato social. Los depresivos terminan por generar ambientes depresivos, los paranoicos terminan por ser mirados de manera especial y los "enfermos mentales" terminan como "enfermos". La expresión "persona con esquizofrenia", al sugerir que la "esquizofrenia" es una enfermedad del cerebro, deja fuera de consideración el modo característico de ser una "persona esquizofrénica" y el correspondiente trato social (Sass, 2007).

b)El modelo contextual de psicoterapia supone que el problema tiene que ver con la persona en sus relaciones con los demás y consigo misma - con sus propias experiencias, sentimientos, pensamientos y "eventos privados". El modelo contextual no supone que tenga que haber un defecto, déficit o disfunción en algún presunto mecanismo psicológico, como causa subyacente, a partir de la cual explicar el problema, entre otras cosas, porque los trastornos mentales (psicológicos o psiquiátricos) son posibilidades del ser humano, debidas más a la condición humana que a la condición natural. Se dice que son "posibilidades" humanas no por la obviedad de que si existen es porque son posibles, sino por la consideración

(antropológico-filosófica) del carácter abierto del ser humano, capaz de ser de diversas maneras, incluyendo las que podrían devenir problemáticas, pero tampoco porque éstas sean anormales - que fallen a una norma-, puesto que aún siendo problemáticas o incluso patológicas despliegan nuevas normas (Canguilhem, 1986). De hecho, los trastornos mentales no se pueden definir a partir de un supuesto diseño natural, normal, del que fueran un defecto o un mal funcionamiento.

c)El modelo contextual de psicoterapia se interesa más en proponer principios terapéuticos generales que en desarrollar técnicas específicas dirigidas a supuestos mecanismos. Se puede adelantar que las terapias de tercera generación han puesto de relieve dos grandes principios terapéuticos: la aceptación y la activación. Ya no se trata de técnicas específicas, sino de principios a implementar de diversas maneras, con las técnicas que sea. Así, la aceptación no significa resignación ni renuncia al cambio, antes bien es un acto positivo, un tanto paradójico, de cambio radical, como es cambiar el contexto de "lucha" en vano y contraproducente contra los propios síntomas en la que uno estaba sumido hasta entonces. Frente a este "circuito neurótico" en el que a menudo queda enredada la persona, el modelo contextual propone el abandono de la lucha contra los síntomas y, a la vez, la activación: un nuevo contexto en el que entender y vivir el problema. La activación consiste básicamente en reponer a la persona cara a la vida y en actuar en dirección a las cosas que le importan, otras que el empeño fracasado de quitar los síntomas, lo que acaso venga por añadidura. La activación supone actuar para cambiar la situación y circunstancias que están manteniendo el problema.

El modelo contextual jubila el papel de paciente pasivo y da de alta el papel de cliente activo, como cliente autosanador. La aceptación y la activación implican, a menudo, por parte del cliente tomar decisiones acerca de qué hacer con su vida. La cuestión de tomar decisiones es lo que suele subyacer, realmente, en el fondo de muchos problemas psicológicos, como, por cierto, también han visto otras terapias, entre ellas la psicoterapia adleriana y la terapia existencial.

d)El modelo contextual de psicoterapia mide su eficacia más por los logros personales en la dirección de los valores en los distintos dominios de la vida, que por la reducción de los síntomas de una lista. Una posible mejoría podría consistir en hacer algo valioso en uno de los dominios elegidos, a pesar de los síntomas que todavía podrían persistir como, por ejemplo, tristeza o voces. De todos modos, no se trata de tener que hacer siempre algo con el pesar de los síntomas, sino de llegar a cambiar el contexto en el que el problema y los propios síntomas ocurren: el contexto

socialverbal de uno respecto de sí mismo, tomando autodistancia. El cuadro 3.4 compara el modelo médico - psiquiátrico y psicológico - con el modelo contextual de acuerdo con las dimensiones utilizadas.

Cuadro 3.4. Comparación del modelo médico y el modelo contextual

Dimensión	*Modelo médico*		*Modelo contextual*
	Psiquiátrico	*Psicológico*	*Psicológico (contextual-conductual)*
Explicación	Neurobiológica	Psicológica *intrapsíquica*	Psicológica *interactiva* (funcional contextual)
Mecanismo	"Avería interna"	"Avería interna"	No mecanismo. Condición humana
Tratamiento	Medicación específica	Técnicas específicas	No técnicas específicas. Principios generales (aceptación, activación)
Eficacia	Reducción de síntomas	Reducción de síntomas	Cambiar la relación con los "síntomas" Logros positivos (ampliación del horizonte personal)

3.3.2. Distintos sentidos de contexto dentro de las terapias contextuales

Las terapias contextuales de tercera generación ponen en juego tres sentidos de contexto. Además del que resulta más obvio en una perspectiva conductista, referido al ambiente como medio, están el contexto de la relación terapéutica y el contexto social-verbal constitutivo de la persona.

El contexto como ambiente se refiere al medio en el que se desenvuelve la vida de la persona de que se trate. El ambiente de interés es el medio social y cultural, incluyendo los distintos ámbitos de la vida cotidiana (familia, relaciones sociales, formación, trabajo, etcétera) con sus normas y valores. En esta línea, el contexto es prácticamente equivalente al "mundo de la vida" de la fenomenología o a las "circunstancias" según Ortega. De las terapias citadas en el capítulo 1, la terapia conductual integrada de pareja y las terapias de activación conductual son las que más "explotan" esta dimensión: la primera como terapia de un problema de suyo interpersonal y la segunda como terapia consistente en activar a la persona a fin de modificar las condiciones ambientales que puedan cambiar su situación (por ejemplo, depresiva).

El contexto de la relación terapéutica se refiere al contexto dado por la psicoterapia, como lugar y ocasión en el que tener experiencias de aprendizaje que pudieran ser

correctoras y así reaprender nuevas formas de entender y tratar los problemas presentados. No se dejaría de referir aquí que el enfoque y marco conceptual de la terapia, la llamada rationale, viene a ser también un contexto en el que se explica, replantea e interpreta el problema. Tal es la importancia de este contexto que no sólo sirve para llevar a cabo la terapia sino que a veces él mismo es terapéutico (en la medida en que el problema cobra otro sentido y perspectiva). De las terapias citadas, la psicoterapia analítica funcional y la terapia de conducta dialéctica son las que más "explotan" esta dimensión. Ambas ponen en juego la relación terapéutica como ella misma una relación terapéutica.

El contexto relativo a la persona se refiere a la propia persona como sujeto social-verbal, que incorpora todo un pasado y se caracteriza por un modo de ser. Ni que decir tiene que la persona está en relación dialéctica con el mundo, en el sentido orteguiano de "yo soy yo y mi circunstancia". Una especificación del contexto dado por la persona es el contexto social-verbal de la terapia de aceptación y compromiso. El contexto social-verbal especifica las explicaciones, valoraciones y formas de control que uno ha aprendido acerca de sus sentimientos, pensamientos y demás eventos psicológicos. Se trata, en general, de las ideas, creencias y conocimientos (metacogniciones) que uno tiene sobre su propio funcionamiento, incluyendo los síntomas clínicos. El contexto social-verbal representa la cultura psicológica que uno tiene apre(he)ndida de acuerdo precisamente con el contexto social, lingüístico y cultural en el que ha socializado. De las terapias citadas, la terapia de aceptación y compromiso, la terapia cognitiva con base en mindfulness y la terapia cognitiva con base en la persona para las psicosis son las que más "explotan" esta dimensión. A su manera, cada una de ellas trata de cambiar la relación que la persona mantiene con sus propios síntomas (experiencias, sentimientos, pensamientos, obsesiones, voces, etcéte ra). El cuadro 3.5 expone las terapias que más "explotan" y más afinidad tienen con cada uno de los aspectos del contexto señalados.

Cuadro 3.5. Afinidad entre los aspectos del contexto y las distintas terapias con textuales

Aspecto o sentido de contexto	*Terapia más afín*
El ambiente como contexto social interpersonal	Terapia conductual integrada de pareja. Terapia de activación conductual.
La relación terapéutica como contexto experiencial y de aprendizaje	Terapia de conducta dialéctica. Psicoterapia analítica funcional.
La persona como contexto social verbal	Terapia cognitiva con base en mindfulness. Terapia cognitiva con base en la persona para las psicosis. Terapia de aceptación y compromiso.

Ni que decir tiene que los tres contextos (ambiente, relación terapéutica, persona) no sólo no se excluyen sino que se suponen mutuamente. El que unas terapias "exploten" más y tengan más afinidad con un contexto que con otro, no quiere decir que no estén suponiendo y considerando los otros. Así, la relación terapéutica es fundamental para cualquier terapia que se precie, incluyendo éstas que enfatizan la dimensión ambiental como la activación conductual: sin una buena relación terapéutica sería dificil "activar" a alguien que está muy deprimido. Por su parte, el cambio ambiental se espera que ocurra a partir de las nuevas experiencias, acciones y reacciones que se hayan aprendido en una relación terapéutica como la proporcionada por la psicoterapia analítica funcional o la terapia de conducta dialéctica. Asimismo, el posible cambio en la relación de uno con sus propios síntomas depende de una buena relación terapéutica - como la requerida para que el cliente haga algo que va probablemente en contra de su sentido común, como es "aceptar" los síntomas en vez de "eliminarlos" - y depende también de que su entorno (por ejemplo, familiares y otros clínicos) acepte sus síntomas sin las estigmatizaciones acostumbradas. A su vez, las terapias que enfatizan la relación terapéutica y el cambio ambiental cuentan también con que el cliente cambie su propia relación con los síntomas.

En los tres capítulos siguientes se va a exponer en sus fundamentos y procedimiento una terapia representativa de cada uno de esos aspectos o dimensiones del contexto, en concreto, la activación conductual, la psicoterapia analítica funcional y la terapia de aceptación y compromiso.

4

Psicoterapia analítica funcional

La Psicoterapia Analítica Funcional (PAF) es una terapia conductual, con base en el conductismo radical de Skinner, que se caracteriza por explotar la relación terapéutica al servicio de ayudar a los clientes con problemas que tengan que ver fundamentalmente con las relaciones interpersonales. La PAF es una de las primeras terapias de tercera generación que ya nació con su nombre y con un cuerpo teórico y aplicado formado, claro y distinto. Siendo una terapia conductual de clara y declarada raíz skinneriana tiene, no a pesar de ello, sino precisamente por eso, cierta afinidad con la psicoterapia psicodinámica (reconocida en el propio nombre), así como cuenta con una teoría del yo, tal vez sorprendente para terapeutas de conducta al uso.

4.1. Aspectos distintivos

Se señalarán algunos de sus aspectos distintivos, empezando por la importancia de la relación terapéutica. La PAF es única en el análisis psicológico que hace de la relación terapéutica, de interés no sólo para las demás terapias contextuales, sino para las psicoterapias de cualquier credo. En el estudio de la relación terapéutica destacan su posible equivalencia con las relaciones interpersonales en la vida cotidiana, las funciones del terapeuta como estímulo, la situación en terapia como situación social y el puente del lenguaje entre la terapia y la vida real.

4.1.1. Importancia de la relación terapéutica

La importancia de la relación terapéutica está reconocida por todas las terapias y muchas de ellas han hecho notables aportaciones. Freud, en primer lugar, ya sentó sus reales, al concebir la relación terapéutica como un pacto por el que el paciente se compromete a ser sincero y el clínico discreto. Con todo, el pacto freudiano no es un mero acuerdo, sino que supone una relación intensa que va a poner en juego la propia neurosis del paciente, transferida y proyectada sobre la figura del terapeuta, la llamada "neurosis de transferencia". Esta transferencia o reedición en miniatura de la neurosis del paciente dada

en la relación terapéutica es la piedra angular del psicoanálisis. Sobre este material transferencial y otros materiales, el analista aplica la operación psicoanalítica por excelencia de la interpretación, consistente en ofrecer explicaciones de los motivos inconscientes que subyacen a las distintas manifestaciones. El pacto de Freud sigue vigente en el psicoanálisis en términos de alianza terapéutica o de trabajo.

Rogers, otro fundador, en este caso de la psicoterapia centrada en el cliente, ha llegado a cifrar en determinada relación terapéutica la condición para el cambio psicológico (autocongruencia, crecimiento personal, autoactualización, etc.). De hecho, ha llegado a definir las condiciones necesarias y suficientes de la relación terapéutica para que ocurra el cambio psicológico: la aceptación incondicional del cliente como persona, la comprensión empática y la autenticidad. La terapia confía en estas cualidades de la relación por parte del terapeuta el cambio deseado de la persona, por lo que esta psicoterapia no aplica técnicas y, así, se autoconcibe como no directiva.

Finalmente, Beck, fundador de la terapia cognitiva, habla de relación colaboradora, donde terapeuta y cliente forman un equipo para identificar pensamientos negativos, llevar a cabo experimentos y evaluar cambios. Dentro de este llamado "empirismo colaborador", la terapia aplica en sesión técnica de reestructuración cognitiva y propone tareas para casa. La relación en terapia cognitiva es importante, pero su importancia no está en producir una transferencia como en el psicoanálisis, ni en ser suficiente para el cambio como en la psicoterapia no directiva, sino en establecer una relación colaboradora para aplicar ciertas técnicas.

Lo que hace a la PAF una terapia única es el uso de principios conductuales, derivados del análisis funcional de la conducta, aplicados a la relación terapéutica. Por extraño que pueda parecer, la PAF tiene más afinidad con el psicoanálisis en el aspecto de la transferencia y con la psicoterapia centrada en la persona en ciertas cualidades de la implicación del terapeuta, que con la terapia cognitiva de la que, sin embargo, es prima hermana. De todos modos, una rela ción colaboradora como la cultivada en la terapia cognitiva no deja de esperarse también en esta terapia.

La PAF concibe la relación terapéutica como un microcosmos en el que historias de la vida complejas de los clientes entran en contacto con una peculiar participación del terapeuta. Esta participación de terapeuta se hace con determinado criterio psicológico atenido a principios conductuales y, a la vez, con implicación personal, como persona compasiva, comprensiva y empática. Así, la PAF supone un espacio vivido donde la relación terapéutica es el medio y contexto en el que puede tener lugar la presentación del

problema y la posible mejoría del cliente. De acuerdo con ello, la PAF se caracteriza por el establecimiento de una equivalencia funcional entre la relación terapéutica o situación clínica y la vida real del cliente fuera de la terapia. La intervención terapéutica y el cambio o mejoría tienen lugar en el proceso mismo de la terapia.

En la base de la PAF se supone y espera que el cambio terapéutico ocurra en el proceso mismo de la respuesta contingente del terapeuta a los problemas del cliente presentados en vivo y en directo en sesión. Se trata de un proceso interpersonal, entre, no intra-mental. Asimismo, se entiende que lo ganado en la terapia puede ayudar al cliente con los problemas que ocurren en la vida real, en virtud de la señalada equivalencia funcional. Si, de una parte, se supone que los problemas en la vida cotidiana se "transfieren" a la situación terapéutica, de otro, se supone también que las mejorías en terapia se "transfieran" más allá de la relación terapéutica, a las relaciones significativas del cliente en la vida real.

4.1.2. Equivalencia funcional

La primera gran característica de la PAF es el establecimiento de una equivalencia funcional entre la relación terapéutica dada en la situación clínica y las relaciones interpersonales dadas en las situaciones de la vida real cotidiana del cliente. Se entiende que los problemas psicológicos implican aspectos interpersonales de las relaciones con los demás, pasadas y presentes, y en esa medida pudieran "transferirse" o generalizarse a la relación clínica. La PAF es apropiada para problemas que implican aspectos interpersonales, cualquiera que fuera el diagnóstico formal. La idea es que los problemas del cliente en la vida real se presenten en la situación clínica, de manera que el cambio terapéutico acaezca en el curso de la propia terapia y se generalice a la vida cotidiana, lo que se espera ocurra en la medida y en virtud de la equivalencia funcional entre ambos contextos: la relación clínica y las relaciones interpersonales fuera de la situación clínica. En la figura 4.1 se muestra esta equivalencia.

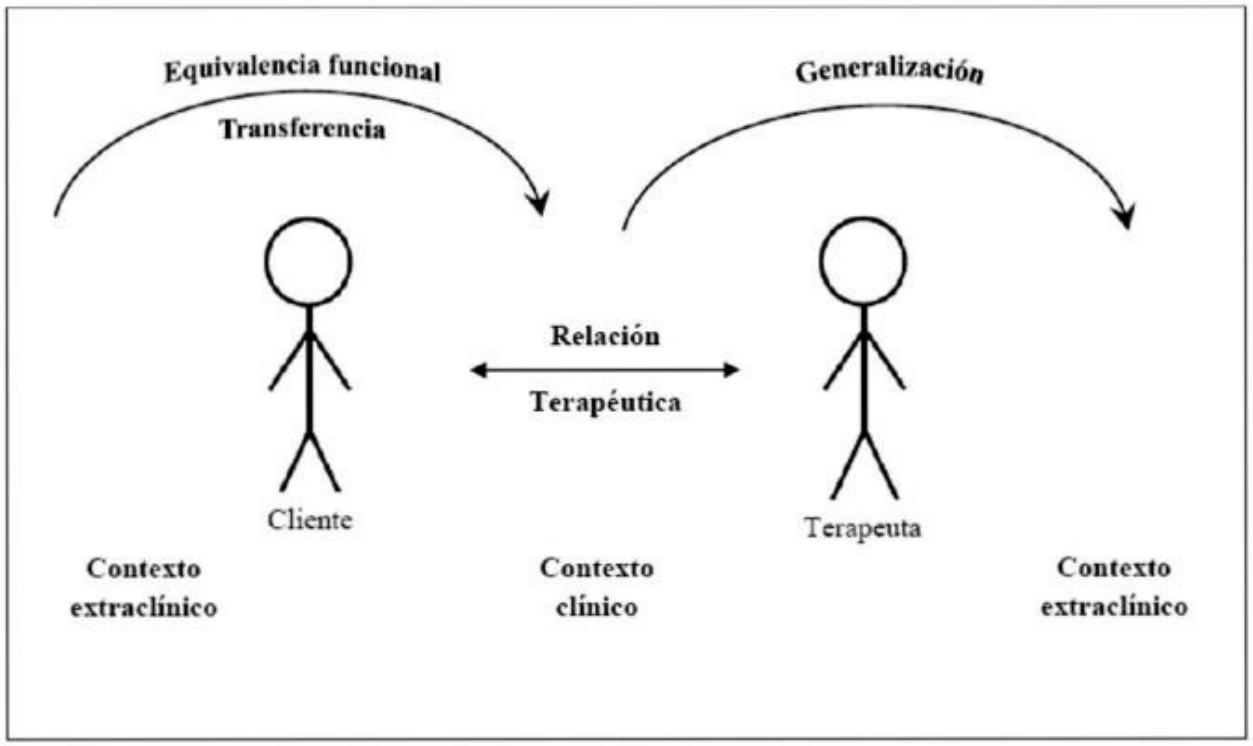


Figura 4.1. Equivalencia funcional entre la relación terapéutica y la vida real.

A este respecto, la PAF empieza por estudiar las funciones que tienen el propio terapeuta y la estructura misma de la situación clínica en orden a ver y convertir la relación terapéutica en un contexto natural en el que tiene lugar el proceso terapéutico. La PAF es única en estudiar de acuerdo con principios conductuales las funciones del terapeuta y las situaciones terapéuticas que pueden evocar conductas clínicamente relevantes. La PAF estudia también la conducta verbal del cliente como posible puente entre la terapia y la vida real, en la medida en que el lenguaje puede establecer conexiones entre ambas situaciones. Es tarea del terapeuta percibir y promover tales conexiones. El análisis funcional del lenguaje es uno de los bagajes fundamentales de un terapeuta PAF. Se especificarán estas tres formas de percibir y promover equivalencias funcionales: las funciones del terapeuta, las situaciones terapéuticas y el puente del lenguaje.

4.1.3. Funciones del terapeuta

En cuanto a las funciones del terapeuta como persona y estímulo, la PAF destaca tres funciones: 1) suscitación de reacciones emocionales, 2) evocación de conductas operantes y 3) provisión de consecuencias.

a)La función de suscitación se refiere a la provocación de respuestas, particularmente

emocionales, entendibles en términos de conductas condicionadas clásica o pavlovianamente.

b)La función evocadora se refiere a la suscitación en este caso de conductas operantes con ocasión de los distintos aspectos del terapeuta en la sesión, entre ellos, hacer preguntas. Puesto que estar en sesión supone una corriente continua de conductas mutuamente dependientes entre los participantes, el terapeuta evoca una variedad de conductas por parte del cliente que pueden tener relevancia en la terapia.

c)La función consistente en proporcionar consecuencias se refiere a las conductas del terapeuta subsiguientes y contingentes a las del cliente, de modo que pueden reforzarlas (haciéndolas más "fuertes" y frecuentes) o "desapercibirlas" con miras a disminuir su probabilidad o intensidad. En particular, las consecuencias reforzantes interesan especialmente en la PAF.

4.1.4. Situaciones terapéuticas

Se refieren a situaciones que pueden evocar conductas clínicamente relevantes (un concepto a especificar después), pero que, como ya sugiere el nombre, son conductas de especial relevancia para la terapia porque son, por ejemplo, indicativas del problema consultado o mejorías observadas en la propia terapia. La situación terapéutica guarda muchas similitudes con situaciones de la vida real. El libro básico de Kohlenberg y Tsai de 1991 describe hasta 13 situaciones de este tipo (Kohlenberg y Tsai, 2008, pp. 72-77). Sean, como ejemplo, las siguientes.

Una de ellas es la estructura temporal de la sesión de terapia, con su inicio, curso y final. Así, por ejemplo, llegar tarde, llegar antes de la hora, querer irse antes de tiempo o no irse cuando se acaba puede ser significativo de problemas que tiene el cliente. Mientras que llegar tarde o querer irse antes pudiera estar relacionado con problemas de evitación consistentes en entrar en temas de carga emocional, no saber cómo acabar de despedirse podría tener que ver con pautas de apego o de dependencia. Por su parte, una preocupación excesiva por la puntualidad puede estar relacionado con miedo a desagradar o un patrón compulsivo. También podría ser que no tengan especial significado. Todo depende del problema presentado. El final de la terapia puede poner de relieve problemas relacionados con la pérdida, la separación o la independencia. También puede mostrar una mejoría en la manera de concluir una relación intensa como la terapéutica. Los silencios y lapsus en la conversación pueden generar ansiedad y confusión en el cliente, por no hablar del terapeuta, lo que a su vez hace difícil reanudar la conversación. Igualmente, pueden

brindar una oportunidad para aprender a tolerar silencios y desarrollar habilidades conversacionales.

Otros ejemplos más son sentirse bien o el feedback positivo. Sentirse bien o hacer algo bien puede funcionar como un estímulo aversivo para algunas personas que hayan tenido una historia de castigo de alguna manera por sentirse bien o tener éxito, porque ello no fuera tolerado por padres celosos o perturbados. Asimismo, sentirse bien puede estar relacionado con dejar de recibir ayuda y atención, en este caso, terapéutica, precisamente por estar bien y ya no necesitar más terapia. Sentirse mal, desgraciado o deprimido puede ser una pauta de evitación conductual si es que no la pauta normal de "estar bien" en algunos contextos. El feedback positivo y expresión de afecto por parte del terapeuta puede contrariar a algunos clientes y así poner de relieve problemas en la vida real, ya sea, por ejemplo, porque lo tomen como simple amabilidad, o porque se sientan comprometidos con la expectativa generada o no merecedores por no ser como parecen. Todas estas reacciones pueden ser fruto de una historia de aprendizaje en la que la aprobación, curiosamente, ha estado asociada con consecuencias aversivas (decepciones, contradicciones, exigencias).

4.1.5. Puente del lenguaje

El lenguaje puede establecer un puente entre lo que está ocurriendo en la situación terapéutica y algo que se da en la vida real fuera de la terapia. Lo que dice el cliente puede tener una doble referencia o fuente de control: una dentro de la terapia y otra fuera. Esto es así gracias a los dobles sentidos del lenguaje, lo que no se ha de reprochar como ambigüedad, sino entender como pluralidad de funciones expresivas y comunicativas. Sin ir más lejos, el propio nombre de esta terapia como "psicoterapia analítica funcional" brinda una doble fuente de control o referencia. Así, el descriptor "analítica" asociado a "psicoterapia" ("psicoterapia analítica") sugiere la asociación de psicoterapia (psico)analítica, según esta expresión está establecida en referencia al psicoanálisis. A su vez, "analítica" en el contexto de "funcional" ("análisis funcional") sugiere análisis funcional de la conducta, en las antípodas de la psicoterapia psicoanalítica.

Consiguientemente, psicoterapia analítica funcional, una terapia conductista radical, de raigambre skinneriana, no deja de tener una conexión, referencia común o afinidad con la psicoterapia psicoanalítica y, así, su propio nombre parece hacer un guiño a esta terapia de raigambre freudiana. Sus autores no han evitado el término "psicoterapia" para una terapia conductual, lo que repugnaría segura mente a los fundadores de la terapia de conducta (empezando por Eysenck) y a terapeutas de conducta de toda la vida.

El cliente en terapia puede estar hablando de una cosa y, a la vez, diciendo o queriendo decir otra, menos obvia o explícita pero acaso más verdadera y comprometida y clínicamente más relevante. Así, por ejemplo, el cliente puede decir (a la pregunta del terapeuta acerca de "¿qué tal fue la semana?"), que la semana fue lamentable por una multa de tráfico que tuvo que pagar. Entre las varias posibilidades, además de que podría ser una simple respuesta ("intraverval) a la pregunta, sin especial relevancia clínica, figuran el que acaso se refiere a algo de la terapia misma como, por ejemplo, una queja velada por su coste, una petición de ayuda para sentirse mejor puesto que "vaya semanita" o, incluso, una excusa porque no hizo los deberes para casa, todas ellas posibilidades exploradas por el terapeuta PAF (Kohlenberg y Tsai, 2007, pp. 59-61).

Para ver y promover estas conexiones del lenguaje, además del sentido común implicado por todo hablante socializado en una lengua, el terapeuta PAF, como sería de esperar de todo psicólogo, cuenta con el bagaje del análisis funcional de la conducta verbal, en la línea establecida por Skinner en su magna obra Conducta verbal, publicada en 1957. El análisis del lenguaje de Skinner ofrece una clasificación de funciones de la conducta verbal (CV), no de sus formas gramaticales o de sus estructuras fonéticas, sino de sus funciones en el habla. Esta taxonomía funcional se hace de acuerdo con lo que ocurre antes y después de la CV analizada, dado el contexto en el que ocurre. En el caso de la terapia, la conducta analizada sería una conducta clínicamente relevante, dado el problema presentado. Por lo que aquí importa señalar, permítase únicamente recordar algunas de estas funciones, siquiera en su exposición más elemental.

4.2. Análisis funcional del lenguaje: el tacto y el mando

El análisis funcional del lenguaje designa el estudio de la CV en términos de sus funciones - no de su topografía o forma sintáctica - definidas por las causas antecedentes y consecuentes en las que ocurren las unidades operantes. Skinner en Conducta verbal describe una variedad de funciones, según el papel predominante del control antecedente (que pueden ser otras conductas verbales o no verbales, así como las cosas del entorno o las experiencias subjetivas) y consecuente referido a sus efectos en el oyente o audiencia (lo que hacen o dicen los demás en respuesta a la propia conducta verbal). Se excusa decir que se trata de un continuo interjuego hablante-oyente. Estas funciones son, entre otras, la intraverbal, cuando el control antecedente es también verbal, la autoclítica, cuando uno se refiere a su propia conducta verbal (metaconducta verbal), y el tacto y el mando que se va a especificar a continuación.

4.2.1. Tacto o contacto verbal con el mundo y consigo mismo

El tacto define una CV que está particularmente controlada por un Ed. Su extraño nombre como "tacto" (en inglés, tact) deriva de "contacto", por el contacto verbal o lingüístico que supone con las cosas, los eventos, las situaciones o aspectos de ellos, incluyendo matices y sutiles discriminaciones. En términos tradicionales, el tacto viene a ser la función lingüística referencial y de nombrar (naming, etiquetado). El término tacto es preferible por su carácter estrictamente funcional, sin implicar doctrinas mentalistas de representación simbólica. Ni que decir tiene que la función de tacto es aprendida en contextos interpersonales y reforzada por la comunidad verbal, pero lo que la define específicamente es el control antecedente, en cuya presencia ocurre. Los objetos, eventos y aspectos con los que uno está en contacto pueden ser públicos, accesibles a los demás (la "silla" ahí que veo, toco, nombro y a la que me refiero), y privados, únicamente accesibles a uno (el "dolor" de darse con la silla o el "tacto" de tocarla).

Nótese que no por ser privado un evento o estimulación deja de ser observable. Su particularidad es que solamente es observable para uno. De hecho, son los demás, la comunidad verbal, los primeros interesados en que uno "observe" y pueda dar cuenta de una parte del mundo que solo se le da a él (piénsese en la perspectiva de un niño al que se le enseña y aprende a decir lo que siente). El mundo privado no es un mundo aparte, sino una parte del mundo, con la que se entra en contacto por medio del lenguaje. De ahí que se pueda decir, en nombre de Skinner y Vigotsky, que el autoconocimiento es contacto social consigo mismo. Del mismo modo que se aprende a discriminar colores, se aprende a discriminar sentimientos, si bien estas experiencias subjetivas (el llamado "mundo interior") no cuentan con la precisión y matices ("colorido"), debido a menos oportunidades y a la falta de ajustes públicos, con el que cuenta el "contacto" con los colores y en general con el llamado "mundo exterior". Un ejemplo de tacto privado o autotacto es la cata de vinos, en la medida en que sean ciertas o, al menos, certeras, las descripciones que dan los catadores.

Aparte de esta distinción público/privado, la PAF destaca otra distinción, en este caso, entre el tacto de eventos que se dan en la terapia (a su vez, públicos, observables también por el terapeuta y privados, lo que siente el cliente) y de eventos de la vida cotidiana. Como se viene diciendo, la PAF se interesa en particular por las CV controladas por estímulos presentes en la sesión que hacen referencia también a eventos de fuera de la terapia. Una característica de la función de tacto es que puede tener varias fuentes de control o de causación múltiple, por lo que puede decir o significar más de lo que aparenta. Así, un cliente puede referirse expresamente a la incomprensión de sus familiares y ello estar evocado sutilmente por algo sentido o experimentado en este momento en la sesión,

en relación con el terapeuta. Uno puede estar hablando de una cosa y referirse a otra. La función de tacto definida por Skinner puede ser extensa ("tacto extenso"), lo que cubre la abstracción (cuando llamamos "silla" a sillas de formas bien distintas), la metáfora (referirse a la situación de uno en la vida como "túnel sin salida") y la metonimia (cuando nos referimos a una experiencia subjetiva como una condición ambiental, "me siento comprimido"). Dentro del tacto figura el autotacto para referirse al aprendizaje del mundo privado o mundo interior, por así decir, el contacto social con uno mismo.

En la perspectiva del conductismo radical, el mundo interior es una parte del mundo, no un mundo aparte, que tiene la peculiaridad de que únicamente es observable para uno: el propio sujeto de la conducta, uno mismo. La cuestión relevante se toma, entonces, en cómo ya desde edades tempranas los niños aprenden a contactar con esa parte del mundo que solamente uno puede observar o, dicho, correlativamente, cómo la comunidad verbal o sociedad enseña a sus nuevos miembros a dar cuenta de ella. Skinner ha dedicado un artículo clásico, de 1945, a responder a esta cuestión. Se trata de un artículo que establece la distinción fundamental del conductismo radical respecto del resto de conductismos y aun se podría decir del resto de la psicología. "Radical" quiere decir total en tanto que se hace cargo de todos los contenidos, incluyendo los subjetivos, como hechos por derecho propio de una ciencia de la conducta y quiere decir también de raíz, por cuanto se hace cargo del origen y construcción del mundo privado. De modo que el "radicalismo" no es otro que ir al origen donde radica el mundo subjetivo: la comunidad verbal. El artículo de 1945 sitúa a Skinner en la perspectiva de la "hermenéutica conductual" (Moxley, 2001; Pérez Álvarez y Sass, 2008; Roche y Bames-Holmes, 2003). En este artículo, Skinner describe varias maneras sobre cómo se enseña y aprende el mundo privado.

Una manera de aprender a rotular y roturar eventos privados ocurre cuando otros observan un estímulo o evento público que puede producir una estimulación sentida privadamente. Por ejemplo, un niño recibe un golpe con algo y los demás dicen "pupa", "duele", etc. O, en otro ejemplo, algo estridente ha ocurrido y los demás preguntan al niño "¿te has asustado?", ¿pasaste miedo?", de manera que eso que sintió pasa a ser susto, miedo, etc. Otra manera la proporcionan respuestas observables que suelen ser concomitantes a determinadas experiencias subjetivas. Así, formas expresivas características sirven a los demás para reconocer y decir lo que sientes, "¿estás triste?", "¡qué bien lo estás pasando!", ¿por qué estas enfadado?", "¡estás feliz!", etc. Una tercera manera de aprender a hablar de eventos privados ocurre cuando el niño compara una sensación nueva con otra ya conocida. Así, un niño, citado por Skinner, que toma soda por primera vez dijo que se parece a "cuando se te duerme una pierna". De hecho, buena parte

del vocabulario y roturación (cultivo y florecimiento) del mundo interior tiene un origen metafórico derivado y extendido de eventos públicos (dolor agudo, depresión, "atascado", alegría, etc.).

Finalmente, otra manera de aprender a hablar de sí mismo consiste en "tactar" lo que estamos haciendo ("estoy jugando", "estoy viendo" esto o lo otro, "estoy hablando" con tal, etc.). Se trata del "tacto" de la propia conducta o, como se diría, metaconducta, en este caso, la conducta verbal referida a la propia conducta verbal y la no verbal. Un caso especialmente relevante se refiere a hablar de la propia conducta de hablar, de manera que se llega a hablar sin proferir palabras, es decir, hablar en silencio, lo que consiste usualmente en pensar y para el caso pensar en que estás pensado (metacognición). Hablar con uno mismo en silencio es un proceso que da lugar a toda una corriente de eventos privados, únicamente observados por uno mismo. Estos eventos privados o "procesos mentales", lejos de ser autooriginarios y autofundantes, según se suele considerar la "mente" en la sociedad moderna ("pienso, luego existo"), son derivados de la práctica social, cronológica y ontológicamente secundarios, en tanto que ocurren después de otros y tienen su razón de ser en ellos, por más que son muy importantes. Aprender a dar cuenta de los eventos privados es importante, en primera instancia, para los demás y, a la postre, para uno mismo. La madre y el padre son los primeros interesados en que el niño aprenda a decir lo que le pasa, siente, quiere, hace y piensa. Después será útil para uno "resumir" lo que siente o piensa en vez de referir toda una serie de condiciones antecedentes, circunstancias, etc. Así, decir tengo hambre o sueño excusa referir cuánto tiempo llevas sin comer o dormir, así como decir que estás triste o enfadado ya revela una cierta disposición de que, sea por caso, uno no está para bromas, etc.

4.2.2. Mando o acción verbal sobre los demás

El mando define una CV que está reforzada por una consecuencia característica. Su también extraño nombre tiene el sentido de "mando" derivado de "mandar" (en inglés, command), con las variantes de solicitud, petición, súplica, mandamiento y pregunta, entre otras. En términos tradicionales, se correspondería con la función instrumental. Por más que el aspecto definitorio del mando es determina da respuesta de los demás, ni que decir tiene que ocurre en una situación, en presencia de estímulos discriminativos apropiados, pero dentro de esto, es común que ocurra bajo condiciones de privación, aversivas o de "necesidad" de algún tipo, por o para lo que se "demanda" algo. La situación personal que ha llevado a "demandar" terapia ya implica una condición propicia para las CV de mando y, por su parte, el papel de terapeuta supone la audiencia apropiada para solicitar ayuda.

En terapia se da toda la complejidad inherente a esta función en la vida real, incluyendo que el mando o la petición sea directa (abierta, explícita) o indirecta (velada, implícita). Esta posibilidad lleva a los llamados "mandos disfrazados". Se refiere a mandos que tienen la forma aparente de tactos. En términos formales, por su forma gramatical o fonética, no se puede decir si cierta CV es un tacto o un mando. Es el contexto pragmático lo que determina su función. Así, la palabra "fuego" puede ser un tacto en presencia de un incendio y un mando en el contexto de necesitar fuego para prender algo. Igualmente, decir "hace frío" puede ser un tacto que describe y refiere un aspecto de la situación y de la experiencia de uno, pero también puede ser un mando indirecto sugerente, por ejemplo, de que se cierre la puerta o se encienda la calefacción. A menudo, las peticiones con tacto son formas educadas y sutiles de pedir algo, sin demandarlo explícitamente. En realidad, las funciones de tacto y mando no son alternativas, una u otra, sino que pueden estar fundidas, con su doble sentido y fuerza y, en su caso, ambigüedad y hasta confusión. Cuando alguien dice "siento amor por ti" o "te amo", puede que tanto o más que un tacto que describe lo que se siente, sea un mando que dice cómo esa persona quiere conducir la relación a partir de ahora (Kant diría para establecer el "monopolio sexual").

Los mandos disfrazados tienen gran relevancia en terapia y, en particular, en PAF. Así, muchas expresiones en terapia pueden tener diferentes significados, pudiendo ser más significativo el velado que el aparente: la función de mando que la de tacto que, sin embargo, parecer ser. El cliente que dice "me siento inútil y desdichado", puede que en realidad esté diciendo, "por favor, sé afectuoso conmigo", más que tratando de dar cuenta exactamente de su estado interior. Esta expresión podría ser un mando a pesar de su aspecto de tacto. Se entiende que en la experiencia pasada del cliente fue más probable que el afecto apareciera tras autodespreciarse que tras una petición directa. El terapeuta puede ver que, acaso, ésta es la forma habitual de interactuar el cliente en la vida cotidiana. También puede poner de relieve que el "autoafligimiento" quizá sea una pauta normal de recibir afecto en el ámbito y cultura del cliente. Un terapeuta más atento a los contenidos que a las funciones podría embarcarse en analizar y discutir la verdad y racionalidad de la expresión, mostrándole que ni es inútil ni desgraciado, etc., y pasar por alto su verdadero significado: el de obtener afecto autodespreciándose. La paradoja y la ironía es que el terapeuta centrado en el contenido no deja de estar cumpliendo, sin saberlo, con la función de la expresión. Aun cuando esto puede satisfacer al cliente (y de paso el terapeuta ver confirmada su sagacidad), el problema es que deja las cosas igual que estaban.

Dado que formas aparentes de tacto pueden ser mandos y aun tener funciones de tacto y de mando, no resulta fácil establecer la función más relevante y, desde luego, sería

imposible hacerlo sin conocer el contexto e historia de reforzamiento del cliente. Así, si un cliente dice "me voy a suicidar", puede ser un tacto si la expresión responde a conductas presuicidas, planes para llevarlo a cabo y los sentimientos correspondientes, o un mando si la expresión está fundamentalmente mantenida por la preocupación que suscita en los demás. Aun pudiendo ser una u otra la función dominante, nada quita la alternancia o la concurrencia de ambas.

4.3. Rationale de la PAF presentada a los clientes

La gente que va a terapia normalmente espera que sea un lugar para hablar de los problemas que tiene en la vida diaria y de su vida pasada. Y, ciertamente, la mayoría de las terapias hacen eso, no sólo en las primeras sesiones, para ver cuál es el problema, sino a lo largo de ella. Sin embargo, la PAF se interesa sobre todo en cómo los problemas de la vida cotidiana del cliente se presentan y emergen en la terapia, en relación con el terapeuta. De acuerdo con la PAF, que esto ocurra es posible y deseable y, de hecho, es la mejor manera de llevar a cabo la terapia y de conseguir un cambio real, en vivo y en directo, generalizable a la vida diaria. Esta particularidad de la PAF conviene que esté clara desde el principio. Para ello no está de más disponer de explicaciones de su racionalidad o rationale. A continuación se presentan algunos extractos que dan idea de estas posibles explicaciones. En todo caso, mejor sería que estén reelaboradas en el estilo del terapeuta. Ejemplos de extractos tomados de Kanter, Bush y Rush (2009) y Tsai et al. (2009) son los siguientes:

Extractos que se podrían proporcionar en las primeras sesiones:

-"El principio fundamental de la terapia que hago es que la relación es un microcosmos de nuestras relaciones fuera. Así que exploraré cómo tu relación conmigo es similar de alguna manera a cómo te relacionas con otra gente, qué problemas se presentan conmigo que también se presentan con otraspersonas, y qué conductas positivas tienes aquí que pueden trasladarse a tus relaciones con los demás."

-"Nuestra conexión proporciona una oportunidad para explorar cómo tú eres en una relación, para experimentar diferentes maneras de relación y así extenderlas a otras relaciones."

-"Entiendo que estás buscando tratamiento para la depresión. Una razón por la que la gente se deprime es porque encuentra difícil expresar lo que siente y afirmar lo que quiere de gente importante para ella. ¿Crees que este es tu caso? [La

respuesta es generalmente "sí".] Un foco de nuestra terapia se centrará en cómo llegar a ser una persona más capaz en este sentido, alguien que pueda decir su verdad tranquilamente y buscar lo que quiere. [La respuesta típica es "Esto suena bien".] La manera más eficaz para que te vuelvas una persona más expresiva es precisamente empezar aquí y ahora, conmigo, diciéndome lo que estás pensando, sintiendo, necesitando, aunque te sientas temeroso o asustado. Si puedes sacar lo mejor de ti conmigo, podrás tener estas conductas con otra gente en tu vida."

-"La terapia tiene mejores resultados cuando tú dices lo que sientes en el momento presente, deprimido, ansioso, inseguro - algo que está sucediendo en la sesión más que hablar acerca de las cosas que te sucedieron durante la semana. Cuando atiendes a lo que está sucediendo aquí y ahora, podemos experimentarlo y entenderlo más cabalmente y el cambio terapéutico es más consistente e inmediato."

Extracto que podría entregarse por escrito, con dos versiones:

"Los clientes vienen a la terapia con complejas historias de la vida de alegría y angustia, sueños y esperanzas, pasiones y vulnerabilidades, dones únicos y habilidades. La terapia conmigo será llevada en una atmósfera de cuidado, respeto y compromiso, en la que se pueden aprender nuevas maneras de enfocar la vida. Nuestro trabajo será un esfuerzo conjunto; tu aportación es valiosa y se utilizará en el plan de tratamiento y en la asignación de tareas para casa. Pondré gran cuidado y esfuerzo en nuestro trabajo conjunto y espero que hagas lo mismo. Comprobaremos continuamente qué va bien en nuestra relación y qué se necesita cambiar. El tipo de terapia que hago se llama Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Es una terapia, desarrollada en la Universidad de Washington, que tiene una base conductual, pero sus fundamentos teóricos permiten la incorporación de métodos de otras modalidades terapéuticas cuando sea apropiado."

-Versión altamente evocativa:

"La FAP enfatiza que la relación que establezcamos entre tú y yo será el principal vehículo en tu mejoría y transformación. Las personas más satisfechas son aquellas que están en contacto consigo mismas y tienen relaciones fluidas con los demás. Son capaces de hablar compasivamente de sus verdades y dones y son plenamente capaces de dar y recibir amor. La PAF se centrará en potenciar lo mejor de ti mismo. Para hacer esto, debes estar en contacto contigo mismo a un nivel básico referido a

necesidades, sentimientos, ansias, miedos, valores, sueños, misiones, etc. Tendrás la oportunidad de aprender cómo expresarte plenamente, afligirte, desarrollar atención plena y crear mejores relaciones. Todos los aspectos de tu experiencia serán abordados, incluyendo la mente, el cuerpo, sentimientos, creencias, etc. Te pondré a prueba para que seas más abierto, vulnerable, consciente y presente. Hay un nivel óptimo para correr riesgos en cada situación, sin embargo, es importante que tú y yo comprobemos cuándo es estar fuera de la zona de control para ti en un momento dado.

Será igualmente importante para nosotros que nos centremos en nuestra interacción, pues si tú tienes asuntos (positivos o negativos) o dificultades que se presentan conmigo también se presentan con otra gente en tu vida. Cuando uno se siente capaz de expresar los pensamientos, sentimientos y deseos de una manera auténtica, cuidada y asertiva, se tiene más confianza en la vida. Nuestra relación terapéutica será un lugar idóneo para poner en práctica este modo de ser.

Considero que el espacio que abrimos entre tú y yo en la terapia es sagrado - me siento privilegiado de embarcarme en un viaje de exploración y crecimiento contigo y mantendré todo lo que compartamos con reserva y con cuidado. Seré sincero contigo y mi principal guía es hacer lo mejor en tu bien."

-Versión menos evocativa:

"Por ejemplo, la terapia a menudo incluye procedimientos de la terapia cognitivoconductual para trastornos específicos. Al mismo tiempo, la PAF enfatiza que la relación terapeuta-cliente es importante para la consecución de un cambio de la vida significativo. Así, además de centrarse en síntomas específicos cuando sea necesario, la PAF también proporciona la oportunidad para potenciar lo mejor de ti mismo, para aprender a expresarte a ti mismo plenamente, afligirte si es necesario, a desarrollar atención plena y a crear mejores relaciones.

Será igualmente importante para nosotros que nos centremos en nuestra interacción, pues si tú tienes asuntos (positivos o negativos) o dificultades que se presentan conmigo también se presentan con otra gente en tu vida. Nuestra relación terapéutica será un lugar idóneo para poner en práctica este modo de ser.

Considero que el espacio que abrimos entre tú y yo en la terapia dedicado a lo anterior no será llevado a la ligera. Me siento privilegiado de embarcarme en un viaje

de exploración y crecimiento contigo y mantendré todo lo que compartamos con reserva y con cuidado. Seré sincero contigo y mi principal guía es hacer lo mejor en tu bien."

4.4. Componentes básicos de la aplicación terapéutica

Sobre la base de las características distintivas de la PAF que se acaban de presentar, se tiene mucho avanzado para exponer y entender su aplicación. La aplicación se expone de acuerdo a las conductas del cliente y del terapeuta que ocurren durante la sesión clínica. Las conductas del cliente se clasifican por su relevancia clínica y su función en el curso de la terapia. Las conductas del terapeuta son sus métodos y, por así decir, sus operaciones terapéuticas. Estos componentes en funcionamiento constituyen las operaciones y procesos del cambio terapéutico. Los componentes de la aplicación terapéutica se expondrán por partes: las conductas del cliente clínicamente relevantes, las reglas para una actuación clínicamente relevante por parte del terapeuta y las operaciones y procesos del cambio como articulación de ambas.

4.4.1. Conductas Clínicamente Relevantes (CCR)

En terapia, como en cualquier situación en la que se encuentran personas involucradas en alguna relación, se da una corriente continua de conductas, sabido que no es posible no comportarse. Siendo así y suponiendo que no todas las conductas son igualmente relevantes, de hecho algunas pueden ser triviales en términos clínicos, resultará obvio que se deban distinguir y tipificar en orden a su relevancia. Un tal discernimiento y clasificación de su relevancia se entiende que debe ser sobre la base de criterios funcionales: por lo que las conductas significan y la función que tienen en terapia, y no por su forma o topografía. Así, la PAF distingue tres grandes tipos de Conductas Clínicamente Relevantes (CCR): los problemas, las mejorías y las interpretaciones.

•CCR]: los problemas del cliente que ocurren en sesión

Supuesto que el principal modo en que el terapeuta puede ayudar al cliente es a través de las funciones evocadoras, discriminativas y reforzantes del propio terapeuta, y que estas funciones son más efectivas sobre las conductas del cliente cuando éstas ocurren en la sesión, se entiende la importancia que tiene para esta terapia que el problema ocurra y se observe durante la sesión. Asimismo, es importante que las mejorías y las interpretaciones ocurran en la terapia. Supuesto, también, que los problemas psicológicos tienen un aspecto interpersonal implicado, relacionado, por ejemplo, con la sensibilidad y expresión

emocional, el establecimiento de relaciones estrechas y confiadas, el temor al rechazo o la separa ción, la soledad, la intimidad, el abandono o el sentido de sí mismo (vacío, autoestima), se entiende que puedan presentarse en terapia, evocados por el terapeuta y la relación puesta en juego.

Las CCRI no consisten en hablar del problema, por ejemplo, de la desconfianza o ansiedad que le producen al cliente ciertas relaciones con los demás, sino en las "conductas de desconfianza" o "habla ansiosa" que ocurren aquí y ahora en relación con el terapeuta. A menudo, las CCRI implican evitación emocional tal como no ser abierto o tener dificultades en expresar sentimientos francos o necesidades personales al terapeuta. En la vida diaria, estos problemas implican no ser abierto, dejar de opinar lo que parece oportuno, no expresar preferencia o necesidades o estar evitativo y receloso en relación con la pareja, los amigos, los colegas y los familiares. Un ejemplo podría ser un individuo depresivo que se siente controlado por su mujer y pasivo en la relación con ella, que permanece sesión tras sesión sin contribuir con nada al curso de la terapia, aceptando pasivamente cualquier sugerencia o indicación del terapeuta. Otro ejemplo, una mujer con historia de abandonos, porque "se cansan de ella", introduce nuevos e importantes temas al final de la sesión como, sea por caso, hablar del suicidio.

Las clases de CCRI que conciernen a la PAF tienen que ver, sobre todo, con dificultades interpersonales. Así, la literatura ha destacado cinco tipos o clases frecuentes en la clínica (Tsai et al., 2009; Tsai et al., 2009; 2012) (véase el cuadro 4.1).

Cuadro 4.1. Clases de CCRI

- *Clase A: Afirmación de necesidades* (su identificación y expresión), referidas a lo que uno quiere o valora, tales como afirmarse en quién es uno, sus opiniones, ideas, actitudes, preocupaciones, etc. Ejemplos serían dificultades para expresar necesidades (opiniones, deseos, preferencias), sentirse vulnerable cuando recibe ayuda o rechazos, etc.
- *Clase B: Comunicación bidireccional* (su impacto y *feedback*), relativa a cómo el cliente afecta a los otros (cómo se sienten en su presencia) y responde a la reacción de los demás, verbal y no verbalmente. Ejemplos de ello serían presentar dificultades para recibir o proporcionar aprobaciones o críticas, hablar demasiado, evitar el contacto ocular, etc.
- *Clase C: Conflicto* (su identificación y abordaje), referido a desacuerdos e interacciones incómodas. Por ejemplo, tener dificultades para tolerar el conflicto o desacuerdo, engancharse en conflictos como manera de evitar intimidad, expresión de demasiado enfado, asumir demasiada culpa o culpar a otros, expresión indirecta de enfado siendo pasivo-agresivo, etc.

- *Clase D: Apertura y encerramiento interpersonal*, referidos a la experiencia de abrirse a los demás, sentirse comprendido, así como la apreciación de las necesidades de los demás. Por ejemplo, dificultades para expresar o recibir cercanía y cuidados, reticencias a abrirse o correr riesgos emocionales, hablar demasiado de sí sin escuchar a los demás, desconfianza excesiva, etc.
- *Clase. Experiencia y expresión emocional*, referidas a todo tipo de emociones o sentimientos, no sólo "negativos" como tristeza, ansiedad, soledad, sino también orgullo, humor, alegría, amor, etc. Por ejemplo, dificultades para identificar y expresar sentimientos, embotamiento afectivo o, por el contrario, labilidad emocional, evitación de ciertos sentimientos, etc.

•CCR2: Las mejorías del cliente que ocurren en sesión

Siendo la terapia un lugar en el que se espera que ocurran los problemas del cliente, similarmente a la vida cotidiana, es también el lugar donde se espera que empiecen a darse las mejorías. Las mejorías no es de esperar que ocurran en las primeras sesiones, donde predominan más probablemente las CCRI, pero sí en adelante, concomitantemente a las "operaciones" terapéuticas (de las que se hablará después). Dada la importancia que suele tener la evitación experiencial en los problemas psicológicos, un tema frecuente en terapia es propiciar que los clientes revelen sentimientos "íntimos", típicamente evitados como, por ejemplo, el miedo, el rechazo o la simpatía en relación con el terapeuta. Similarmente a las situaciones de la vida diaria del cliente en las que éste no dice o no pregunta a los demás lo que quiere, la CCRI sería permanecer retraído y pasivo sin hacer preguntas o plantear

cuestiones al terapeuta que le interesan o preocupan en relación con la terapia. Dentro de esto, las CCR2 podrían consistir en preguntar al terapeuta, sea por caso, la forma de pago, la frecuencia de las sesiones, el cambio de horario, las bases de la terapia, la experiencia del terapeuta, etc.

El criterio para saber si ocurren CCR2 viene dado por el problema presentado y la línea-base del comportamiento y funcionamiento del cliente. Así, por ejemplo, la expresión de sentimientos positivos cuando alguien no lo hacía antes o "interrumpir" en el curso de una conversación para opinar algo que alguien antes no era capaz de hacer, podrían ser CCR2. Kohlenberg y Tsai, en su libro clásico, señalan como ejemplos de CCR2 de una cliente recordar y responder emocionalmente (en relación con experiencias traumáticas evitadas), aprender a pedir lo que quería (es decir, reconocer que sus necesidades eran importantes y merecían atención), confiar en los demás (dejando de estar hipervigilante acerca de posibles conductas erráticas del terapeuta) y aceptar el amor (abriéndose al interés de los demás por ella) (Kohlenber y Tsai, 2008, pp. 32-35).

•CCR3: Interpretaciones del cliente acerca de su conducta

Los clientes a menudo piden a los clínicos interpretaciones o explicaciones de lo que les pasa, pero sus propias interpretaciones son también muy importantes. Desde el punto de vista de la PAF, las mejores interpretaciones son las funcionales, consistentes en la descripción de la propia conducta en relación con la situación en la que ocurre, identificando antecedentes (estímulos discriminativos o evocadores) y consecuentes (reforzadores, castigos, extinción). Así, por ejemplo, un cliente relaciona su retraimiento en ofrecer una opinión y la consiguiente decepción sentida con la interrupción previa del terapeuta que se adelantó a hablar y el aparente "agradecimiento" por escuchar sin "meter baza". Las CCR3 incluyen también las descripciones de equivalencias funcionales entre lo que ocurre en la sesión y en la vida diaria. Así, por ejemplo, un cliente relacionó su cambio en las relaciones con los demás con la relación más abierta y confiada que experimentó en la terapia, lo que podría ser igualmente un ejemplo de generalización de cambios dados en la terapia a la vida real.

Las interpretaciones funcionales implican una explicación histórica (biográfica) en términos de reforzamiento y castigo. Así, por ejemplo, si un cliente explica que se pone nervioso al decir algo positivo de sí mismo porque fue criticado y ridiculizado cuando intentaba autoafirmarse y decir lo que quería comer o hacer y por ello se sentía indigno, es mejor que explicar que se pone nervioso porque cree que es un inútil. La interpretación funcional (biográfica) es mejor porque, aparte de ser probablemente verdadera, sitúa el

problema en una perspectiva abierta al cambio, en un contexto ahora no de "castigo", sino de atención, aceptación y respeto.

•La importancia de distinguir las CCR

Un fallo en distinguir las CCR puede llevar a intervenciones contraterapéuticas. Tsai y colegas ponen el siguiente ejemplo. Considérese un terapeuta que estuviera aplicando terapia cognitivo-conductual y relajación a una cliente para superar el miedo de ser asertiva con su marido. Después de varias sesiones, el terapeuta propone hacer un ejercicio de role-playing en el que el propio terapeuta haría de marido pidiendo a la cliente que planche sus camisas y ella actuara en el ejercicio con asertividad. La cliente educadamente rechaza hacer el ejercicio porque considera que es demasiado artificial para ella. El terapeuta falló en reconocer que ésta era una CCR2 consistente en ser asertiva con el terapeuta, aun cuando la meta deseada para ella es serlo con el marido. Por el contrario, el terapeuta vería en este rechazo una falta todavía de asimilación de la terapia y del entrenamiento en relajación (por así decir, una CCRI), por lo que tendrían que repasar todo hasta que ella fuera más dócil para hacer el ejercicio. No hay duda de las buenas intenciones del terapeuta, pero inadvertidamente perdió una significativa oportunidad terapéutica y, todavía peor, castigó una CCR2. La respuesta del terapeuta fue así contraterapéutica (Tsai et al., 2012, pp. 31-32).

Puesto que lo importante en la tipificación de las CCR es la función, no la forma, una misma conducta puede ser, en un caso, una muestra del problema, en otro de mejoría y aún en otro una interpretación. Supóngase que la siguiente conducta, de la corriente continua de conductas, es clínicamente relevante. El cliente dice al terapeuta: "Eso que acabas de decir, lo iba a decir yo, si no fuera porque me has interrumpido". Esta conducta verbal podría ser una muestra del problema de un cliente (CCRI) que tiene dificultades para establecer relaciones duraderas de amistad y se siente solo, sin amigos, porque los demás siempre "van a lo suyo". Este fragmento de conducta, en el contexto de otras conductas y del problema presentado, podría ser una muestra significativa de los problemas que el cliente tiene en la vida cotidiana, dado su estilo "cortante", "borde" y, acaso, "prepotente" de tratar con los demás. Aparte de servir al terapeuta como muestra de lo que le "pasa" al cliente, este ejemplo y otros podría ser objeto de comentario con miras a "hacer ver" el problema y situarlo en el contexto de la propia conducta hacia los demás.

Esta misma conducta podría ser un ejemplo de mejoría en otro cliente (CCR2), aquejado de "timidez" o "ansiedad social", uno de cuyos problemas fuera la dificultad y el descontento por no intercalar sus opiniones. Esta conducta podría ser una muestra de

mejoría al ser capaz ahora de introducir y crear un espacio en la conversación, en vez de dar todo por perdido, quedar pasivo y confirmar una vez más, el cliente, que no tiene nada que decir, ni sus posibles opiniones merecen la pena. Siendo un ejemplo de mejoría, el terapeuta estaría atento a apreciarla y a reforzarla con toda naturalidad, reconociendo la interrupción que ha hecho.

Esta misma conducta todavía podría ser para el mismo cliente anterior u otro un ejemplo de interpretación funcional (CCR3), mejor que otras anteriores, en la medida en que ahora el cliente interpreta lo que hace o deja de hacer en relación con ciertos antecedentes de la situación presente (la interrupción) y consecuentes, en este caso, quizá la comodidad y acomodación acostumbradas dejando pasar o evitando hacerse notar. Comoquiera que fuera, esta interpretación sería más apropiada y útil que otras suyas anteriores, por ejemplo, interpretando el opinar o no opinar en términos de timidez, de que "soy así" o genéticos como "también era mi padre". El terapeuta tendría una oportunidad para apreciar y asentir la interpretación y también para comentarla en el contexto de otras, funcionales y no funcionales.

4.4.2. Reglas terapéuticas clínicamente relevantes

Aunque el terapeuta como participante de una relación se está comportando continuamente, no todas sus conductas tienen igual relevancia en cuanto a posibles efectos terapéuticos. La PAF propone cinco reglas que rigen la intervención clínicamente relevante, de acuerdo con la lógica del análisis funcional y los objetivos de promover cambios en el propio curso de la terapia. Aunque el término "regla" puede sugerir rigidez, las reglas de la PAF no son en realidad más que indicaciones para guiar la conducta del terapeuta en orden a observar las CCR, crear condiciones para el cambio y así reforzar las mejorías e interpretaciones funcionales del cliente. De otra manera, sin estas reglas, más probablemente pasarían desapercibidas oportunidades terapéuticas dadas en sesión. En la práctica, las reglas se dan a menudo a la vez, por más que se tengan que enumerar una detrás de otra por razones expositivas.

-Regla 1: Observar las CCR. Esta regla está en la base del procedimiento de la PAF. El terapeuta ha de estar atento, por así decir, con atención plena, a lo que está ocurriendo en terapia. Sin embargo, no basta una mera atención o conciencia, por plena que sea, sino que se trata de observar con criterio funcional la posible ocurrencia de las CCR. Un terapeuta que tenga la actitud y aptitud para observar las CCR es también muy probable que reaccione ante el cliente de una forma apropiada, de acuerdo con la lógica de la PAF, según la cual las mejorías provienen de las

contingencias dadas en la terapia. Las propias reacciones del terapeuta a las conductas del cliente pueden servir de "barómetro" acerca de cómo otros en la vida cotidiana del cliente podrían responder y sentirse ante él. En particular, la suscitación de respuestas positivas (reforzantes) podría ser un barómetro de la mejoría observada (Tsai et al., 2009). Dentro de los criterios conductuales, la regla se puede resumir en ser consciente.

-Regla 2: Crear un contexto que evoque las CCR. El terapeuta es un observador-participante, de manera que él mismo puede crear condiciones que pongan en juego posibles problemas del cliente en la vida real, así como mejorías que se podrían ir dando en la terapia e interpretaciones funcionales contextuales. Esta regla supone una participación personalmente implicada en la relación terapéutica, consistente en estar presente, ser auténtico (comouno respondería en una situación cotidiana) y correr riesgos sin saber exactamente cómo va a responder el cliente. Esta regla tiene un aspecto de implicación personal que Tsai et al. (2012, p. 73) han calificado como ser valiente.

Regla3: Reforzar positivamente y de un modo natural las CCR2. Esta es la operación terapéutica por antonomasia de la PAF. El reforzamiento se refiere a las consecuencias o contingencias que afectan la fuerza de la conducta, aumentando o disminuyendo su probabilidad y haciéndola más discriminada o adecuada a la situación. El reforzamiento es inherente a la conducta y ubicuo en la vida cotidiana. Las conductas tienen consecuencia y éstas reobran sobre las propias conductas, afectando su curso sucesivo. El reforzamiento es ubicuo también en terapia. Incluso terapias psicológicas no directivas, como la terapia centrada en la persona de Rogers, definida por el supuesto de que no ejerce influencia sobre el cliente (y en su lugar el terapeuta funciona como un espejo), no deja de reforzar diferencialmente su conducta, como se ha visto al estudiar las interacciones en las sesiones terapéuticas, como no podría ser de otra manera, a no ser que cliente y terapeuta deliraran, cada uno por su lado. Lo que se ha encontrado es que el terapeuta, sin quererlo ni saberlo y por tanto de una manera sutil, atiende y responde diferencialmente las conductas de mejoría del cliente, lo que puede propiciar y fortalecer su ocurrencia. El reconocido papel del reforzamiento en el cambio y modificación de conducta ha llevado a su aplicación sistemática por la terapia de conducta y dentro de ésta a la imagen del terapeuta de conducta como alguien que prodiga refuerzos "a granel" ("bien", "muy bien"). Se trataría ésta de una aplicación poco natural, tanto respecto de la vida cotidiana (donde no se prodigan parabienes por cualquier cosa), como

acaso del proceder del clínico en su vida particular.

Deacuerdo con la PAF, el cambio conductual en terapia resulta de lo que hace el terapeuta ante la conducta del cliente. A fin de que el cambio en la terapia se generalice a la vida cotidiana, el reforzamiento ha de ser lo más natural posible. Siempre que las reacciones del terapeuta sean semejantes a las que probablemente encuentre el cliente fuera de la terapia (en la medida en que el terapeuta es representativo de otros con los que el cliente interactúa), el reforzamiento de las mejorías observadas en sesión sería un reforzamiento natural. Así, por ejemplo, un reforzamiento natural de expresión de opiniones o sentimientos del cliente (supuesto que esto fuera un ejemplo de mejoría), podría consistir en interesarse por ellas, tomarlas en serio o corresponder de parte del terapeuta de la manera que él mismo haría con amigos o familiares. Dado que los terapeutas PAF esta blecenrelaciones genuinas con sus clientes desde el principio de la terapia, los terapeutas llegan a ser muy importantes para los clientes y así pueden llegar a ser fuente de poderosos reforzadores para el cambio. Esto significa que, con el tiempo, los clientes notarán y se preocuparán por las respuestas y reacciones del terapeuta, por el impacto que los propios clientes tienen sobre los terapeutas, así como por la dinámica de la relación terapéutica que cambia como resultado de sus conductas. El terapeuta que es consciente de las CCR2 y las ve como etapas de un cambio, es por ello mismo probable que responda a ellas de manera reforzarte, cálida y amigable, lo que ayudará a los clientes a generalizar sus mejorías en la vida cotidiana.

Aunque el reforzamiento natural típicamente refleja contingencias de reforzamiento que existen en la vida del cliente, a veces es necesario reforzar aproximaciones sucesivas a la conducta objetivo aun cuando todavía no tenga el "perfil" para ser reforzadas en la vida cotidiana. Es importante que el terapeuta PAF reconozca y refuerce estas aproximaciones de moldeamiento conductual en orden a establecer una conducta objetivo apta y competente en la vida cotidiana. El terapeuta es más sensible a mejorías y progresos de lo puedan ser las demás personas en los contextos naturales.

El reforzamiento natural consiste, dicho en dos palabras, en feedback y empatía. Mientras que el feedback supone respuesta puntual y sistemática a lo que está ocurriendo en la sesión, la empatía supone conexión y resonancia reveladora de estar ahí con atención plena, participando de tú a tú, más que como observador en tercera persona. La cuestión es cómo crear y darse cuenta de las oportunidades para un reforzamiento positivo natural y cómo hablar con los clientes acerca del proceso de

reforzamiento una vez que ha ocurrido. El reforzamiento es un proceso en curso y ubicuo que se da en todo momento y no excluye ninguna experiencia humana. El terapeuta PAF se centra en lo que está funcionalmente sucediendo en la sesión, mientras la relación está ocurriendo. Los problemas psicológicos de la gente se pueden ver como resultado de una historia de contingencias de reforzamiento y la psicoterapia como una oportunidad para proporcionar contingencias de reforzamiento que mejoren sus vidas, haciéndolas menos constreñidas y más abiertas. Esta regla se podría redefinir como ser cercano.

-Regla 4: Observar los efectos potencialmente reforzantes de la conducta del terapeuta en relación con las CCR del cliente. El terapeuta ha de ser también observador de los efectos potencialmente reforzantes de su conducta en relación con las CCR, no meramente darlos por hecho. Esto supone poner atención en los cambios del cliente y en la relación entre estos cambios y sus "intervenciones" y, en particular, su estilo reforzador. So lamentese puede decir que el cliente ha experimentado reforzamiento si presenta la clase de conductas objetivo con más frecuencia o intensidad. Los autores de la PAF recomiendan que el terapeuta dedique tiempo a explorar cuestiones tales como: ¿qué tiendes a evitar al hablar con tus clientes?, ¿cómo esta evitación repercute en el trabajo con los clientes?, ¿qué tiendes a evitar en relación con tu vida (por ejemplo, tareas, gente, recuerdos, necesidades, sentimientos)?, ¿cómo las evitaciones de tu vida diaria repercuten en el trabajo con los clientes? Esta regla supone ser consciente del propio impacto.

Regla5: Proporcionar interpretaciones relevantes. La interpretación es ubicua a toda terapia, sea que la tenga incorporada como operación terapéutica, incluso principal, como el psicoanálisis, o que no la tenga especialmente reconocida como la terapia de conducta clásica. En general, la interpretación es alguna manera de explicar el fenómeno o caso clínico de acuerdo con un marco de referencia (teoría, modelo, concepción o formulación). Las interpretaciones, explicaciones y marcos de referencia son muy relevantes acerca de cómo los clientes experimentan lo que les pasa y qué pueden esperar y hacer acerca de ello.

Desde el punto de vista de la PAF las interpretaciones más relevantes son aquellas que relacionan las experiencias y conductas del cliente con aspectos del contexto tanto antecedentes como consecuentes, de acuerdo con la historia de aprendizaje. El modelo de una interpretación funcional-conductual se suele representar por el esquema Ed: C R, una especie de A-B-C, como se ha expuesto en el capítulo 1 y se retomará en el siguiente, a propósito de la activación conductual. Una interpretación

funcional-conductual incluye una consideración acerca de cómo pudieron haber sido aprendidas las conductas problemáticas presentadas (CCRI) e incluso fueron y acaso siguen siendo adaptativas para la persona, dadas las circunstancias. Una interpretación funcional-conductual es más útil para los clientes que una en términos intrapsíquicos de motivación inadecuada, baja autoestima o fuerza del ego, porque pone la atención en factores contextuales externos manejables.

La regla 5 contempla la posibilidad de "tareas para casa", como hacen otras terapias, entre ellas la cognitivo-conductual, pero con algunas particularidades. Ante todo, se trata de establecer un "puente" entre la mejoría en sesión y la vida cotidiana. Así, por ejemplo, se puede dar una hoja al final de la sesión para traer en la siguiente en la que se pregunta por el feedback (positivo o negativo) recibido en la sesión, el grado de conexión con el terapeuta, así como se pregunta también acerca de la similitud entre estos aspectos de la relación con el terapeuta y los encontrados en la vida cotidiana. Las tareas para casa también pueden incluir el enfrentamiento de posibles "riesgos interpersonales" como ser asertivo con otros y la expresión de sentimientos positivos y negativos. La idea es interpretar y entender lo que pasa en un marco funcional contextual. La regla 5 enfatiza la interpretación y la generalización.

El cuadro 4.2 resume esquemáticamente los dos componentes básicos de la PAF: las conductas clínicamente relevantes de parte del cliente y las operaciones terapéuticas clínicamente relevantes de parte del terapeuta.

Cuadro 4.2. Componentes básicos de la PAF

Conductas Clínicamente Relevantes (CCR)	*Reglas terapéuticas clínicamente relevantes*
CCR1: Los problemas del cliente en sesión CCR2: Las mejorías del cliente en sesión CCR3: Interpretaciones del cliente de su propia conducta, lo que incluye sus causas	Regla 1: Observar y ser consciente de las CCR Regla 2: Crear un contexto que evoque las CCR Regla 3: Reforzar positiva y naturalmente CCR2 Regla 4: Observar capacidad reforzante Regla 5: Proporcionar interpretaciones relevantes

4.4.3. Operaciones y procesos del cambio

La PAF trata de establecer una equivalencia funcional entre las situaciones del cliente en la vida cotidiana y las situaciones dentro de la terapia. Es tarea del terapeuta percibir y propiciar un paralelismo fuera-dentro, entre la vida cotidiana y la situación en terapia (Valero-Aguayo, Ferro-García, Kohlenberg y Tsai, 2011).

El terapeuta está continuamente atento a las CCR (Regla 1), a si son CCRI o CCR2, es decir, problemas o mejorías. Pero el terapeuta no sólo está atento a si ocurren las CCR, sino que trata de crear las condiciones para que ocurran en sesión (Regla 2). Con todo, la principal operación terapéutica consiste en reforzar las CCR2, es decir, las posibles mejorías observadas en terapia (Regla 3). Siendo él mismo parte del proceso terapéutico, el terapeuta ha de ser consciente de su influencia o impacto sobre el cliente, con particular atención a su función como fuente de reforzamiento (Regla 4). El conocimiento de la historia personal y circunstancias actuales del cliente le permite al terapeuta explicar su conducta en la relación terapéutica, de modo que puede ofrecer interpretaciones funcionalescontextuales (Regla 5), más relevantes clínicamente, por verdaderas, inteligibles y manejables. La PAF es una terapia que se atiene a lo que está ocurriendo en sesión, en vez de hablar acerca de lo que pasó y debe hacer el cliente y de disputar sus cogniciones inadecuadas (creencias irracionales, errores de atribución, sesgos cognitivos). De hecho, la PAF no trata de eliminar directamente las conductas inadecuadas o síntomas, sino de identificar y manejar las condiciones de las que éstas dependen, poniéndolas en juego en el propio curso de la relación terapéutica. Dentro de esta interacción real, no quita que lo que ocurre en terapia, incluyendo las "intervenciones" terapéuticas, se haga explícito, se clarifiquen las propias reglas del terapeuta y se establezcan equivalencias con la vida real.

•Las cogniciones y las creencias en la PAF

La PAF como terapia de raigambre conductista radical, no sólo no niega el mundo interior, sino que todas las actividades mentales consistentes en pensar, creer, tener las cogniciones que sea, sentir, experimentar, etc., se toman en serio por derecho propio y no a modo de hipótesis o constructos. La posible diferencia conductista es que considera innecesario, por incierto y engañoso, tomar estas "actividades mentales" como explicación y presuntas causas de la "conducta", referida por lo común a la conducta ejecutiva observable, como si las demás no fueran también conductas e incluso observables, si quiera para uno, el propio sujeto. Aunque el conductista niega la existencia de estructuras cognitivas y esquemas subyacentes, está bien interesado en las experiencias y procesos cognitivos, en lo que la gente piensa y cree. El mundo interior, las actividades mentales o, como se suele decir, los "eventos privados" no dejan de ser conductas, con sus controles estimulares, antecedentes (Ed) y consiguientes (R). Asimismo, los eventos privados pueden

tener propiedades discriminativas y evocativas, de manera que lo que uno piensa puede influir en cómo se siente y en lo que hace.

Tan dogmático sería negar que el pensamiento influye en la conducta abierta, como suponer que toda conducta abierta tiene causas cognitivas. La cuestión desde el punto de vista conductual es que la posible influencia del pensamiento en el sentimiento y en la acción conductual, y viceversa, tiene que ser explicada por la historia de aprendizaje y el contexto actual. Los eventos privados forman parte de una corriente de contingencias con su particular historia y contexto de referencia. Lo que no resulta satisfactorio en la perspectiva de la PAF es considerar que los eventos privados (pensamientos, sentimientos) son las causas de las conductas, toda vez que tendrían que ser explicados a su vez por la historia de reforzamiento y contingencias vigentes. Los eventos privados son estaciones intermedias que forman parte de una corriente de contingencias, de manera que no podrían ser tomados como causas.

4.5. El yo, sus trastornos y su fortalecimiento

Siendo el yo ubicuo en la vida cotidiana, así como en la psicología, no podría ser de otra manera en psicoterapia. Muchos clientes presentan problemas en términos de no saber "quién soy", sentir "vacío", tener "baja autoestima", querer encontrar su "verdadero yo", etc. Toda psicoterapia que se precie, no dejará de reconocer que encuentra problemas del yo. Si no directamente presentados, como los problemas apuntados, se encontrará al menos con aspectos que conciernen al yo: cómo se siente uno y cuál es su perspectiva de la vida y de los propios síntomas o malestares. Al fin y al cabo, el terapeuta habla con un "tú", que desde su lado es un "yo". Pero, el "yo" no es meramente un pronombre personal de primera persona ("yo soy fulano de tal"). El yo es la identidad personal ("yo soy el que soy", dice Dios a Moisés, "yo sé quién soy", dice don Quijote), es el sujeto de la acción ("yo hice" esto y lo otro, "yo digo" tal y cual, etc.) y es el centro de la experiencia de sí mismo por la que uno se siente como se siente ("vacío", "bajo de autoestima", "orgulloso", "enajenado", etc.).

Dado que no figura entre los términos técnicos del conductismo, ni del análisis de la conducta, enfoques que por lo demás fueron críticos con determinados usos del yo (en particular, como agente causal), puede sorprender que los conductistas tengan algo que decir del yo. Lo cierto es que Skinner ha dedicado capítulos enteros al concepto del yo en varios libros: en Ciencia y conducta humana, de 1953, con sendos capítulos titulados "El `sí mismo- y "Autocontrol"; en Sobre el conductismo, de 1974, el capítulo "El yo y los otros"; y en Análisis de la conducta: una visión retrospectiva, de 1989, el capítulo "El yo

como punto de partida". En un artículo titulado "Persona, conducta y contingencias (una visión estética del conductismo)" se han identificado distintas pero complementarias ideas conductistas de persona como sistema organizado de respuestas, locus de la conducta y autocontrol (Pérez-Álvarez y García-Montes, 2006).

Hablar acerca del yo y, para el caso, tener experiencia y conciencia de sí mismo, no dejan de ser conductas y por tanto relevantes al conductismo y al análisis de la conducta. El yo es una parte importante de la conducta humana y Skin ner se ha interesado en poner de relieve cómo y por qué es así. El planteamiento de Skinner fue seguido y reelaborado por la PAF. La reelaboración de la PAF muestra el carácter emergente del yo como unidad funcional y perspectiva común a todas las experiencias y conductas y, de esta manera, muestra también su posible desarrollo desadaptativo y la posibilidad de recuperación en terapia. En primer lugar, se expondrá el concepto del yo como unidad funcional-experiencial y perspectiva común y, a continuación, los desarrollos desadaptativos más frecuentes en clínica y su posible psicoterapia.

4.5.1. La experiencia del yo como unidad funcional y perspectiva común

La cuestión para Skinner y la PAF es cómo y por qué surge el yo: cómo se desarrolla y cuál es su función. Por más natural que parezca, el yo no es un fenómeno natural, auto-originario, que emerja en el desarrollo como el pelo o los dientes. El hecho de que sea común y prácticamente universal en nuestra sociedad no deja de suponer condiciones comunes y universales de las que depende: una comunidad verbal. Téngase, para empezar, el siguiente ejemplo de Skinner, en Ciencia y conducta humana. Decir "hay un arcoíris" no es lo mismo que decir "veo un arcoíris". Mientras que la primera expresión es un "tacto" - de acuerdo con la terminología introducida - por medio del cual "contactamos" con un evento ahí dado (en este caso el arcoíris), al decir "veo un arcoíris" contactamos con la propia conducta de ver, lo que sería un "autotacto", donde el arcoíris queda en segundo plano. De acuerdo con Skinner, hablar acerca de nuestra propia conducta (autotacto) sería el punto de partida para el desarrollo del "yo". No sólo veo un objeto, sino que también puedo ver que estoy viendo un objeto. Esto ocurre cuando la comunidad verbal dispone las contingencias bajo las cuales no sólo vemos un objeto sino que reparamos en la conducta de verlo, cuando los demás dicen "mira esto", "fíjate bien", "¿no lo estás viendo?", ",qué estás viendo?", etc. Los demás son los primeros interesados en que "contactemos" con lo que hacemos. Con el tiempo, es útil para el propio individuo aprender a hablar acerca de lo que uno hace: estoy viendo, sintiendo, pensando, recordando, etc.

La cuestión es que el contexto interpersonal en el que los niños aprenden a hablar, el

"yo" y el "mi" (o "nene") emergen como unidades invariantes de formas más amplias de habla que varían continuamente. Así, surge la experiencia del "yo" como perspectiva, tanto respecto de otros, como respecto de sí mismo. La PAF describe la emergencia del "yo" como unidad funcional de acuerdo con tres etapas, según la figura 4.2.

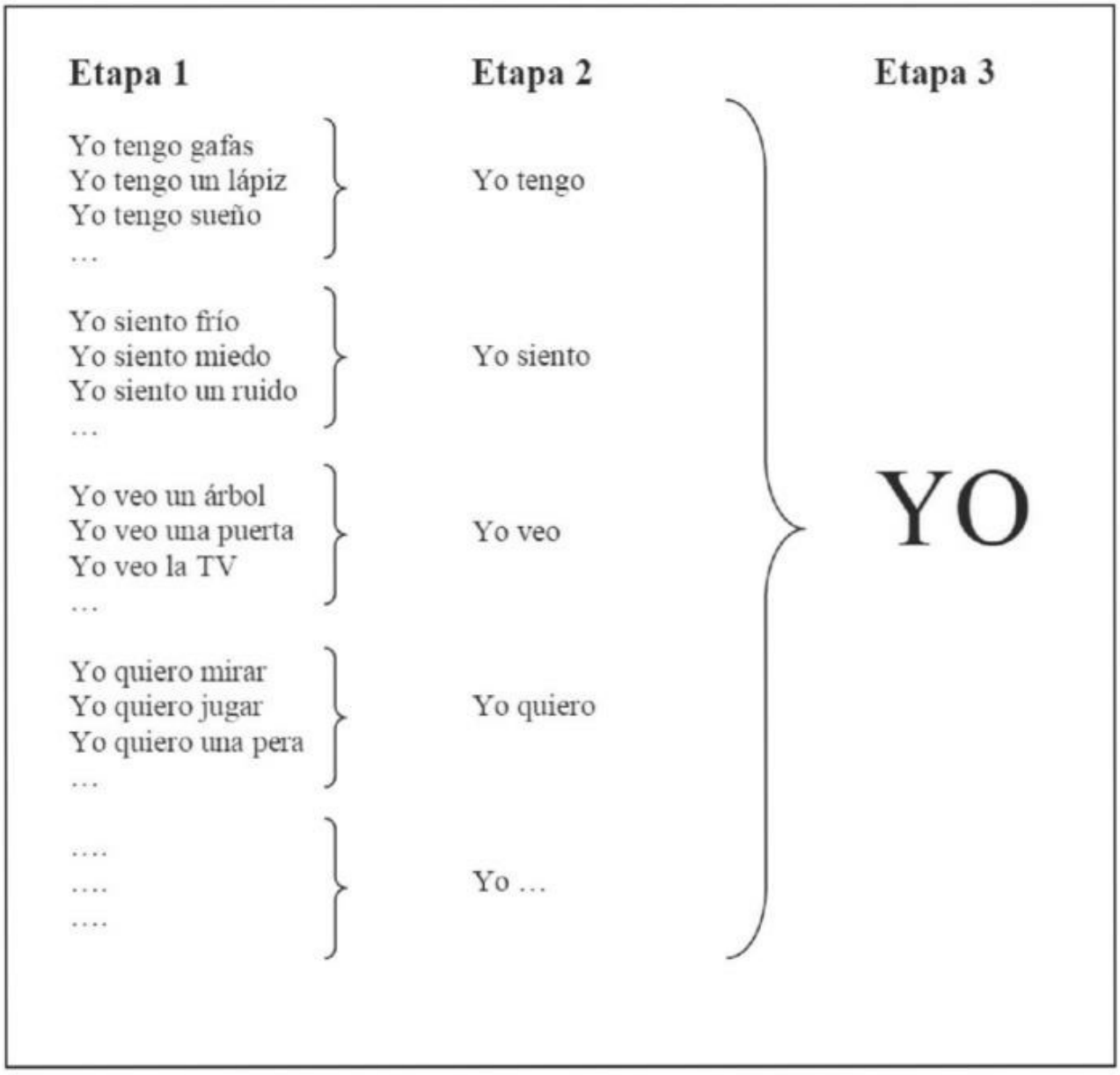


Figura 4.2. La emergencia del yo como unidad funcional.

En la primera el niño aprende unidades grandes como yo tengo esto y lo otro, yo siento o me siento de esta y otra manera, yo veo tal y cual, yo quiero esto, yo voy a tal sitio, yo estuve allí, yo soy más alto... En la segunda etapa emergen unidades funcionales más pequeñas, como "yo tengo", "yo siento", "yo veo", etc., que admiten infinidad de objetos

particulares. Fácilmente, emergen unidades nunca dichas, ni reforzadas. En la tercera etapa emerge la unidad más simple e invariante "Yo". Desde el punto de vista conductista radical no se trata meramente de constatar las formas verbales públicamente observables, sino de considerar como cuestión de hecho, también, la experiencia del "yo", observada en privado por uno mismo. La experiencia de "yo" procede de los estímulos en función de los cuales se dan las respuestas de "yo" ("mi", "nene") en cada instancia de cada una de las tres etapas. Las estimulaciones que están en la base del "yo" no están, ciertamente, ni en primer plano para uno ni a la vista para otros, pero no dejan de suponer una estimulación privada concomitante, accesible al propio niño. En el caso de un dolor o de sensaciones corporalmente sentidas, está claro que "me" duele a "mí", soy "yo" el que tiene el dolor o la sensación (hambre, frío, ansia, etc.). Pero cualquier conducta no deja de implicar una estimulación privada que conlleva la experiencia de "yo", siquiera sea la actividad corporal de mirar, de fijarse bien, de jugar, de sentarse bien y, en definitiva, de estar situado en el sitio en el que se está.

En términos de la PAF, el "yo" es un tacto bajo el control de los estímulos que son comunes a cada uno de los tactos "yo tengo, "yo veo", "yo siento", etc. Un ejemplo de validación de la experiencia del "yo" por parte de los demás ocurre si los padres toman en serio lo que dice el niño cuando ve o vio lo que los padres no están viendo o imagina algo, así como cuando toman en serio sus deseos y preferencias, atenidas a las circunstancias apropiadas (en la mesa a la hora de comer, en un lugar de recreo, etc.).

La emergencia de la experiencia de sí mismo o autoexperiencia asociada a la unidad funcional del yo como sujeto de la conducta implica también la emergencia de la perspectiva única, de uno como centro de referencia. La perspectiva concomitante a la experiencia del "yo" deriva de un marco relacional que conjuga términos correlativos como yo/tú (o él), aquí/allí (o ahí) y ahora/entonces (antes o después). Las dos primeras son relaciones espaciales y la última es una relación temporal. La perspectiva del "yo" emerge de su posición única en el tiempo y el espacio, por su condición corpórea, como cuerpo vivido. La unidad funcional y experiencial del yo viene dada por la perspectiva única yo-aquí-ahora, correlativa de la relación yo/tú, aquí/allí y ahora/entonces. El yo no brota de dentro, ni se funda a sí mismo, sino que emerge y se constituye en relación con otros "yos" llamados "tú". En realidad, es posible que uno empiece siendo antes un tú ("nene") para los demás que el yo propiamente que termina por ser. La inevitable posición aquí-y-ahora se constituye, tanto para establecerse como para relativizarse, respecto del ahí o allí donde necesariamente está el otro y respecto de una continua variación en el tiempo (el yo como permanencia en la variación). Se ha desarrollado una Escala de Experiencia del Yo

(EOSS), con fiabilidad y validez probadas en muestra española (Valero-Aguayo, Ferro-García, López-Bermúdez, y Selva-López de Huralde, 2012).

4.5.2. Trastornos del yo

Los trastornos del yo se conciben a tenor del desarrollo del yo como unidad experiencial y funcional. Se conciben a lo largo de un continuo de "gravedad", según el grado de control privado alcanzado. Así, se encuentran problemas leves, como el "yo inseguro", el "yo inauténtico" o el "yo narcisista", y más graves como el "trastorno límite de personalidad" y la "personalidad múltiple", y aun se añadiría la esquizofrenia. En general, se entiende que los problemas del yo derivan de prácticas educativas que fueron inconsistentes, caóticas, aversivas o invalidantes, de manera que, dependiendo de su frecuencia e intensidad, así terminaría por ser el control privado y el consiguiente trastorno.

Yoinseguro. El caso más general y común de trastorno del yo podría ser el yo inseguro, caracterizado por la dificultad e inseguridad para decir "yo" como inicio de una acción verbal (sea, por ejemplo, "yo quiero tal"), de modo que uno estaría más pendiente de claves ambientales (por ejemplo, lo que puedan querer otros) que de sí mismo (de su preferencia en aquel momento). La persona insegura tendría más control externo que control privado, en situaciones que demandarían justamente este control (porque se preguntara, por ejemplo, "¿qué quieres?"). Así, puede que uno no sepa qué quiere realmente y tenga siempre dudas acerca de si se está comportando como se espera, todo ello quizá más indicativo del escaso control privado que del impositivo control público. Se puede entender que este "yo inseguro" se ha aprendido en las prácticas sociales en las que los demás hayan decidido por uno (al margen de su preferencia), hayan castigado las decisiones de uno tomadas en función de sus propias preferencias, hayan sido inconsistentes en esto y, en fin, no hayan dado la oportunidad para el aprendizaje de un cierto control privado ("cierto" tanto por mínimo como por verdadero).

Yoinauténtico. El yo inauténtico se caracteriza por la preocupación de ser uno mismo, si lo que hace es por sí mismo o debido a los condicionantes sociales. Se trata de una problemática muy propia de una sociedad reflexiva, como la actual, que por un lado da las reglas de la conducta y hasta proporciona los modelos y, por otro, pide ser uno mismo. Siendo así, la tarea de la persona es complicada, tratando de ser lo que parece, de acuerdo con la imagen socialmente comprometida, y a la vez tratando también de ser lo que es de por sí. Puesto que un yo auténtico como auto-originario y exento de condicionamientos no existe, la preocupación por la autenticidad puede

suponer ella misma un trastorno. A veces, tratando de ser original, uno pue decaer en manierismos o formas raras (frikis) de ser. El dilema es que uno pretende hacer pie en un control privado que no existe en términos de una prístina autenticidad o pretende construir una originalidad que fácilmente incurre en la extravagancia. Por otro lado, si uno no es más que los papeles asignados, no sería nada ni nadie. Esa es la cuestión: ser o no ser.

Yonarcisista. El caso del yo narcisista se caracteriza por la dependencia de la admiración de los demás para reconocerse a sí mismo. Puesto que el narcisista no se siente a gusto más que si es el centro de atención, la experiencia de sí mismo (su control privado) está a expensas de la admiración pública, quedando al descubierto su vacío cuando ésta falta. El reforzamiento de las conductas de llamar la atención, así como la profusión de parabienes al margen de algún mérito personal, quizá estén en la base de lo que terminaría por ser toda una personalidad narcisista. Si es así, habría que admitir que las gentes de la sociedad actual son muy propensas al narcisismo, sobre todo, si se tiene en cuenta la cantidad de parabienes y admiración que reciben los niños por trivialidades, simplemente, por estar ahí. No es casual que la sociedad actual haya merecido el diagnóstico de cultura del narcisismo y se hable de epidemia de narcisismo.

Personalidadlímite. La "personalidad límite" representa un trastorno, generalmente más grave, en el que está implicado y complicado el control privado de diversas maneras, porque se trata de un trastorno borroso, por fronterizo entre varias ambivalencias. Así, se pueden dar ambivalencias entre la pasividad activa (solicitando ayuda en crisis) y la competencia aparente (mostrando resolución en otras situaciones) y entre la crisis implacable (estando abrumado) y la inhibición emocional (pareciendo impasible). Si se tiene en cuenta que estas fluctuaciones incluyen sentimientos de vacío, alteraciones de la identidad y la necesidad de apoyo de los demás a la vez que su temor, se ha de entender que el yo o la personalidad límite es contraejemplo del control privado que define la noción y experiencia del yo. La historia de reforzamiento que daría lugar a la personalidad límite parece ser la contrafigura de la historia requerida para la emergencia del yo como unidad funcional o de la personalidad como sistema organizado de respuestas.

-Personalidad múltiple. Más allá de los múltiples papeles que cada individuo desempeña en un día y a lo largo de la vida, la personalidad múltiple es un diagnóstico controvertido que se refiere a la coexistencia de dos o más personalidades distintas, con repertorios conductuales que podrían caracterizar a personas diferentes, en un

mismo individuo corpóreo. El caso más interesante es el que supone la ignorancia o falta de conciencia de unaspersonalidades respecto de las otras sea, por ejemplo, del huésped o persona de partida respecto del álter ego o varios de ellos. La personalidad múltiple se suele explicar en relación con respuestas evasivas ante experiencias traumáticas infantiles de otra manera inescapables, consistentes en adoptar el papel autodefensivo de "no soy yo quien está sufriendo esto". Sin embargo, también podrían ser respuestas estratégicas que ponen en juego los adultos para "salirse con la suya" a cuenta de actuar papeles fingidos que les reportan protagonismo (disfrutes, atenciones, evasiones) que, de otra manera, no conseguirían. Lo que puede ocurrir, si es que no todo es un engaño perfectamente desempeñado, es que de tan bien fingir se termine por forjar todo un autoengaño que el propio individuo vive con autenticidad (Pérez-Álvarez, 2005). Un caso de autoengaño se da probablemente en la hipnosis (Pérez-Álvarez, 1999). Con todo, no deja de ser un problema, porque bastante problema debe ser tener que fingir en serio que eres otro para sobrellevar la vida que te toca.

Laesquizofrenia como trastorno del yo. El hecho básico que subyace a los "síntomas" por los que se diagnostica la esquizofrenia es una particular alteración de la experiencia de sí mismo y del mundo. Mientras que el comienzo de la esquizofrenia consiste en una crisis del sentido de sí mismo, la recuperación supone la recuperación del sentido del yo. Más específicamente se trataría de una alteración de la ipseidad, referida al sentido básico del yo, como centro y núcleo de la experiencia. La ipseidad constituye la autoexperiencia corporal prerreflexiva, tácita e implícita, distinta aunque inseparable, del yo reflexivo. La esquizofrenia como trastorno de la ipseidad se caracteriza por la hiperreflexividad (consistente, en este caso, en experimentar aspectos de uno normalmente tácitos), por el sentido disminuido de sí mismo y por la alteración de la experiencia del mundo. Mientras que los dos primeros aspectos suponen una alteración del normal sentido del yo como centro de la experiencia o control privado, el tercero supone la alteración del normal contacto vital con la realidad. (Pérez Álvarez, 2012b).

4.5.3. Estrategias para la mejora de problemas del yo

En general, los problemas del yo se observan en sesión, donde el cliente parece estar alerta, cauteloso, temeroso y pendiente de la opinión e impresión del terapeuta, lo que podrían ser CCR1, indicativas de dificultades relacionadas con el control privado. El contexto de la terapia puede proporcionar condiciones para un fortalecimiento del control privado, en la medida en que el terapeuta refuerce conductas verbales iniciadas con "yo",

consideradas CCR2. El fortalecimiento del yo ocurre normalmente en terapia, en la medida en que el terapeuta refuerza respuestas de control privado del tipo "yo x", al hilo de preguntar al cliente qué le esta pasado (qué sientes, qué piensas, etc.). De hecho, clientes que al principio de la terapia tienen dificultades para responder a la pregunta "qué estás sintiendo ahora mismo", terminan por entrar en contacto con sentimientos privados y ser conscientes de que ellos están haciendo eso: autoobservando eventos privados (sentimientos, pensamientos, imágenes), no meramente teniéndolos. La condición para ello es un terapeuta que se muestre compasivo, sensible y en sintonía, condiciones para un reforzamiento natural. Aunque un fortalecimiento del yo observador puede ocurrir en toda terapia psicológica, la PAF lo promueve sistemáticamente y aun se podría decir con "conocimiento de causa", conocidas las contingencias de las que dependen. Se señalarán algunos procedimientos a este respecto (Kohlenberg y Tsai, 2008; Kohlenber, Tsai, Kanter y Parker, 2009).

-Reforzar el habla en ausencia de indicaciones externas específicas. Un modo de ayudar al cliente a desarrollar un mayor control privado consiste en adoptar por parte del terapeuta una actitud de pasividad, permaneciendo atentamente en silencio, ahí presente, escuchando, sin preguntar ni juzgar. Una variante podría ser una tarea de "libre-asociación" pidiéndole que diga lo que se le ocurra, como posible oportunidad para evocar CCR2 consistente en respuestas de "yo x" bajo control privado. Esta actitud y en su caso la tarea citada pueden resultar incómodas en las primeras sesiones, de manera que deben estar debidamente contextualizadas en el curso de la terapia. Una posible reacción del paciente a esta incomodidad como decir "no aguanto esto" podría ser vista como una CCR2 y así ser reforzada tomándola en serio por el terapeuta, en vez de permanecer pasivo.

Ajustarlas tareas terapéuticas al nivel del control privado del repertorio del cliente. La idea es que el terapeuta puede variar el ajuste de pasividadestructuración, valiéndose del grado de estructuración de la libre asociación, antes citada. Así, una tarea inestructurada de libre asociación se podría introducir con las instrucciones (psicoanalíticas) siguientes: "Diga cualquier cosa que se le venga a la mente - todos los pensamientos, sentimiento e imágenes. Es importante no censurar nada. Cuente lo que se le ocurra, aunque le parezca que no es importante, que no tiene sentido, que es trivial, embarazoso o lo que sea". Se le pide al cliente que siga haciéndolo sin feedback del terapeuta. Esta tarea es similar a un ejercicio de mindfulness, excepto en que se le pide al cliente que los pensamientos, sentimientos e imágenesque se permite tener sin juzgarlos, los diga en alto. El caso es que el cliente diga "yo pienso

tal", "yo siento tal", "yo veo tal", etc., bajo condiciones que, según se entiende, favorecen el control privado. Una tarea más estructurada de libre asociación podría consistir en completar sentencias, en asociar palabras o en la tarea de "el cine en tu mente". De acuerdo con esta última tarea, se le pide al cliente que, supuesto en un cine con la pantalla en negro, se imagine sentado allí donde está ahora mismo con el terapeuta. Entonces, la película va retrocediendo con el cliente saliendo y metiéndose en el coche y continúa cada vez más rápido hasta diluirse la imagen. Entonces se le pide que detenga la imagen y describa la escena que aparece. La cuestión es reforzar cualquier respuesta "yo tal", dado que probablemente se encuentre bajo control privado. En Kohlenberg y Tsai (2008, pp. 167-171) se encuentra un ejemplo de estos procedimientos.

Reforzartantas expresiones "yo x" del cliente como sea posible. Dentro de que la idea es reforzar cuantas más conductas verbales del cliente iniciadas como "yo...", especialmente significativas serían aquellas en las que las afirmaciones del cliente difieren de los propios sentimientos y opiniones del terapeuta. La especial importancia de estas conductas deriva de que más probablemente están bajo control privado. Se trata, por lo demás, de una actitud de respeto hacia el cliente, como es atender y tomar en consideración expresiones distintas a las del terapeuta.

Promocióndel yo como observador. De acuerdo con la idea del yo como unidad funcional y perspectiva común, fundada en la distinción entre una conciencia del objeto ("hay un arcoíris") y una conciencia de sí mismo ("veo un arcoíris"), puede ser interesante promover la experiencia de uno mismo como observador respecto de los eventos observados: siempre unos u otros pero un yo que permanece. Las condiciones del yo observador dependen en buena medida del control privado, como estímulo discriminativo de la perspectiva del yo, distinto del estímulo discriminativo del evento mismo. No es igual tener el pensamiento automático de que "soy un estúpido", el cual puede ser un estímulo discriminativo que evoque sentimientos problemáticos, que pensar que "estoy teniendo el pensamiento de que soy estúpido", el cual puede ser un estímulo discriminativo del yo observador como relativamente distinto del evento acaecido. Asimismo, no es igual el estímulo discriminativo o condicional que evoca una respuesta de ansiedad (un estado corporal), que el estímulo discriminativo que controla la autoobservación de que esto es ansiedad.

La concepción conductual del yo y las estrategias derivadas para su fortalecimiento se han centrado, sobre todo, en relación con los problemas del yo en el sentido de los trastornos de personalidad, pero serían igualmente aplicables a la esquizofrenia, concebida

como un trastorno de la ipseidad (Pérez Alvarez, 2012b, Pérez Álvarez et al., 2011). Aunque hasta ahora la terapia de aceptación y compromiso (a presentar en el capítulo correspondiente) es, de entre las terapias de tercera generación, la más extendida a los trastornos psicóticos (Morris, Johns y Oliver, 2013), la PAF es la que ofrece una perspectiva radical, centrada en la raíz y núcleo del problema que, según se ha apuntado, sería una peculiar alteración del yo, susceptible de ser mejorada en el contexto de la "química" interpersonal de una terapia como la PAF (Pérez Álvarez y García Montes, 2012).

Como en general ocurre con las terapias contextuales, la PAF no es tanto un conjunto de procedimientos y técnicas específicas, como de principios generales, con base en el conductismo radical. Para llevar a cabo una terapia PAF no se necesita ser un conductista por así decir "convicto y confeso". Sin embargo, se ha de tener claridad en la filosofía contextual-funcional y en principios de análisis funcional de la conducta, con particular interés en la conducta verbal. Aunque la PAF es una terapia por sí misma, también puede ser integrada para la mejora de otros enfoques terapéuticos. Como concluyen Rafael Ferro, Luis Valero y Miguel Ángel López, siguiendo a los fundadores de la terapia, la PAF puede ayudar a: (1) aprender y enseñar formas de pensar más eficaces; (2) incrementar actividades que obtengan realización, logro y disfrute en la vida; (3) considerar otras causas de los sentimientos negativos y de las actividades afectivas; (4) centrarse en el aquí y ahora, y (5) centrarse en las relaciones terapéuticas como una forma de aprender nuevos patrones de relación con los demás" (Ferro García, Valero Aguayo y López Bermúdez, 2007, p. 456).

El estudio de los procesos de cambio implicados en la terapia psicológica de la manera clara y distinta que lo hace la PAF (Valero Aguayo, Ferro García, Kohlenberg y Tsai, 2011), puede ser apreciado por todo psicoterapeuta. Particularmente, el hincapié en la relación terapéutica como oportunidad para promover y reforzar conductas que suponen mejoría es algo que ocurre en toda psicoterapia, lo sepa y lo pretenda o no el clínico, que en la PAF se hace con conocimiento de causa. Por lo que aquí respecta, la PAF puede ser una buena entrada y un buen marco para las terapias contextuales.

5

Activación conductual

La Activación Conductual (AC) es una terapia desarrollada para el tratamiento de la depresión y prevención de su recaída que se centra directamente en el cambio conductual. Más específicamente, se centra en la activación de conductas operantes y en los procesos que las inhiben, en orden a aumentar el contacto con las contingencias de manera que pudieran proporcionar mejores condiciones de vida, incluyendo recompensas, solución de problemas y cambios favorables. La AC tiene su base en principios del análisis funcional de la conducta aplicados al entendimiento de la depresión y su tratamiento ya en la década de 1970, pero que treinta años después recobran su momento, no sin avances teóricos y empíricos. La AC es ahora una de las más destacadas terapias de tercera generación, ejemplo de enfoque contextual. Es una de las últimas terapias en establecerse entre las terapias contextuales de tercera generación que, sin embargo, tiene una más clara estirpe conductual, proveniente del análisis de la conducta de la primera generación. Se puede decir que es una nueva vieja terapia de conducta, renovada al hilo de sucesivos desarrollos y del vigente espíritu contextual. Dos razones hacen importante la AC: su eficacia probada y su base en principios claros y distintos, fáciles de entender y, tenido claro el modelo, hasta fáciles de aplicar. La AC es un buen ejemplo de "terapia de calidad" sobre la consideración de parsimonia, facilidad y eficiencia, que se reivindica en el proceloso mundo de las más de cien terapias "bien establecidas" (Cougle, 2012).

5.1. Aspectos distintivos

La AC tiene una serie de aspectos distintivos, teóricos y prácticos. Empezando por los teóricos, se refieren a su peculiar historia, su consideración de la conducta humana, su versión del modelo A-B-C y su filosofía funcional-contextual (Kanter, Bush y Rush, 2009).

5.1.1. La peculiar historia de la A C

La peculiar historia de la AC se refiere a los vaivenes del papel de la conducta en la depresión al hilo del espíritu de los tiempos. Primero fue un potente modelo conductual, después vino la prepotente teoría cognitiva y finalmente se tiene una competente AC. Se recordarán brevemente estas vicisitudes.

En el principio estaba Ciencia y Conducta Humana donde Skinner, en 1953, establece el análisis funcional de la conducta aplicado a todas las actividades humanas, en capítulos dedicados a la educación, a la religión, al gobierno y la ley, a la conducta social y al autocontrol.

El análisis funcional de fenómenos clínicos, incluyendo la depresión, fue desarrollado por C.B.Ferster a principios de la década de 1970. En particular, su análisis funcional de la depresión es un clásico (Ferster, 1973), que todo clínico debiera leer, siquiera fuera porque después de tantas vueltas y revueltas sigue en pie. Este artículo no será la última palabra, pero sí la primera en el análisis conductual de la depresión, alternativo al sobredimensionado análisis cognitivo. De acuerdo con Ferster, la depresión resulta de una historia de aprendizaje en la que las acciones de los individuos no dan lugar a reforzadores positivos del ambiente y, a menudo y a la vez, la acciones de escape o evitación de condiciones aversivas resultan reforzadas negativamente (por lo que evitan, no por lo que consiguen). El decremento de reforzamiento positivo trae dos consecuencias que propician la depresión. En primer lugar, cuando los esfuerzos no resultan recompensados, la gente se centra más en responder a su propia privación que en operar sobre las posibles fuentes de reforzamiento ambiental. Esta consecuencia no es otra que el conocido "encerramiento en sí" y la desesperanza de que algo positivo pueda ocurrir. En segundo lugar, el repertorio de conductas adaptativas del individuo se reduce. Cada vez uno hace menos cosas que puedan cambiar algo y, por el contrario, hace más que sumergen en "depresión", evitando, escapando y rumiando. Se gasta más esfuerzo en evitar o escapar de consecuencias aversivas anticipadas, que en intentar o "tentar" que algo positivo pueda ocurrir.

Además de Ferster, otro pionero es Peter Lewinsohn, citado por el propio Ferster. Lewinsohn reelaboró el modelo conductual de la depresión y desarrolló programas de aplicación (Lewinsohn, 1974; Lewinsohn y Graf, 1973; Lewinsohn, Antonuccio, Breckenridge y Teri, 1984). Lewinsohn enfatiza también la importancia del reforzamiento contingente a la conducta, especificando tres aspectos: el número de eventos potencialmente reforzantes para el individuo (la "racha" de cosas buenas en la vida actual), la disponibilidad de reforzamiento en el ambiente (los cambios en las circunstancias personales) y la conducta instrumental para obtener reforzadores (la habilidad y recursos para moverse en las circunstancias actuales). Sobre esta base, Lewinsohn y colaboradores desarrollaron programas aplicados (Lewinsohn y Graf, 1973; Lewinsohn et al., 1984). Estos programas contienen componentes conductuales y cognitivos. Los conductuales consisten en automonitorización y planificación de actividades agradables.

A pesar del apoyo empírico de los programas de Lewinsohn y otros más desarrollados

en su línea, el tratamiento conductual de la depresión perdió el favor de los tiempos, con el advenimiento de la psicología cognitiva a finales de la década de 1970 y principios de la de 1980. En 1979 aparece el gran libro de Terapia Cognitiva de la Depresión de Aaron Beck y colaboradores (Beck, Rush, Shawy Emery, 1983). La terapia cognitiva integra componentes conductuales y cognitivos, como ya hacía la terapia de Lewinsohn, pero el énfasis ahora es el aspecto cognitivo. Tanto la concepción de la depresión como la explicación de la terapia tendría un marcado carácter cognitivo: una teoría cognitiva de la depresión con base en "esquemas depresógenos" y una terapia cognitivo-conductual confiada a la reestructuración cognitiva. La terapia cognitiva llegaría a ser la terapia más ampliamente investigada y aplicada de los tratamientos empíricamente apoyados para la depresión (Pérez Álvarez y García Montes, 2003). La terapia cognitiva de la depresión extendería el modelo para su aplicación a prácticamente todo el elenco de los trastornos psicológicos, incluyendo la esquizofrenia.

Un estudio de componentes de la terapia cognitiva llevado por Neil Jacobson en 1996 puso de relieve que el componente conductual por sí solo obtiene la misma eficacia que la terapia completa, de la que se supone que el componente cognitivo es esencial (Jacobson, Dobson, Truax, Addis, Koerner, Gollan, et al., 1996). Este hallazgo pone en entredicho el componente cognitivo de la terapia y su explicación con base en la cognición. A igual eficacia, el componente conductual resultaría más eficiente que la terapia completa. Este hallazgo llevó al desarrollo del componente conductual como terapia por sí misma, lo que sería el origen de la AC.

Se da la circunstancia de que en 2001 aparecen dos versiones de AC: una desarrollada por el propio Jacobson y colaboradores (Jacobson, Martell y Dimid jian, 2001; Martell, Addis y Jacobson, 2001) que supone el manual de tratamiento más comprensivo llamado propiamente AC (Kanter, Bush y Rush, 2009; Martell, Dimidjian y Hermann-Dunn, 2010) y otra desarrollada por Lejuez, Hopko y Hopko (2001) que es un protocolo más breve en tomo a unas diez sesiones denominado Terapia de Activación Conductual para la Depresión, TACD (Lejuez et al., 2011). Aunque ambas versiones retoman los conceptos y procedimientos de Ferster y Lewinsohn, sobre la base de la activación conductual, la AC se sitúa en el marco de la evitación conductual y la aceptación en la línea de ACT y, por su lado, la TACD se sitúa en el marco de la "ley de igualación" de Hersntein, según la cual la depresión depende a la vez del reforzamiento aumentado de las conductas depresivas como, por ejemplo, permanecer en casa o hablar de lo mal que se siente y del reforzamiento disminuido de conductas saludables no depresivas. Jorge Barraca ofrece una excelente exposición de ambos protocolos (Barraca, 2009). Aquí se va a tomar como

referencia el formato más comprensivo de AC.

El estudio de la eficacia de la AC no se hizo esperar. La AC fue puesta a prueba de acuerdo con uno de los diseños experimentales más cuidadosos y exigentes en el estudio de la eficacia de terapias psicológicas (Dimidjian et al., 2006). En concreto, se comparó AC con terapia cognitiva, con paroxetina y con placebo en una ensayo aleatorizado. Mientras que todos los tratamientos, incluyendo el placebo, fueron prácticamente igual de eficaces en la depresión moderada, la AC y la paroxetina fueron superiores a la terapia cognitiva y el placebo en la depresión mayor, mostrando la AC una menor tasa de recaídas que la paroxetina (Dimidjian et al., 2006). Los resultados se mantenían en un seguimiento de dos años (Dobson et al., 2008). La AC se ofrece hoy como uno de los tratamientos más eficaces para la depresión, incluyendo las depresiones más graves. Por su parte, la TACD también cuenta con diversos estudios que muestran su eficacia. Siendo TACD más breve y flexible, incluyendo la modalidad de una sesión única, y cinco como una referencia común, podría ser la elección en casos donde una aplicación más expeditiva y breve fuera deseable. Por su parte, la AC podría ser el tratamiento de elección en casos más complicados de depresión (Lejuez et al., 2011).

5.1.2. Consideración de la conducta humana

Para el conductista, la conducta no es la mera "conducta motora" como suele suponer la gente. En psicología está establecida la distinción de tres categorías: cognición, emoción y conducta, derivadas de las facultades del alma sistematizadas en el siglo XVIII por la filosofía moderna a partir Wolf, Tetens y Kant: pensa miento, sentimiento y voluntad. Para el análisis de la conducta todas estas modalidades son conductas. Para percibir esta consideración bastaría - es un decir - con cambiar el nombre por verbos. Así, la cognición o el pensamiento serían pensar o estar pensando, la emoción o el sentimiento serían sentir o tener tal emoción y la voluntad sería comportarte de cierta manera. El conductismo no tiene ningún problema ontológico relativo a la teoría de la realidad ni gnoseológico relativo a la teoría del conocimiento acerca del pensar y sentir como conducta privada, por no ser observable. Porque, de hecho es observable, con la particularidad de que lo es para un único individuo: uno mismo. El problema con el mundo privado o si se prefiere mundo interior sería únicamente de accesibilidad, no de naturaleza, cuya naturaleza sigue siendo conductual, por lo que al análisis psicológico se refiere. Otra cosa es el pensamiento como doctrina, sistema filosófico, ideología, etc.

Para los no conductistas, la idea de que los conductistas consideran las experiencias privadas (pensamientos y sentimientos) como conductas puede parecerles desconcertante,

porque cuántas veces habrán oído que los conductistas niegan o rechazan la existencia o relevancia del mundo privado. Lo cierto es que el conductismo radical quiere decir total, sin rechazar ningún evento psicológico por privado que fuera, sino que se hace cargo de lo que la persona sienta y piense. Lo que critica y rechaza el conductismo es la sustantivación o hipóstasis de los procesos conductuales, convertidos en cognición, pensamiento, memoria, voluntad: la reificación como cosas estáticas de actividades y acciones, la conversión del pensar en pensamiento, del sentir en sentimiento, del recordar en memoria, del comportarse en voluntad, sin menoscabo del sentido de los sustantivos. El problema es la sustantivación, hipóstasis o reificación de actividades, acciones, reacciones o conductas como derivadas de supuestas "sustancias" interiores: la mente como sustancia dentro del cerebro y a menudo confundida con él (en realidad, una confusión del neurocientífico de turno).

Más importante, lo que objeta el conductismo es la consideración de las experiencias privadas - pensamientos, sentimientos - como causas de la conducta motora "externa". Los eventos privados son conductas también, no las causas de la conducta. Cuando se utilizan entidades mentales para explicar la conducta se incurre en explicaciones circulares o ficciones explicativas como, por ejemplo, cuando se explican respuestas, acciones o actuaciones inteligentes (que son conductas, verbos), por la inteligencia (un nombre, una entidad mental), acciones para solucionar problemas (conductas, verbos), por cogniciones o pensamientos (nombres, entidades mentales) o razonamientos o discursos (conductas, verbos), por cogniciones o pensamientos de nuevo. De acuerdo con esta perspectiva, pensar es hablar en silencio con uno mismo. Si explicamos lo que hacemos por lo que pensamos y sentimos, siempre queda la petición de principio de por qué pensamos y sentimos así, lo que remite a dar cuenta de las condiciones contextuales del momento, de acuerdo con la historia de aprendizaje que conduce a que los individuos tengan las conductas inteligentes, de pensar, de razonar, de recordar, de sentir o emocionarse que tienen.

La unidad del análisis de la conducta - pública, privada - es la conducta operante. La conducta operante es una conducta, acción u operación definida por sus "junturas naturales": un estímulo "discriminativo" antecedente y un efecto o consecuencia llamada "reforzador". El reforzador, refuerzo, efecto, resultado o consecuencia tiene la propiedad de reobrar sobre la conducta que lo "produce" haciéndola más probable y precisa, así como sobre el estímulo discriminativo, confirmándolo o reafirmándolo como tal. Esta conducta con su efecto puede servir, a su vez, de antecedente para nuevas y consecutivas acciones o producir un cambio ambiental que "discrimina", controla o influye la

correspondiente o pertinente conducta. Lo que acabas de decir influye en lo que vas a decir después, la acción al andar o de una actividad deportiva incluye y controla las subsiguientes acciones, la anotación en la agenda o un recordatorio hacen más probable cierta conducta, los efectos que produces con un bolígrafo al escribir sobre un papel o con una azada al cavar la tierra influyen o controlan las subsiguientes operaciones o relaciones con el ambiente (escrito, terreno). La unidad de análisis en cuanto a su tamaño o complejidad es enteramente variable y flexible dependiendo del tema y problema entre manos. Así, una conducta operante puede consistir en una palabra como leer "a" ante la letra "a" o decir "cállate" ante alguien que está "hablando demasiado", o leer todo un texto o hacer una petición más elaborada que decir simplemente "cállate". O, en otro ejemplo, una conducta operante puede consistir en tocar con un dedo una tecla de un piano, para alguien que está empezando a tocar el piano, dar un paso para alguien que está aprendiendo a andar o rehabilitándose de una pérdida funcional, o dar un concierto o caminar un tiempo o hacer todo un recorrido. La unidad de la conducta se configura según criterios prácticos, para el asunto de que se trate.

Esta consideración no quiere decir que el pensamiento y las cogniciones, así como los sentimientos y las emociones no influyan y tengan efectos en las conductas y acciones "externas" observables. Dejando aparte que lo que uno piensa y siente difícilmente está escondido en el "interior", según implica todo el cuerpo (gestos, movimientos, actitudes, actos, actividades), la cuestión es que el pensamiento y el sentimiento influyen en la conducta (verbal y no verbal) como tales conductas que son: como unas conductas influyen en otras. Ahí está, por ejemplo, la conducta gobernada por reglas, donde las reglas especifican contingencias e instruyen la conducta en relación con ellas. Se trata de cómo unas conductas influyen en otras, tomadas unas como objeto de otras o a través de especificar ver balmente condiciones del ambiente para operar sobre él. En general, se hablaría de "pensar" o "reflexionar" sobre lo que se hace o "hay" que hacer dado el problema o las circunstancias.

La particularidad de la conducta privada (pensar, sentir) es que no tiene ni necesita las modulaciones y controles de la conducta pública. Pensar cómo hablar en silencio con uno mismo ni tiene ni requiere la perfección sintáctica de la escritura ni del discurso para los demás. Así también, los sentimientos comportan su estilística cuando se "expresan" y ponen en juego en un escenario interpersonal, según sea su estatus, familiaridad o confianza. Lo que el conductista discute y niega es que los eventos privados sean la causa de las conductas públicas. Porque siempre habría que remitirse a la historia conductual y "marcos de referencia" en virtud de los cuales (historia y marcos) el "pensamiento" y el

"sentimiento" tienen las funciones de influencia sobre las conductas verbales y no verbales que tienen. Más aún, en esta indagación genética, acerca de la génesis funcional de los eventos privados, no sería difícil encontrar que en el origen está la conducta operante, propia de un sujeto operatorio, corpóreo, dado en un medio físico de objetos y de otros sujetos corpóreos. Es así, que en el origen y al fin y al cabo la conducta-modelo es la conducta operante observada en un organismo en relación con el medio, respecto de la cual se analogan las diversas modalidades de la conducta privada. En términos clásicos, escolásticos, se diría que la conducta operante, práctico-manipulativa, es el primer analogado de la conducta en sus diversas modalidades.

No sólo las conductas "motoras" y verbales son operantes en el sentido de efectoras, sino que también los sentimientos tienen un sentido operante, sobre el medio y, en particular, sobre y en relación con el medio social. Los sentimientos, son, por lo pronto, percepciones y aprehensiones de algún aspecto del mundo. "Sentir" todavía conserva el significado de "percibir", por ejemplo, cuando se dice "sentí que se abría la puerta". Sentir miedo es una forma de percibir un peligro o amenaza presente-ahí. Pero las percepciones, además de implicar el movimiento propio de atender y responder a algo, aun cuando sea imperceptible a los demás - hacerse el muerto por miedo tiene su función operante a costa de no operar ningún movimiento para el depredador-, implican alguna manera de operación tendente a cambiar algo. Si la noción de afecto sugiere afección en el sentido de "sentirse" afectado por algún acontecimiento - donde sentir es doblemente conductual como percibir y hacer, según se ha apuntado-, la noción de emoción ya sugiere abiertamente movimiento ostensible, promovido por algo antecedente y dirigido a cambiar algo del ambiente, a menudo implicando a otras personas. Las emociones agradecen un análisis funcional, relativo a las acciones operantes que comportan, aun cuando pareciera que fueran meramente reacciones a impulsos. Así, el enfado es tanto "reacción" a un estado de las cosas (por ejemplo, una supuesta "injusticia" cometida por alguien), como una "acción" tendente a cambiar el estado de la situación (por ejemplo, haciendo cesar lo que ocurre o imponiéndose uno de golpe, dando un "puñetazo sobre la mesa").

5.1.3. Modelo conductual A-B-C

La unidad del análisis de la conducta, como se viene diciendo, es una estructura de tres términos: antecedente o estímulo discriminativo, conducta operante y consecuente o reforzador. Se trata de tres términos que constituyen una unidad dinámica funcional, debida a una historia de aprendizaje. La conducta siempre ocurre en alguna situación y produce algún afecto. Según sean sus efectos, la conducta tiene más o menos probabilidad de volver a ocurrir y de moldearse y, por su parte, la situación adquiere cada vez más

propiedades o funciones discriminativas acerca de la oportunidad de la conducta. Técnicamente, esta estructura se denomina contingencia de tres términos, por el carácter eventual y condicional de su relación. Si tal estado de cosas, entonces puede que la conducta conduzca o produzca determinado efecto o resultado. La contingencia de tres términos se suele esquematizar de la siguiente manera:

$$Ed: C \rightarrow R$$

Nótese que la contingencia de tres términos tiene una estructura temporal: se tiene una situación presente (Ed), en cuya presencia la conducta (C) opera un eventual y potencial efecto por ocurrir o por venir (R). En este sentido, se podría decir que la conducta opera una apertura sobre el "futuro", al modificar el estado presente, cuya modificación reobra hacia atrás (feedback), sobre la propia conducta y la situación de partida. La situación presente y el posible efecto futuro están correlacionados, puestos en relación, por la operación del sujeto o conducta operante de alguien. La noción de contingencia supone eventualidad y condicionalidad (si... entonces) en una dinámica temporal sobre un horizonte de posibilidad, orientada al futuro, hacia adelante, y dependiente de lo que ocurra. Lo que ocurra deja un nuevo estado de cosas que, a su vez, es ocasión para nuevas operaciones y efectos, en un continuo curso de acciones. Un curso de acciones constituye un drama (del griego drao, hacer y acción) y así toda una vida, más o menos dramática, trágica o cómica. Estas consideraciones inspiraron el título Contingencia y drama para un libro sobre el conductismo: La vida según el conductismo (Pérez Álvarez, 2004).

La contingencia de tres términos se suele presentar de forma más didáctica de acuerdo con un modelo A-B-C, similar y a vez muy diferente del modelo cognitivo A-B-C, presentado en un capítulo anterior. Su coincidencia de términos y su carácter elemental de abecedario permite el contraste entre el enfoque cognitivo o cognitivo-conductual y el enfoque propiamente conductual o conductista y, para el caso, entre la terapia cognitiva de la depresión y la activación conductual. El cuadro 5.1 presenta una comparación entre los dos modelos A-B-C.

Cuadro 5.1. Comparación del modelo A-B-C cognitivo y conductual

Teoría	*A*	*B*	*C*
Cognitiva	Antecedente Acontecimiento vital	*Belief* Creencias; pensamientos	Consecuencias Conductas; emociones
Conductual	Antecedente Estímulo discriminativo	*Behavior* Conducta verbal Conducta no verbal	Consecuencias Reforzadores positivos o negativos, castigos; extinción

En el análisis funcional de la conducta A es el antecedente, B de behavior es la conducta y C es la consecuencia de la conducta (B), dadas las circunstancias o condiciones discriminativas (A). Se trata, pues, de funciones mutuamente constituidas, unas en relación y en función de las otras. La conducta (B) es lo que hace la persona. El antecedente (A) es la ocasión y contexto en cuya presencia ocurre la conducta. La consecuencia (C) es lo que sucede a continuación de hacer lo que se ha hecho. Se dice que A tiene la función de evocar la conducta y C la de reforzarla. La relación A-B-C no es lineal y mecánica, sino dinámica y funcional. La consecuencia de la conducta reobra sobre la propia conducta. La consecuencia se denomina técnicamente reforzador cuando fortalece su ocurrencia y castigo cuando la disminuye. Cuando "nada" ocurre contingentemente a la conducta, no de vez en cuando, sino de forma sistemática se denomina extinción por el efecto que produce de extinguir la conducta. El reforzador que fortalece la conducta se dice que es positivo: cuando supone la aparición de algo "deseable" y negativo: cuando supone la terminación o evitación de algo "indeseable". Así, uno puede mantener altas tasas de conducta o actividad por lo que logra positivo o por lo que evita negativo, lo que psicológicamente no es lo mismo. No es igual jugar hacia adelante marcando goles que jugar defensivamente despejando balones. Por su parte, el castigo se define por el efecto en disminuir la conducta, no por la intención de quien lo aplica ni por su supuesta naturaleza "punitiva". En términos conductuales, el castigo es una cuestión funcional: si funciona en disminuir la conducta es castigo y si la conducta no cambia o incluso aumenta no sería técnicamente castigo.

En relación con la depresión y de acuerdo con el modelo conductual, se entiende que predominan las consecuencias consistentes en reforzadores negativos (hacer más por evitar algo "negativo", que por conseguir algo "positivo"), castigos o "nada", sobre las consecuencias consistentes en reforzadores positivos. Lo contrario cuando uno no está en la condición deprimida, en la que seguramente las actividades positivamente reforzadas y reforzantes predominaban respecto de los reforzadores negativos, castigos o simplemente

nada interesante.

5.1.4. Filosofía funcional conlextual

La filosofía que preside la activación conductual, con origen en el conductismo radical de Skinner, se identifica con el contextualismo funcional (Kanter, Bush y Rush, 2009), que se presentará a propósito de la ACT. Aquí únicamente corresponde tocar algún aspecto relativo al sentido funcional de la conducta y a las dimensiones del contexto. Para el conductista entender el significado de la conducta es entender sus funciones. Y sus funciones se entienden de acuerdo a la historia de aprendizaje y a la situación actual. Se hacen preguntas del tipo ¿cómo afecta la conducta al ambiente?, ¿al servicio de qué está la conducta, ¿qué da lugar a la conducta, qué la evoca y la refuerza o la extingue?

No es fácil entender qué se quiere decir con función porque tenemos asumido que la conducta se debe a nuestros deseos, necesidades o intenciones. Pero, desde una perspectiva conductista, esta explicación en función de conceptos mentales o "eventos privados" puede fácilmente llegar a ser una ficción explicativa, cuando se sustantivas o hipostasian, lo que ocurre a menudo. Sin negar la utilidad y funcionalidad de "explicar" las conductas por los deseos, necesidades o intenciones, lo que se sugiere es que estas "causas" - motivos o razones - no son causas cabales de la conducta, porque siempre queda la cuestión de por qué uno desea lo que desea, lo necesita o tiene la intención de hacer tal o cual. Cualquier padre que pregunte a un niño por qué hizo tal cosa y le responda "porque quería", verá más la futilidad que la utilidad de tal explicación, en particular, si el objetivo es modificar la conducta en cuestión.

El lenguaje de los deseos, necesidades o intenciones también apela al futuro como "causa" de lo que hacemos, porque queremos que algo ocurra. Sin embar go, el futuro es una "causa" que pide a su vez una explicación en términos de las consecuencias que han seguido a la conducta en el pasado. Si bebemos un vaso de agua o decimos "¡hola!" en presencia de alguien es porque en el pasado ha resultado en aplacar la sed o, en su caso, en el saludo de alguien. No hacemos eso porque resultará en el futuro, sino porque resultó en el pasado. De todos modos, tampoco hacemos lo que hacemos simplemente porque lo hicimos en el pasado. En el momento presente estamos en contacto con la experiencia de querer beber habiendo agua ahí o tener que saludar al conocido que viene, y no con las contingencias pasadas. Pero las contingencias pasadas son las que explican las condiciones que "controlan" ahora nuestra conducta. Es lo que en términos conductistas se denomina historia de reforzamiento: la suma de contingencias pasadas que han moldeado la conducta y dan cuenta de por qué es probable que ocurra en el futuro. El pasado está incorporado

formando parte del presente y el futuro es el propio presente, presentido y prefigurado por el pasado. Es como si el pasado tendiera puentes hacia adelante y así el futuro por venir se ofreciera como un espejo retrovisor de lo que va pasando.

La explicación última de las funciones del contexto presente está en la historia de reforzamiento. Los constructos mentales o eventos privados no serían sino, y en el mejor de los casos, "estaciones intermedias" que, aunque útiles como explicaciones abreviadas y socorridas, piden y remiten a una explicación histórica. En todo caso, el foco del análisis de la conducta está en el contexto presente, actual, con miras a lo que pudiera suceder, eventual y contingentemente. Ya se ha señalado anteriormente la estructura temporal de la contingencia de tres términos, que relaciona en una unidad funcional el estímulo discriminativo presente con la eventual contingencia futura, por ocurrir, cuya ocurrencia o no reobra en todo caso sobre el estado actual de las cosas.

El énfasis que pone el análisis funcional de la conducta en la conducta operante, como referencia y modelo de conducta (como primer analogado se dijo antes) y no en una conducta o actividad mental, sugiere el carácter precisamente operante, activo y proactivo, propio de un sujeto corpóreo que actúa y reacciona en un medio, no tanto un medio ambiental físico como un medio social o mundo. En este sentido, la contingencia de tres términos, como contingencia inmediata entre manos y microcontingencia que es, siempre está inserta en macrocontingencias y marcos relacionales constituidos por normas, reglas, tradiciones e instituciones que organizan la vida humana. Mientras que un análisis microcontingencial comprende las relaciones de un individuo con su entorno en situaciones específicas, un análisis macrocontingencial se refiere a las conductas de los individuos que se engranan y relacionan con otros individuos, en un marco institucional amplio, que implica normas y valores supraindividuales, establecidos en una comunidad o sociedad. Las macrocontingencias tienen su mayor referente en instituciones sociales y culturales (la familia, el trabajo, la escuela, la economía, el sentido común, las redes sociales, el grupo de referencia, etc.). Las macrocontingencias envuelven y contextualizan las microcontingencias, por lo que se han llamado metacontingencias, por referir la influencia de unas contingencias sobre otras y sus interdependencias (Gleen, 2004; Houmanfar y Rodrigues, 2006).

Un análisis de conducta o psicológico más completo incluye y nunca lo debiera perder de vista el marco contingencial e institucional en el que se da la conducta objeto de un análisis concreto. En términos conductistas, la mayor "profundidad" en la comprensión de la conducta humana está en situar al sujeto en el contexto y escenario de las instituciones, normas y valores que rigen el "funcionamiento" de la sociedad y cultura de referencia, a

cuyas instituciones, normas y valores, se podría decir, está "sujeto".

Con todo, un buen análisis, profundo en cuanto a las contingencias implicadas, no garantiza que se puedan cambiar las condiciones de las que dependen las contingencias del caso. Aunque siempre se pueden cambiar en alguna medida las microcontingencias, éstas siempre dependen también de otras contingencias que las envuelven y condicionan. Muchas conductas son difíciles de cambiar, no por supuestas disposiciones genéticas ni presuntas bases neuronales, sino por su arraigo institucional, según están instituidas en la tradición de una cultura y en las prácticas sociales seculares, usos y costumbres, etc. El acento de una lengua, sin enseñarlo, se aprende y, a menudo, de por vida. La mayor parte de las macrocontingencias de las que dependen las microcontingencias del caso no están al alcance de una intervención psicológica. Pero una perspectiva macrocontingencial y en general conductista permite una clarificación y un análisis de la conducta más verdadero y, por tanto, menos engañoso que una explicación desde dentro, sea genética, neurofisiológica, psicoanalítica o cognitivo-mental. La perspectiva contextual, ambiental, contingencial, cultural puede abrir paso a una crítica del sistema organizacional y a un cambio político. Al fin y al cabo, la política detenta el poder que organiza el sistema de contingencias que gobierna, y desgobierna, la conducta de la gente.

5.2. Modelo contextual de la depresión

La AC cuenta con un modelo de la depresión y ofrece un procedimiento de aplicación clínica acorde con él. Se puede decir que la terapia AC incluye tanto el modelo como el procedimiento. De hecho, la presentación del modelo al cliente es uno de los primeros pasos del procedimiento. Y se entiende que es fundamental. En este apartado se va a presentar el modelo, enfatizando su carácter contextual, como alternativa al modelo médico internista, sea en términos neurobiológicos o en términos cognitivos. No por ser psicológico un modelo deja de ser de factura médica, en la medida en que sitúe dentro de uno, en un hipotético aparato mental o sistema cognitivo, la condición averiada, mecanismo o disfunción de la que supuestamente derivan los "síntomas" depresivos. En la perspectiva de AC, la depresión se presenta como una situación dentro de la que está uno y no como una condición dentro de uno, sea un desequilibrio neuroquímico o un esquema depresógeno. La depresión no está dentro de uno, sino uno dentro de una situación depresiva o deprimente. El modelo contextual permite plantear la desmedicalización de la depresión que la considera como una enfermedad o disfunción dentro de uno (Pérez-Álvarez, 2007). En primer lugar, se expone el modelo de la depresión como situación y, a continuación, el modelo presentado al cliente. Se añaden ciertas preguntas frecuentes de los clientes y sus posibles respuestas, al presentarles el modelo.

5.2.1. La depresión como situación

El modelo contextual de la depresión tiene su origen y base conceptual en el análisis de la conducta, introducido al principio de este capítulo, al hablar de la "peculiar historia de la AC". Se trataba de un modelo conductual de la depresión (Ferster; Lewinsohn), por lo que el modelo contextual no deja de ser un modelo conductual o, si se quiere, contextual-conductual, por señalar su diferencia con el modelo cognitivo-conductual.

El modelo contextual de la depresión y por ello mismo la terapia implicada gira sobre dos cuestiones: a) qué condiciones ocasionan la conducta depresiva y b) cuáles son las consecuencias de esta conducta para la propia persona. La AC se interesa tanto en los eventos que ocurren en la vida de la persona, como en las respuestas a tales eventos por parte de la persona. Eventos y respuestas constituyen la situación depresiva. Un aspecto básico de AC es la consideración de que buena parte de la conducta de las personas deprimidas viene a funcionar, en realidad, como evitación conductual de importantes ámbitos de la vida. Dadas las circunstancias actuales en las que no parece haber alicientes y en las que acaso también predominen las situaciones desagradables sobre las confortantes, la actitud de la persona hacia los eventos y hacia su propia experiencia es decisiva, tanto para mantener la situación depresiva como para salir de ella. Mientras que una actitud de evitación, por lo demás, fácil de entender dadas las circunstancias, tiende a instaurar y mantener una situación depresiva, una actitud de activación, sin duda, difícil de poner en juego en la situación actual, puede ser la solución.

La situación de depresión se concibe en términos de disrupción (ruptura o interrupción más o menos abrupta) de las rutinas que constituían la vida cotidiana o, más técnicamente dicho, se concibe en términos de bajo nivel de reforzamientos positivos y/o alto de control aversivo. En definitiva, se trataría de pocos alicientes de la vida y muchos inconvenientes, incluyendo la tristeza, la desmoralización y la desesperanza. De acuerdo con esta concepción, la AC enfatiza el papel de la evitación conductual.

La evitación conductual toma una variedad de formas, desde la permanencia en casa "retirándose" de las actividades habituales, a los "pensamientos rumiativos", pasando por los modos de interacción con los demás. En general, se podría decir que la "depresión" misma es una forma de evitación. No siempre es obvio que las conductas de los clientes son conductas de evitación. El cliente hace lo que puede y siente natural. Únicamente cuando se analizan las consecuencias de la conducta se puede empezar a comprender su función, en este caso, la de evitación. No es tanto la forma como la función lo que realmente importa. A continuación se ponen algunos ejemplos de evitación que se da en

depresión, tomados de Veale (2008):

-Retirada social, como no responder al teléfono y evitar a amigos.

-Evitación no social, como no asumir tareas difíciles, quedar sentado en casa y pasar excesivo tiempo en la cama.

-Evitación cognitiva, como no pensar sobre los problemas de las relaciones, no tomar decisiones, no aprovechar las oportunidades y rumiar tratando de explicar el pasado y de resolver problemas insolubles.

-Evitación por distracción, como ver programas basura en televisión, jugar a juegos de ordenador y comer y hacer ejercicio en exceso.

-Evitación emocional, como el uso de alcohol y otras sustancias.

En todo caso, la "depresión" se sitúa en el contexto de las circunstancias actuales de la persona y no, por ejemplo, dentro de ella, cualquiera que fuera el lugar supuesto, del cerebro o de la mente, que poco más da. La depresión no le "sale" a uno de ningún sitio como le podría salir una erupción ni tampoco le "entra" como acaso entra una gripe. La concepción contextual de la depresión es completamente distinta a la concepción médica o del déficit, sea psiquiátrica o psicológica, prisioneras de una u otra manera del mecanicismo, como de hecho están interesadas en los "mecanismos de la depresión". La concepción contextual de la depresión se podría ver en términos existenciales, donde la evitación conductual sería una forma práctica de especificar el "bucle de la desesperación" característico de la depresión melancólica (Pérez Álvarez, 2012b, cap. 12).

Como se ha comentado anteriormente, el modelo contextual supone que la "depresión" es más una situación dentro de la que está la persona que algo que la persona tiene dentro de sí misma, como trata de presentar la figura 5.1. En esta perspectiva, la "depresión" sería un aspecto de esta situación que, por situarlo en el modelo, formaría parte del circuito en el que está metida la persona. La depresión no es una cosa que esté ahí separada, ni dentro de la persona, ni tampoco fuera, sino en la atmósfera y disintonía de la persona en el mundo. Quizá el término alemán Stimmung, intraducible en una sola palabra, referido a un estado de ánimo indisoluble de uno con el mundo, dé mejor cuenta de la depresión como estado de ánimo o de humor que su reducción a una serie de "síntomas". Pero los modelos clínicos, incluyendo el de la AC, no afinan en este punto, por lo que valga esa "ubicación" de la depresión en un circuito de circunstancias.

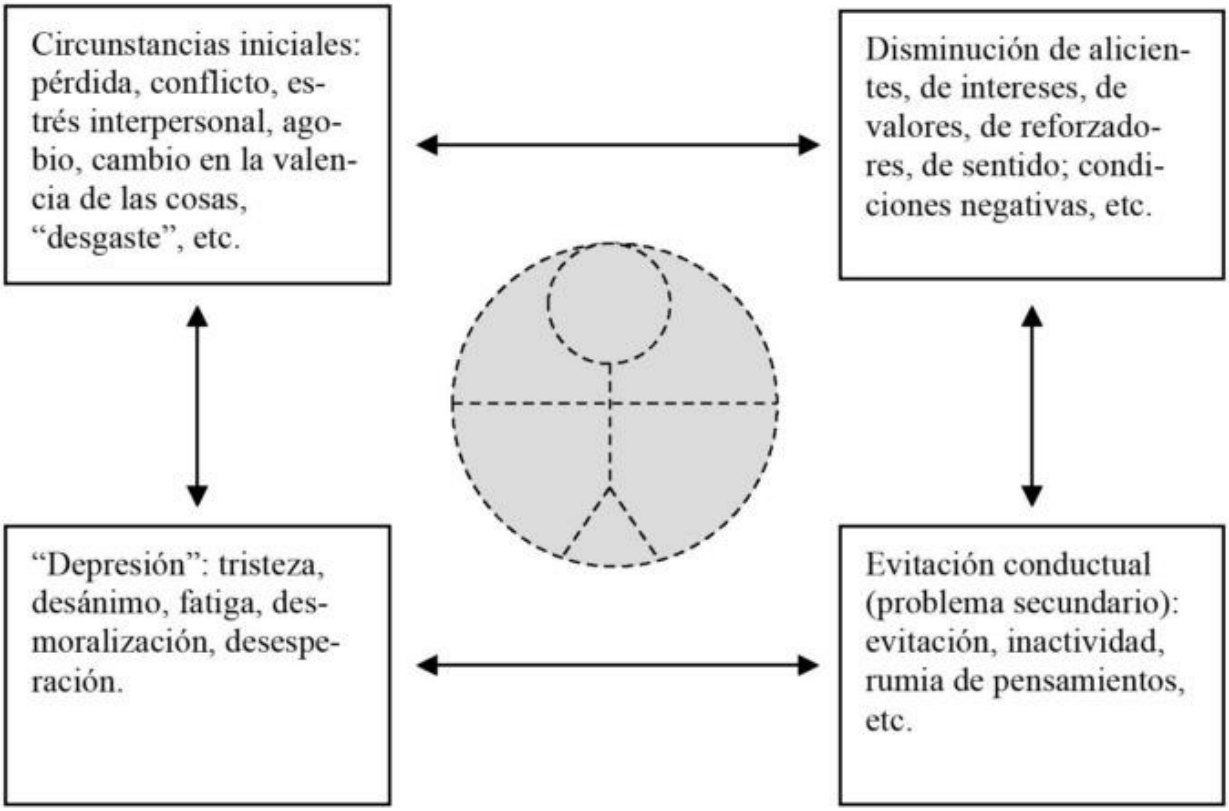


Figura 5.1. Modelo contextual de la depresión.

Puede verse que la evitación conductual es, en realidad, un "problema secundario", derivado de la las circunstancias iniciales y de la consiguiente disminución de alicientes, pero que juega un papel decisivo, en la depresión y en la terapia. Su papel decisivo viene dado por su carácter conductual, en la escala de la decisión de la persona. Decisivo porque resuelve y tiene consecuencias importantes y supone, a la vez, determinación y firmeza.

En términos del modelo, la "depresión" queda situada en un circuito de antecedentes y consecuentes. Los antecedentes son a veces fáciles de identificar (eventos vitales negativos, circunstancias personales) y otras veces difíciles, según están sumidos en la historia biográfica. Dada la disminución de alicientes y del sentido de la vida, un patrón de evitación consistente en dejar de hacer esto y lo otro y la rumia de pensamientos, así como la tristeza y el desánimo, son normales: por frecuentes y hasta por funcionales y adaptativas, en principio. ¿Cuándo estas respuestas dejan de ser normales, funcionales y adaptativas, para ser "depresión"?, no es fácil de determinar y de hecho seguramente no hay punto fijo, ni termómetro que lo mida, siendo el "punto crítico" en cada caso relativamente idiosincrásico. Permítase resolver esta cuestión mediante la definición de trastorno psicológico como "un esfuerzo contraproducente por resolver una situación

problemática, en el que las propias acciones y reacciones resultan ellas mismas parte del problema" (Pérez Alvarez, 2013). Estar triste, desanimado, desmoralizado, etc., no es propiamente el problema y, sin dejar de ser un problema de la vida, no debiera ser sin más un problema psicológico. El problema psicológico está en cómo respondes a esas experiencias y eventos privados y a los acontecimientos y circunstancias de la vida: de una manera en la que la respuesta e intentos de solución forman ya parte del problema más que de la solución.

5.2.2. Modelo presentado al cliente

El clínico analiza la depresión de acuerdo al modelo conductual contextual y trata de que el propio cliente entienda el problema en esta perspectiva. Esta perspectiva no es la usual de los clientes, ni siquiera demasiado intuitiva. Sin embargo, el terapeuta puede mostrar con los propios datos del cliente que lo que le pasa se entiende de acuerdo con el modelo y, lo que es más importante, que ello indica qué hacer y qué no hacer. Un terapeuta AC se caracteriza por el uso de esquemas y diagramas que ponen en relación los distintos componentes del modelo: lo que pasó, qué efecto produjo, cómo se siente uno, qué hace al respecto, qué resultado útil o perjudicial tiene lo que hace o deja de hacer sobre la situación, etc. Un diagrama de este tipo se encuentra en la figura 5.2. El clínico puede disponer de diagramas vacíos como este u otros de su propia elaboración, para "rellenar" con los datos del cliente. Un diagrama de este tipo viene a ser una especie de radiografía de la depresión.

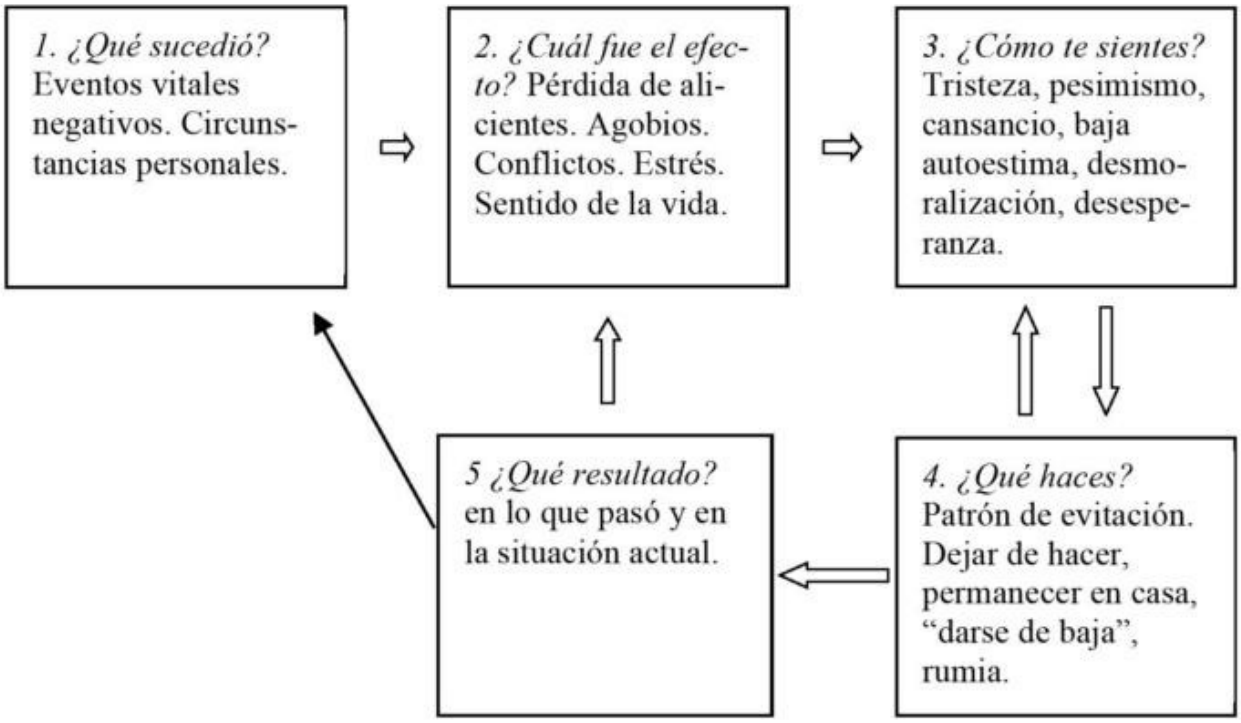


Figura 5.2. Modelo de la depresión presentado al cliente.

En 1 se sitúa lo que sucedió que pudo dar lugar a la situación actual. Pueden ser eventos identificables en la vida del cliente, cambios paulatinos que terminaron por crear una situación nueva, una acumulación de inconvenientes o el mismo "desgaste" de lo que antes era satisfactorio. En 2 se sitúa el efecto de lo que pasó, que define la situación actual y la colorea de esa atmósfera depresiva y de desesperación. Se describe en términos de pérdida de alicientes y de sentido de la vida, de agobios, estrés, conflictos: una situación más "deprimente" que estimulante. En 3 se sitúa el estado de ánimo y cómo uno se siente. Seguramente éste es el aspecto más sobresaliente para el cliente, que inunda su vida y cualifica la "depresión" que tiene. Destacar aquí lo que siente el cliente supone el reconocimiento de su desánimo, sufrimiento y desesperanza, a la vez que lo sitúa en relación con otros eventos: lo que sucedió antes para estar así, pero también lo que hace y deja de hacer ahora en relación con lo que siente. En 4 se destacan precisamente las reacciones, esfuerzos e intentos por salir de esta situación y solucionar el problema. La cuestión es que estos esfuerzos, por más lógicos y razonables que son, no parecen ser eficaces y, peor aún, parece que están contribuyendo a la propia situación depresiva. La doble flecha entre 3 y 4 sugiere lo lógico que es hacer lo que hace en relación con lo que siente, pero sugiere igualmente cómo lo que uno hace puede hacer también que se sienta así, a pesar de alivios puntuales.

Lo que uno hace que puede contribuir más al problema que a la solución supone, a menudo, un patrón de evitación. Este patrón toma una variedad de formas, no todas ellas evidentes, como parecen ser formas más obvias de evitación, por ejemplo, quedarse en la cama o dejar de hacer cosas. El terapeuta, junto con el cliente, trata de identificar pautas de este tipo en función de criterios funcionales, no en función de la apariencia de la conducta. Así, la "rumia" de pensamientos, el hablar continuamente de lo mal que está y el "estar deprimido" como talante y estilo interactivo pueden ser ya más que nada patrones evitativos. En 5 se sitúa el resultado de lo que uno hace, es decir, el resultado del patrón evitativo. El resultado se ha de ver en qué cambia la situación depresiva, respecto a aumentar los alicientes, encontrar sentido a la vida y todo aquello que suponga y reconstruya la situación. Se entiende que el resultado se ha de mirar quizá más en 2 que en 1, en la medida en que 1 supone acontecimientos irreversibles y no manejables. De ahí la flecha más sencilla apuntando a 1, que tampoco descarta cambiar lo que sea. El mayor cambio sería sobre 2 y a partir de ahí sobre 3.

5.2.3. Preguntas frecuentes y ejemplos de respuestas

Ciertas preguntas muy razonables de los clientes son frecuentes en el comienzo de la terapia. Se señalan algunas de ellas, con posibles respuestas en la perspectiva de AC (Martell, Dimidjian y Herman-Dunn, 2010, pp. 42-43).

-¿No tiene la depresión causas en desequilibrios químicos en el cerebro?

> La depresión es una situación compleja que implica muchos factores. Los factores biológicos siempre están implicados en toda actividad humana y, por tanto, también en la depresión. Cuando se refiere que se han identificado actividades en el cerebro (neuroimágenes) o se habla de desequilibrios de la serotonina, no quiere decir que sean causas. De hecho, es posible y aun más probable que sean consecuencias de estar deprimido. Lo más que se puede decir de las actividades neuronales asociadas a la depresión es que son correlatos y los correlatos no implican relación causal. Además, es posible que cambiando nuestras conductas se cambien también las actividades neuronales y la química del cuerpo. El poder del cerebro, gracias a su plasticidad, está en mediar y permitir las actividades que los individuos necesitan hacer para vivir, de acuerdo con las constricciones, exigencias y posibilidades del medio, no en causar las cosas que le pasan a la gente.

-¿Qué hay de la medicación?

La medicación antidepresiva puede ser útil, pero depende también de la actitud de la persona. La terapia que le ofrezco, llamada Activación Conductual, ha mostrado ser efectiva para la depresión de una forma comparable a la medicación, con algunas ventajas. Una de las ventajas es que su beneficio se mantiene después de que termine la terapia. Otra ventaja es que ofrece una ayuda coherente con causas conocidas de la depresión como las señaladas. Otra ventaja más todavía es que no tiene efectos secundarios indeseables como, por ejemplo, dependencia. Además, la terapia psicológica enseña una nueva manera de enfocar los problemas de la vida.

-¿No es un enfoque demasiado simple?

Las ideas de este enfoque pueden parecer sencillas y directas, pero son difíciles de poner en práctica. Es por ello que mi papel es el de coach, es decir, el de alguien que te puede ayudar a hacer lo que tú mismo puedes y tienes que hacer. A medida que trabajemos juntos, puedo ayudarte a llevar una serie de etapas para que seas activo, resuelvas problemas de tu vida y te sientas mejor. Este es un enfoque poderoso pero, como digo a menudo, si fuera simple y fácil ya lo habrías hecho y no tendrías el problema.

-El asunto de la activación parece imposible. Apenas puedo salir de la cama. ¿Puede esto realmente ayudarme?

Cuando estás deprimido es comprensible que te parezca imposible y te preguntes si algo puede funcionar. Mucha gente se hace esta pregunta y muchos encuentran, así de primeras, que parece imposible que se vuelvan activos y se reenganchen. Este enfoque es muy práctico y mi tarea es explicar cómo hacerlo factible, cómo encontrar el modo y la manera de empezar a hacer lo que sea realizable para ti en este momento. Este enfoque ha funcionado para mucha gente que estaba muy deprimida. No sería honesto si te dijese que te garantizo el éxito. A lo que me comprometo es a trabajar contigo, empezando en el punto en el que estás y construyendo a partir de ahí. Mi idea es que, según avancemos, todo parecerá más fácil. Si estás dispuesto, podemos empezar con pequeños pasos y ver lo que pasa y continuar a partir de ahí.

-¿No sería fingir actuar como si no estuviera deprimido cuando lo estoy?

Puede parecer incómodo, pero no es una impostura o falsificación decidir comportarse de una manera más comprometida incluso cuando estás "bajo". Al

actuar "como si no estuvieras deprimido", puedes involucrarte en conductas que acaso te ayuden a sentirte mejor y a construir una vida que sostenga tu estado de ánimo y bienestar. ¿No existe el refrán "a mal tiempo buena cara"? Las cosas pueden cambiar según te comportas de una u otra manera aunque no sea acorde con el estado de ánimo. De hecho, muchas cosas de las que hacemos a diario no las hacemos porque nos lo "pida el cuerpo" o estemos animados, pero al hacerlas o después de hacerlas nos encontramos mejor.

-¿Cómo puedo añadir más actividades cuando ya estoy demasiado ocupado y esto es por lo que estoy tan deprimido?

Puede que haya demasiadas cosas sobre la mesa. Miraremos de qué manera estas actividades te están sirviendo. Quiero ayudarte a resolver cada vez más problemas, a implicarte en actividades, no a que te sientas abrumado. Veremos cómo esto es posible.

-¿Puede funcionar la AC cuando otros tratamientos no lo han hecho?

La AC no lo cura todo, ciertamente. Sabemos por la investigación que este enfoque puede ayudar a la gente que está muy deprimida. A menudo, les pregunto a mis clientes, ¿qué tal si tomamos esto como un experimento? Podemos trabajar juntos un tiempo y ver si funciona para ti. Desde luego, no te puedo garantizar el éxito, ¿qué te parece que lo decidamos en su momento cuando revisemos cómo van las cosas, por decir algo, después de 4 o 5 sesiones? De todos modos, hablaremos durante este tiempo acerca de qué está funcionando y qué no.

5.3. Procedimiento de la terapia

La AC es una terapia centrada en la activación. No en la activación por sí misma, sino como manera de entrar en contacto con fuentes de posible reforzamiento positivo en la vida cotidiana de los clientes. Pero los clientes llegan a terapia creyendo que lo que necesitan es sentirse mejor antes de ser activos y hacer cambios en su vida. ¿Cómo puede funcionar una terapia así? Es muy importante que la rationale de la terapia esté clara y quede establecida desde el principio, desde la primera sesión. En la primera sesión, el clínico empieza por escuchar la historia del cliente, de manera que obtenga "material" suficiente para una conceptualización conductual del problema y así poder ofrecer una formulación del caso y la racionalidad de la terapia. Se utiliza aquí el modelo de la depresión presentado al cliente, "cubierto" con sus propios materiales, sin menoscabo de

futuras mayores especificaciones.

5.3.1. Rationale y principios de la terapia, para empezar

La rationale consiste en una breve y clara explicación de la lógica y del procedimiento de la terapia. La AC, como otras terapias también, da mucha importancia a esta explicación y encuadre del problema y de la terapia. La rationale se ha de tomar como una liturgia, tal es su importancia en (el ritual de) la terapia. Un clínico experimentado la puede "soltar" de forma discursiva, pero también puede ser por escrito en un folleto a propósito. En el cuadro 5.2 se presentan diez puntos que se han de considerar en la rationale de AC, tomados de Dimidjian, Martell, Addis y Herman-Dunn (2008, p. 333).

Cuadro 5.2. Rationale de la activación conductual

Diez puntos clave para presentar el modelo al cliente

1. La AC tiene su base en la idea de que las cosas que ocurren en la vida de uno y nuestra manera de responder a ellas influyen en cómo nos sentimos.
2. La AC entiende que una causa por la que la gente se deprime es que su vida está proporcionando demasiadas pocas recompensas y muchos problemas.
3. A veces es posible identificar fácilmente las fuentes de estrés y de los problemas; otras veces no están claramente identificadas, pero aun así puede que no haya una adecuada recompensa del ambiente.
4. Cuando la vida proporciona pocas recompensas o es estresante, la gente suele retraerse del mundo alrededor y dejar de hacer las rutinas que hacía.
5. Dejar de hacer lo que hacía cuando te sientes bajo es natural y comprensible.
6. En esta terapia, trabajaremos juntos para ayudarte a ser más activo e implicado en las cosas que te podrían interesar de la vida.
7. La AC no se empeña en "hacer por hacer". Si sentirse bien fuera fácil, ya lo habrías conseguido. Mi ayuda consiste en averiguar qué actividades serían mejores y qué pasos podrías empezar a dar. Puedes verme como un *coach* o consultante para un proceso de cambio.
8. Cada sesión se ocupará en desarrollar pasos prácticos y factibles tendentes a llevar a cabo actividades que mejoren el estado de ánimo y resuelvan problemas concretos de la vida.
9. En las sesiones convendremos "tareas para casa"; estas tareas entre sesiones son una parte importante de la terapia. Se centrarán en reconectar y reconstruir partes de tu vida que aumenten sentimientos de bienestar o de logro y te encaminen a los asuntos de la vida que te importen.
10. Activarte e implicarte en cosas específicas puede ayudarte a experimentar más recompensas y a resolver problemas concretos de la vida. Cuando estés activo, implicado y resolviendo problemas eficazmente, es probable que te estés moviendo hacia horizontes valiosos de la vida y te sientas mejor.

Siendo la AC una terapia un tanto paradójica, como lo es centrarse en la activación antes que nada, antes incluso de "estar bien", importa explicar los principios y la evidencia en que se basa. A este respecto, se han "destilado" diez principios básicos, enunciados y brevemente descritos en el cuadro 5.3, tomados en este caso de Martell, Dimidjian y Herman-Dunn (2010, cap. 2). No se trata de darle una "lección" sobre ellos al cliente, aunque podrían servir también como puntos sobre los que elaborar una rationale, si no de ponerlos en juego en el curso de la terapia por parte del terapeuta.

Cuadro 5.3. Los 10 principios básicos de la activación conductual

Principios	*Apunte descriptivo*
La clave para cambiar cómo se siente la gente está en ayudarle a cambiar lo que hace.	No se trata de esperar a estar bien para hacer algo, sino hacerlo para estar bien. Actuar de "fuera a dentro": el sentimiento sigue a la acción.
Cambios en la vida pueden llevar a la depresión y estrategias de corto plazo pueden mantener a la gente estancada largo tiempo.	A menudo las personas deprimidas se implican en actividades de escape o evitación que impiden que algo pudiera cambiar favorablemente. Las actividades pueden ser "antidepresivas".
Las claves para averiguar qué será antidepresivo para un cliente particular se encuentran en lo que precede y sigue a las conductas que son importantes.	Mediante el uso de registros o gráficos se puede ver la conexión entre conductas y estados de ánimo como, por ejemplo, el aislamiento antecede a la "rumia" de pensamientos y a sentimientos de desmoralización y pena. Cambiar la situación y hacer algo distinto puede ser "antidepresivo".
Estructurar y programar actividades que siguen un plan, no un estado de humor.	Se refiere a actuar de acuerdo a una meta o algo que hay que hacer, como opuesto a actuar de acuerdo a cómo me siento. Se trata de hacer algo que importa, *a pesar de* que uno no tiene ganas de hacerlo o no se lo "pide el cuerpo".
El cambio será más fácil empezando poco a poco.	A menudo conviene descomponer las tareas en partes y proponerse hacer cada una antes de acometer la siguiente. Se entiende que las tareas están elegidas por el interés y relevancia para la persona en concreto.
Proponer actividades naturalmente reforzantes.	Se refiere a que la propia actividad sea de suyo agradable o traiga como efecto más probable una consecuencia de interés para uno. Esta preferencia no quita el uso de reforzadores "artificiales" y autorreforzamientos, cuando sea necesario.

Actuar como un *coach*.	La metáfora del *coaching* puede ser útil para la terapia. Así el terapeuta puede hacer preguntas de manera que el propio cliente llega a conclusiones que clarifican su situación, sugieren planes de acción y comprueba si todo va en buena línea.
Enfatizar un enfoque empírico orientado a la solución de problemas y reconocer los resultados útiles.	La idea es estimular una actitud experimental centrada en la activación de conductas y la observación de sus resultados. Terapeuta y cliente trazan un plan de diversas actividades para evaluar su impacto en el humor, productividad o satisfacción, antes de determinar si tales conductas merecen o no la pena.
¡No hables, hazlo!	La actividad es el corazón de la activación conductual. Esta terapia, como otras, se vale de "tareas para casa", cuidando de que sean convenidas con el cliente y de que se analicen en la sesión siguiente. No se trata de hacer actividades por hacerlas o rellenar el tiempo, sino con sentido práctico, tendentes a que algo pueda cambiar en el ámbito cotidiano.
Solucionar barreras posibles y reales a la activación.	Se proponen actividades anticipando dificultades para llevarlas a cabo. Es más fácil proponer actividades que hacerlas; el terapeuta se sitúa de parte de las dificultades que el cliente puede tener.

La primera sesión incluye también, en lo posible, la indicación para la monitorización de actividades y estados de ánimo, entre sesiones. La AC adopta los clásicos registros de actividades diarias, incluso hora por hora, de la terapia cognitivo-conductual tradicional. Los libros de AC suelen proporcionar hojas de registro estándar (p. ej., Martell, Addis y Jacobson, 2001; Martell, Dimidjian y Herman-Dunn, 2010). Es importante que el cliente aprenda a observar actividades y a relacionarlas con situaciones y estados de ánimo, a lo largo del día y en diferentes días. Aun siendo una tarea laboriosa y hasta engorrosa, a veces, los registros son relativamente fáciles de cumplimentar. A menudo, basta con poner la actividad, el lugar, con quién se realiza y el estado de humor en la casilla correspondiente a tal hora y tal día. Es fundamental que el clínico se "interese" por los registros en la sesión siguiente, extraiga patrones de actividad y analice las dificultades para hacerlos. El clínico también debe confiar en las exposiciones narrativas de las actividades, siempre en el marco que relaciona actividades con antecedentes y consecuentes, incluyendo estados de humor.

Asimismo, el clínico AC, como buen conductista, no tiene mejor campo de observación que el propio curso de la terapia, como hace y enseña la psicoterapia analítica funcional (PAF). Las observaciones en terapia se pueden incorporar a los datos de la monitorización

estándar. La AC también suele incluir, y quizá ya en la primera sesión, cuestionarios específicos de activación y reforzamiento ambiental (Barraca y Pérez-Álvarez, 2010; Barraca, Pérez-Álvarez y Lozano Bleda, 201 1), así como otros sobre valores y depresión.

5.3.2. Formas de aplicación

Dentro de su estructura, la terapia es flexible, adaptándose al "progreso" del cliente, así como el estilo del terapeuta está presidido por la validación (demostrando comprensión), colaboración, actitud no juzgadora, afecto y congruencia y por supuesto reforzamiento en sesión (Martell, Dimidjian y Herman-Duna, 2010, cap. 3). En este punto, la AC está en la misma línea "humanista" de otras terapias, incluyendo las terapias de tercera generación. Las terapias de conducta, con su obsesión y marchamo científico, han extremado sus diferencias respecto de la psicología humanista, pero el enfoque contextual tiene mucho en común con el humanismo (dicho a la sartriana, el conductismo es un humanismo), empezando por la provisión de un contexto terapéutico que promueve la apertura, la conciencia y la acción (Hayes, 2012). En realidad, cabe sostener que toda terapia psicológica, al margen de sus identificaciones, es una empresa humanista (Pérez-Álvarez, 2013).

La duración de una terapia AC suele llevar entre 12 y 24 sesiones, a lo largo de 16 semanas o 4 meses, a razón de dos sesiones al principio y semanales y quincenales después (Dimidjian et al., 2008). Una mayor intensidad de sesiones en las primeras semanas no se dejaría de considerar, en lo posible. Los contactos terapéuticos entre sesiones son también importantes, en orden a reforzar el compromiso del terapeuta y la cumplimentación de tareas (registros, actividades) y abordar cuestiones y problemas que surjan. Aunque AC es una terapia individual, incluye a menudo a otras personas significativas en la vida de los clientes. AC también se puede aplicar en formato de grupo.

Como se dijo, existe también una versión de la activación conductual más breve, llamada Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD; Lejuez et al., 2011), prevista para 10 sesiones, las 5 últimas destinadas a planificar la terminación y el postratamiento. Dentro de este formato, nada quita, sin embargo, para que sean más de 10 y, en lo posible menos, siendo de 6-8 un protocolo probado. Incluso, TACD puede ser útil en una sola sesión y, se entiende que lo sea, en depresiones moderadas, dada la clarificación que ofrece de lo que pasa y de lo que hay que hacer. En general, la TACD estaría recomendada para depresiones moderadas (Lejuez et al., 2011) y la AC para depresiones mayores donde fue estudiada (Dimidjian et al., 2006), pero nada quita que la misma AC se aplique en formatos más breves, siendo que ambas tienen la misma lógica.

Véase de nuevo el trabajo de Jorge Barraca para una comparación entre AC y TACD (Barraca, 2009). Aquí se seguirá hablando de la AC.

Como terapia conductual, la AC cuenta con la posibilidad de utilizar técnicas y estrategias de la terapia de conducta tradicional como, por ejemplo, el entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, manejo de contingencias, modelado, exposición, aproximaciones sucesivas, control de estímulo y autocontrol, ensayo de conducta, solución de problemas, reestructuración cognitiva o verbal, terapia de pareja, ensayo verbal o imaginario, así como por supuesto de otras terapias contextuales como el reforzamiento en terapia según la PAF y la aceptación y mindfulness así como los valores según la terapia de aceptación y compromiso (ACT).

Ni que decir tiene que el reforzamiento en terapia según lo aplica y enseña la PAF es fundamental también en AC. No faltaría más que un terapeuta AC no usara el reforzamiento en terapia de una manera sistemática y a la vez lo más natural, supuesto que al principio tuviera que sobredimensionar los reforzadores. Se sigue entendiendo en AC que el reforzamiento en terapia supone ante todo feedback y empatía: su razón de ser natural. Por su parte, la aceptación y mindfulness son importantes en AC por lo mismo que lo son en ACT. La AC propone empezar a hacer cosas a pesar de no tener ánimo ni ganas de hacer nada, de manera que se requiere aceptación y atención no juzgadora de la experiencia presente en contra como desánimo, tristeza, desesperanza y desmoralización. Se entiende a su vez que esta aceptación está al servicio de la activación terapéutica, por mor de ella, la cual implica valores (no mera activación y esfuerzo sin más). La activación que se propone está orientada por los valores y las cosas importantes para la persona, sobre un horizonte, más allá del efecto y de la recompensa inmediata. Todo lo que concierne a los valores en ACT interesa igualmente en AC.

En realidad, la AC puede y debe integrar cualquier ayuda que contribuya a la activación conductual y al desenredamiento autorreflexivo. Teniendo claro lo que se pretende hacer, muchas maneras de hacerlo son posibles. Por lo que aquí respecta, únicamente se van a tocar tres aspectos, entendido que lo más importante es tener clara la filosofía y los objetivos de la terapia, lo que ha ocupado buena parte de esta exposición. En primer lugar, se destaca el análisis funcional como el arte de la terapia. En segundo lugar, se cifra la clave de la terapia en el desentrampamiento de la depresión, entendida como una situación y trampa vital en la que uno está. A continuación, se hace referencia al papel de los pensamientos en la depresión. Finalmente, se hace un apunte acerca de la terminación de la terapia, señalando la importancia de la filosofía AC para procurárselas con las depresiones que depara la vida.

5.3.3. El análisis funcional de la conducta: el arte de la terapia

El arte de la terapia, si se permite decirlo así, está en el análisis funcional, consistente en determinar las relaciones de la conducta con antecedentes (en cuyo momento y lugar ocurre) y con consecuentes, que tienden a aumentarla o a disminuirla. Si las consecuencias tienden a mantener la conducta en cuestión es que son reforzantes, las cuales a su vez pueden ser reforzadores positivos (si aparece algo, por así decir, "apetitivo") o negativos (si quitan o evitan algo, diríamos desagradable o indeseable). Como se dijo, lo que caracteriza a la depresión es el predominio de actividades reforzadas negativamente (o castigadas, cuando terminan por extinguirse), respecto de las actividades reforzadas positivamente que apenas existen (debido a pérdidas, falta de alicientes, etc.). El reforzamiento negativo constituye la evitación conductual: mantenida por lo que evita negativo, no por lo que logra positivo.

La monitorización de las actividades cotidianas - debidamente analizada y contrastada - viene a ofrecer una radiografía psicológica, que le va a permitir al clínico y al cliente ver las actividades, rutinas, contextos y patrones que están manteniendo o exacerbando las conductas depresivas y el humor asociado. De esta manera, el terapeuta puede plantear preguntas centrales con miras a la activación adecuada y a la motivación del cliente para emprenderlas. Se refiere a una serie de preguntas, señaladas por Dimidjian et al. (2008, p. 338), empezando por la pregunta adleriana que ya se encontraba en la ACT (Pérez-Álvarez, 1996b, p. 149):

-¿Qué estaría haciendo el cliente si no estuviera deprimido (trabajando, asumiendo responsabilidades familiares, haciendo deporte, haciendo vida social, disfrutando del ocio, etc.)?

-¿Está el cliente involucrado en una amplia variedad de actividades o son más bien limitadas?

-¿Cuál es la relación entre actividades, contextos, problemas y estado de ánimo?

- ¿De qué modos están la evitación y el retraimiento manteniendo o exacerbando la depresión? ¿Qué hace el cliente como forma de evitación o qué está evitando? ¿Hay disrupción en las rutinas?

-¿Existen habilidades y estrategias inadecuadas para enfrentar los problemas actuales de la vida?

A partir de la respuesta a estas y a otras cuestiones relacionadas, se está en condiciones de proponer y poner en marcha actividades antidepresivas. Se refiere a actividades que puedan ser interesantes para la vida del cliente, no meramente "actividades agradables" (como en las primeras terapias de conducta), de distracción o por ocupar el tiempo (como acaso en la terapia cognitiva), sino orientadas a valores y asuntos, aun cuando inicialmente tengan que ser muy elementales (por ejemplo, levantarse una hora antes de lo habitual, vestirse con ropa más "presentable" para salir a la calle, dar un paseo, dar respuestas más solícitas cuando le preguntan cómo está, etc.). También se refiere a actividades que puedan facilitar el contacto con el medio físico y social de manera que estos medios pudieran ser fuentes reforzantes de nuevas actividades (por ejemplo, ordenar la casa o la oficina puede hacer más reforzantes las actividades en estos contextos, así como ser más solícito en el trato social puede abrir a nuevas interacciones).

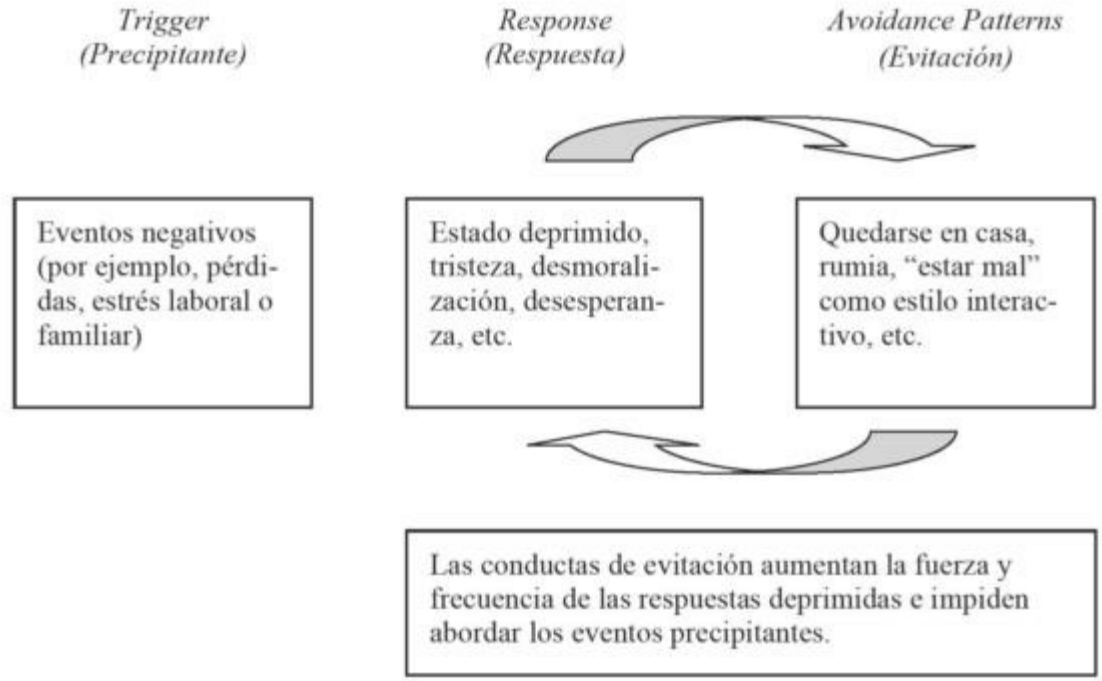
La programación de actividades es complementaria de la modificación de la evitación. No se trata sólo de hacer, sino también de dejar de hacer. La activación es paralela de la desactivación de las pautas de evitación. La identificación de la evitación (mediante la monitorización de actividades cotidianas y del análisis funcional) y la ruptura del patrón depresivo que implica la evitación es un objetivo prioritario de la AC. La activación también puede y debe estar dirigida específicamente a resolver el problema que resuelve mal la evitación. Así, un cliente que evita el trabajo puede ser ayudado en cambiar algún aspecto de este ámbito (buscar otro trabajo, plantear la dificultad al encargado, pedir ayuda a compañeros, reivindicar un derecho, entrenar una habilidad, etc.). A un cliente que evita (emborrachándose o "rumiando") la tristeza de una relación perdida puede venirle bien exponerse viendo fotos de la ex pareja y recordando buenos tiempos compartidos o moverse en encontrar nuevas relaciones. Un cliente que evita conflictos interpersonales se podría beneficiar de un entrenamiento en habilidades sociales y comunicativas llevado en un role-playing en la sesión o practicando discusiones con amigos o familiares.

5.3.4. La clave de la terapia: el desentrampamiento de la depresión

La clave de la AC está en entender el circuito que termina por ser la depresión y ver la manera de salir de él. Se trata de comprender el entrampamiento o "trampa" de la depresión y de volver a ponerse en "camino" a través de la "acción". A este propósito, la AC utiliza tres acrónimos resultantes de palabras inglesas que significan: TRAP ("trampa" o "entrampamiento"), TRACK ("camino") y ACTION ("acción") (Martell, Addis y Jacobson, 2001).

TRAP está formado por T de Trigger (precipitarte), R de Response (respuestas

"depresivas" ante ese precipitarte) y AP de Avoidance Pattern (patrón de evitación ante esas respuestas de tristeza, desánimo). Se entiende que el patrón de evitación mantiene la respuesta de sentirse deprimido e impide abordar los eventos que han llevado a esa situación depresión-evitación. La parte superior de la figura 5.3 representa este entrampamiento. Para salir de esta "trampa", AC propone un "camino" alternativo nombrado TRACK.



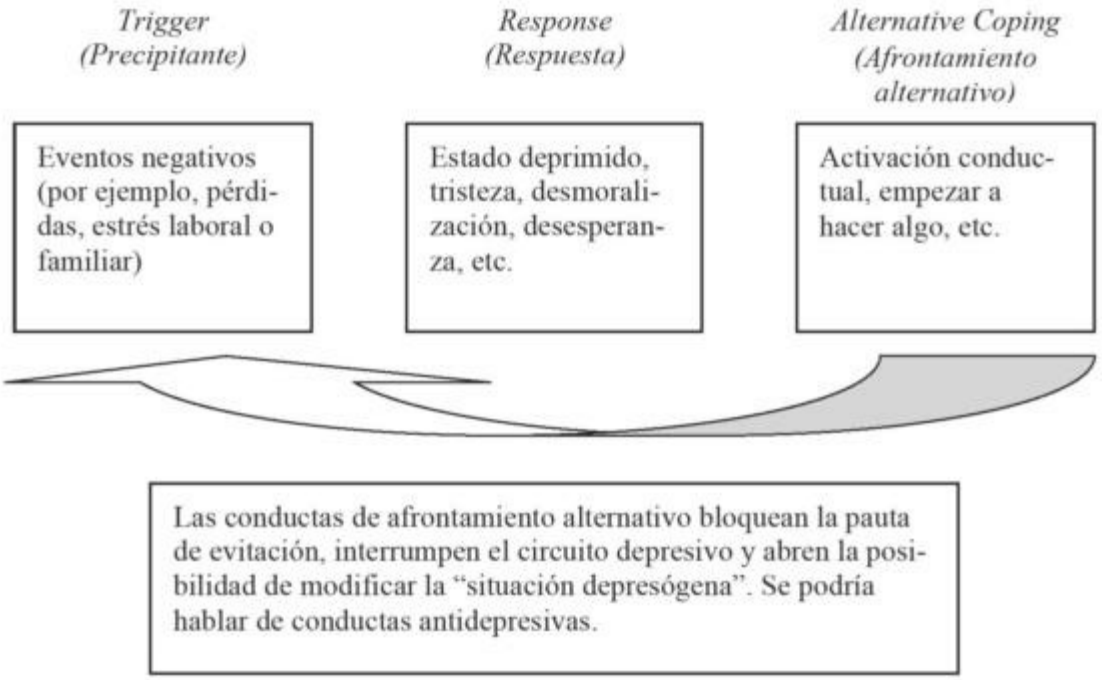


Figura 5.3. La "trampa" de la depresión y el "camino" alternativo.

TRACK está formado por T y R, como en TRAP, y por AC de Alternative Coping, "afrontamiento alternativo", para referirse ahora a una nueva pauta de acción que rompa el patrón de evitación instaurado; (k, está para hacer la palabra "track", "camino"). Se entiende que el afrontamiento alternativo bloquee la pauta de evitación, interrumpe el circuito que retroalimenta la respuesta depresiva y abre la posibilidad de modificar la situación "depresógena". La parte inferior de la figura 5.3 representa este afrontamiento alternativo, por así decir la conducta antidepresiva.

Por su parte, ACTION es otro acrónimo que puede ser también útil para usar con algún cliente y, en todo caso, para mostrar el carácter activo y propositivo de AC.

ACTION viene de la A de Asses, "evaluar" (preguntándose uno a sí mismo si lo que hace no estará en realidad manteniendo el problema), de la C de Choose, "decidir" (decidiendo seguir evitando o actuar de una forma resolutiva), de la T de Try, "probar" (probando las acciones decididas), de la 1 de Integrate, "integrar" (integrando las nuevas actividades en las rutinas diarias), de la O de Observe, "observar" (preguntándose a sí mismo si se siente mejor o peor después de hacer esta actividad y si está en dirección a su meta a largo plazo, y de la N de Never give up, "nunca abandonar" (seguir intentándolo). Se entiende que la acción a través de sus efectos en el ambiente, al cambiar algo de la situación de partida, puede a su vez cambiar el estado de ánimo y el pensamiento negativo.

5.3.5. ¿Qué hay de los pensamientos?

Los pensamientos han cobrado una importancia inusitada en la teoría cognitiva de la depresión, donde alcanzan un papel causal y son objeto de intervención directa (reestructuración cognitiva). AC no deja de lado los pensamientos, antes bien considera igualmente su importante papel en la depresión. Solo que su importancia se sitúa en otro lado: como evitación, en forma de rumia. AC no entra a disputar el contenido de los pensamientos, su racionalidad y adecuación a la realidad, ni supone que tienen un papel causal, en determinar las emociones y las conductas depresivas, según el modelo cognitivo A-B-C, presentado al principio (cuadro 5.l). En su lugar, lo que hace AC es centrarse en los antecedentes y los consecuentes de los pensamientos, como conductas que son, qué ocurre antes y qué ocurre después de una tanda de rumia. Es decir, AC trata de ver su función, adaptativa o patógena. ¿Conduce el pensamiento a algo práctico, por ejemplo, aclarando la situación, definiendo un problema, generando soluciones, llevando a una decisión? ¿O el pensamiento reiterado lleva a un remolino revisando una y otra vez los

problemas sin llegar a ningún sitio? ¿Hay ciertos ambientes y estados de ánimo que propician el pensamiento reiterativo? ¿Tanto pensar está en lugar de hacer algo más práctico y comprometido como, por ejemplo, tomar una decisión o enfrentar una situación?

Se impone reconocer aquí dos tipos de pensamiento, si es que no una ambivalencia del pensamiento mismo, cuando es recurrente. De hecho, la literatura clínica distingue dos tipos de pensamiento recurrente: el reflexivo y el rumiativo. Mientras que el reflexivo es clarificador y resolutivo, el rumiativo, como sugiere la imagen de la rumia, es "masticador" consistente en dar vueltas a lo mismo, analizar y reanalizar lo que pasó, por qué me pasó, no salgo de esta, por qué tengo que estar así, qué desgraciado soy, etc. Esta distinción se refiere a veces a la propia rumia o rumination: cuando es reflexiva resolutiva (reflextion) o meditativa mórbida (brooding). Susan Nolen-Hoeksema ha desarrollado toda una teoría sobre el papel de la rumia en la depresión, particularmente centrada en las mujeres, no en vano con una incidencia triple de depresión respecto de los hombres, expuesta en su libro Mujeres que piensan demasiado (Nolen-Hoeksema, 2004). Como ha mostrado esta misma autora, la rumia mórbida no muele sólo en la depresión (donde ciertamente es característica), sino que se cierne también sobre otros trastornos como la ansiedad y los relacionados con la alimentación y el abuso de sustancias.

¿Cómo saber si el pensamiento es más que nada rumia? No es fácil. Michael Addis y Christopher Martell han propuesto "La regla de los dos minutos para el reconocimiento de la rumia".

> Una vez que pienses que puedes estar rumiando, continúa lo que estás haciendo durante dos minutos. Entonces para y haz las siguientes tres preguntas:
>
> 1. ¿He hecho algún avance en la solución del problema?
> 2. ¿Entiendo algo del problema (o de mis sentimientos acerca de él) que no había entendido antes?
> 3. ¿Me siento menos autocrítico o menos deprimido que antes de empezar a pensar sobre esto?
>
> A menos que la respuesta a una de estas cuestiones sea una claro sí, lo más probable es que sea rumia (Addis y Martell, 2004, p. 97).

En este caso, los autores recomiendan técnicas alternativas para romper el patrón de

rumia como, por ejemplo, centrarse en lo que realmente estás haciendo en ese momento o en aspectos de la situación y, desde luego, tomar decisiones e implicarse en actividades.

5.3.6. Terminando la terapia, con una nueva filosofía

La relación terapéutica ha sido y está siendo todavía un importante aspecto del ambiente del cliente en los últimos meses. Se trata de un contexto cálido, amable, animador. El terapeuta ha sido más optimista y ha confiado más en uno, dadas las circunstancias, que uno mismo. La terapia suponía ya actividades como vestirse para salir, acudir a las citas, mantener conversaciones, además de las actividades propiamente terapéuticas. Sin embargo, la terapia es un aspecto del ambiente provisional y artificial, un andamio destinado a quitarse una vez que se ha utilizado y servido. Ahora que uno ha mejorado, queda devuelto y expuesto al ambiente en el que ha entrado en depresión. Para algunas personas, la "mejoría" puede ser un "estímulo discriminativo" evocador de volver a "estar mal", suponiéndose que ahora que estoy bien, todo y todos vuelven a las andadas. Se espera y cuida de que no sea así en AC, como de hecho lo hacen todas las terapias psicológicas. Quizá la idea que se habría de tener de una terapia psicológica, mejor que la analogía médica que habla de "recaída" sugerente de una "enfermedad" de base, es la idea de la terapia como "rito de paso", que ayuda y sirve para pasar de una situación problemática en la vida ("depresión" u otra) a una situación mejor y mej orada, aunque no exenta de problemas como es propio de la vida (Pérez-Álvarez, 2013).

Se entiende y espera, y así lo promueve AC, un cambio conjunto personasituación. La AC procura emparejar cambios ambientales con la provisión de habilidades para responder más efectivamente a variaciones futuras en contingencias de reforzamiento, eventos negativos que no suelen faltar y cambios en la vida como la vida misma es un continuo cambio. Estas habilidades pivotan sobre algo que se habrá aprendido en el curso de la terapia, de acuerdo a su filosofía y procedimiento: a) la conciencia del ambiente de uno como propiciador de cómo uno esté, b) la autoevaluación de cómo a uno le va en concomitancia con las transacciones ambientales y c) la autoactivación como manera de "estar en forma".

El terapeuta prepara con el cliente la terminación de la terapia. Amén del espaciamiento de las sesiones a fin de facilitar la autonomía, el terapeuta y el cliente revisan y discuten diversos aspectos, entre ellos probablemente los siguientes: cómo puede el cliente reconocer si está "entrando" en otra situación depresiva y siendo inactivo de nuevo (con miras a la reactivación, lo más pronto posible), tratar de que el cliente no pase por alto actividades que disfruta cuando no está deprimido (como posibles ejemplos

antidepresivos), saber reconocer también actividades que están en línea con sus valores a pesar de la dificultad que entrañan y hacer planes acerca de cómo abordar posibles y aun probables obstáculos y reveses.

Más importante que supuestos "trucos" o técnicas es seguramente la propia filosofía de la activación implicada por la terapia lo que puede prevenir la entrada en una nueva situación depresiva ante eventos y circunstancias que depara la vida y que la pudieran propiciar, dados los antecedentes. Si uno tiene asumido después de la terapia que la depresión es más que nada una situación en la que uno está, debida sobre todo a lo que ha pasado y a cómo reacciona a ello, en vez de una condición dentro de su cerebro o de su mente, está si se permite decirlo curado. No curado de avatares deprimentes y de sus correspondientes afectos, según es natural que afecten, ni tampoco exento del cuidado (Sorge), en sentido de Heidegger, consistente en anticipar, procurar y cuidar de los asuntos de la vida o, como diría Ortega, de la preocupación como ocupación por anticipado, previsora y responsable. Estaría curado entretanto sabe o sepa comprender la depresión como situación y procure y se preocupe de no entrar en ella y en su caso de salir adelante.

5.4. Estatus empírico, extensiones terapéuticas e implicación clínica de la AC

Estatus empírico. La AC tiene una base eminentemente empírica y aun siendo, además, un ejemplo de parsimonia, facilidad y eficiencia, lo que la hace una terapia de calidad (Cougle, 2012), da lugar a la curiosa cuestión acerca de qué componentes o combinación de ellos son necesarios o maximizan su eficacia (Kanter et al., 2010). Esta cuestión es curiosa porque la AC deriva precisamente de un componente de la terapia cognitiva que, según todo parece indicar, es el que aporta la eficacia de esta terapia (Dimidjian et al., 2006; Jacobson et al., 1996). Todo sea dicho, el componente conductual ya era una terapia por sí mismo antes de su incorporación y nueva vida en la terapia cognitiva, gracias al trabajo pionero de Lewinsohn, siguiendo a Ferster, como se ha apuntado en la introducción.

El caso es que, ahora, después de recobrar su autonomía respecto de la terapia cognitiva y hacerse un nombre propio como AC y de ser una de las terapias más eficaces para la depresión, si es que no la más eficaz (Cuijpers, van Straten y Warmerdam, 2007; Dimidjian et al., 2006; Dodson et al., 2008; Moradveisi et al., 2013; Sturmey, 2009), es ella misma un complejo terapéutico. No es una terapia compleja de entender y aplicar, sino compuesta de diversos, que no divergentes, aspectos y componentes, todos ellos de marcado carácter conductual: no divergentes, pero varios. Este complejo no se refiere sino a los varios aspectos señalados: rationale, monitorización de actividades, programación de actividades, técnicas conductuales clásicas, así como reforzamiento en terapia, aceptación

y valores de acuerdo con otras terapias contextuales. Componentes todos ellos coherentes, pero suficientes para plantear la cuestión que se cierne sobre todas las terapias psicológicas: por qué son eficaces, para el caso, qué componentes son necesarios o combinación de ellos maximizan la eficacia. Así, la AC, aun siendo una terapia eficaz y de calidad, no deja de plantear de nuevo la vieja cuestión de los componentes y de parte de sus propios valedores (Kanter et al., 2010).

No es que la historia y la lección de AC haya sido en balde, por lo que respecta a la terapia cognitiva. Aun cuando en rigor y en buena política no se puede descartar el papel de la reestructuración cognitiva en la terapia (ahí está, por ejemplo, la terapia metacognitiva), lo cierto es que hay muchas razones para dudar acerca de la conveniencia de su inclusión (quién lo iba a decir) como componente del tratamiento para los trastornos psicológicos (Cougle, 2012, p. 478).

Respecto a la propia AC, la cuestión de los componentes lleva a una alternativa, si alcanzada una terapia de calidad (parsimonia, facilidad y eficiencia) hay que seguir buscando "con lupa" componentes específicos y mecanismos, o si ya sería hora de percibir principios terapéuticos. El problema de mirar con lupa tras "mecanismos" es que, además de ser un enfoque de pocas miras, está él mismo prisionero del mecanicismo, suponiendo un mecanismo averiado en la instalación psicológica arreglable con técnicas específicas (alambres, ajuste de tornillos). La evidencia de esta terapia en el contexto de las terapias contextuales sugiere la conveniencia de miras más amplias percibiendo el conjunto de la terapia, acaso, como un puente, con componentes, eso sí, de ladrillos o piedras, pero formando un arco o vano que es en realidad lo que hace el puente. En terapia, al menos, el diablo no parece estar en los detalles, sino en el conjunto (Pérez-Álvarez, 2013). El puente de AC tendría sus pilares en dos principios terapéuticos que se destacarán en relación con la ACT: el desenredamiento autorreflexivo (rompiendo el patrón de evitación) y la activación conductual sobre un horizonte de sentido (más allá de uno mismo). A partir de aquí, más o menos ingredientes o combinación de ellos, ya sería cosa del caso y del artista. Ya que las terapias contextuales propugnan dimensiones transdiagnósticas, debieran coherentemente propugnar también dimensiones transteóricas, en la forma de principios terapéuticos, más que componentes.

Extensiones terapéuticas. La AC se ha desarrollado en relación con la depresión donde, por cierto, echan a andar muchas terapias (la depresión es un campo agradecido para probar terapias). Pero la AC, como también ha pasado con otras terapias de la depresión, es extensible a una variedad de trastornos, empezando por la ansiedad, por lo demás, asociada a menudo a la depresión (Hopko, Robertson y Lejuez, 2006; Turner y Leach,

2010). En síntomas psicóticos negativos, la AC es también aplicable, no sólo para reducir la depresión asociada, sino para aumentar niveles de funcionamiento (Mairs, Lovell, Campbell y Keeley, 2011). La AC también tiene extensión a la conducta adictiva (Kópetz, Lejuez, Wiers y Kruglanski, 2013) y al cáncer. En relación con el cáncer, los objetivos de una intervención fueron: mantener actividades relevantes y restablecer las rutinas cotidianas, incrementar actividades gratificantes y funcionales, eliminar conductas de enfermedad aprendidas y modificar el patrón de evitación experiencial (Fernández et al., 2011). Más allá de su aplicación a trastornos psicológicos y de la salud, la AC puede ser aplicada igualmente para "estar en forma" y mejorar el bienestar, cualquiera que sea el estatus clínico.

La AC es aplicable allí donde el problema consista en algún patrón de evitación, junto con una actividad funcionalmente reducida o mal enfocada en relación con los intereses y valores de la persona. Esto cubre prácticamente todo el campo de la neurosis tradicional o, como se dice ahora cuando se trata de retomar este concepto, síndrome neurótico general o de afecto negativo (Barlow, Allen y Choate, 2004; Hopko, Robertson y Lejuez, 2006). Su filosofía, lógica y procedimiento hacen de la AC un modelo de integración transdiagnóstica y transterapéutica con énfasis en la identificación y abordaje de la evitación neurótica y en la activación de una vida trascendente más allá del momento. La AC da poder a las personas para que puedan afrontar sus problemas sin miedos, evitaciones y defensas neuróticas, así como para cambiar en lo posible el ambiente en el que viven, supuesto que siempre hay algo posible que depende de uno y que se puede cambiar.

Implicaciones clínicas. Una importante implicación de la AC es que ofrece sólidas razones, empíricas y conceptuales, para la desmedicalización de la depresión (Martell, Addis y Jacobson, 2001; Pérez Álvarez, 2007). La desmedicalización de la depresión se refiere a dejar de "sensibilizar a la población" acerca de que es una enfermedad como otra cualquiera, como la diabetes, con la que a menudo se la compara, y a dejar de promover la medicación como el tratamiento de referencia, sin más "hallazgos" farmacológicos que eslóganes del tipo del "desequilibrio de la serotonina" (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007) y más recientemente estabilizadores del humor. El modelo biomédico, abanderado por la industria farmacéutica, ha medicalizado la "miseria" en el variado sentido que el término "misery" tiene en inglés, como sufrimiento, desdicha, tristeza, aflicción, pena, pobreza, como si todo esto fuera algo tratable con medicación, de acuerdo con David Pilgrim y Richard Bentall (1999). Solo recientemente se está reconociendo que la medicación antidepresiva no cuenta con ninguna novedad en los últimos treinta años (más

que eficaces eslóganes comerciales) y de hecho la industria del ramo parece estar abandonando el negocio de la depresión (Henig, 2013). Esta decepción y deserción de la industria farmacéutica por falta de marcadores biológicos se está dando también en relación con la medicación antipsicótica (Hyman, 2012), después de convertir la esquizofrenia en la "enfermedad abandonada" (The Schizophrenia Commission, 2012), donde la "miseria" en este caso asistencial gira en tomo a la medicación antipsicótica, sin apenas acceso a las terapias psicológicas. Es hora de hacer valer un modelo contextual, frente y en lugar del modelo biomédico.

Un modelo contextual con base en la AC es la alternativa más cabal en la depresión y probablemente no sólo en la depresión, y por más de una razón:

1. Resitúa la depresión en el contexto de las circunstancias y vicisitudes de la vida, como, por cierto, así la entienden muchas personas.

2. Ofrece una explicación verdadera, clara y posibilista, tomada directamente de lo que le pasa a uno.

3. Ofrece asimismo una ayuda coherente con la naturaleza del problema.

4. Reconoce el sufrimiento y esfuerzos de la persona, a la vez que le enseña la manera de "salir" del problema, manejarse con nuevas situaciones depresivas y prevenir su ocurrencia.

5. Contribuye a la reducción del estigma.

Se da la circunstancia de que el modelo biomédico, con su política de la "enfermedad como otra cualquiera", lejos de reducir el estigma, lo ha aumentado, y se entiende que sea así. La consideración de la depresión como meros "síntomas" derivados de supuestos "desequilibrios químicos" hace de los clientes que buscan ayuda "enfermos" con una supuesta vulnerabilidad crónica (en particular cuando se invoca una predisposición genética), imprevisibles y fuera de control según están a expensas de la química. Al final, el modelo de enfermedad, no es ni política ni científicamente correcto. De hecho, el modelo contextual reduce el estigma mientras que el modelo médico no lo hace (Rush, Kanter y Brondino, 2009). Sin que sea fácil salir de la depresión y sin prometer "jardines de rosas", la AC resitúa el problema en su contexto y devuelve a la persona las riendas de su vida.

6
Terapia de aceptación y compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés, para pronunciar "act") es, de entre las terapias de tercera generación, la que más probablemente ha contribuido al establecimiento de todas estas nuevas terapias. Así como también es quizá la que más ha contribuido a su expansión y no sólo dentro de la tradición de la terapia de conducta o cognitivo-conductual, con una nueva generación, sino también en el ámbito de la psicología clínica, como innovación psicopatológica y terapéutica. La ACT se caracteriza a sí misma como un enfoque de la ciencia contextual conductual del cambio psicológico (Hayes, BarnesHolmes y Wilson, 2012; Hayes et al., 2011; Hayes et al., 2006; Tórneke, 2010).

6.1. Aspectos distintivos

Los aspectos distintivos de la ACT son los siguientes: una filosofía contextual de la ciencia, una teoría del lenguaje y la cognición y una concepción de la psicopatología y de la terapia. Se va a exponer cada uno de ellos.

6.1.1. Una filosofía contextual de la ciencia: el contextualismo funcional

La filosofía contextual de la ciencia que está en las raíces de ACT se denomina contextualismo funcional. El contextualismo funcional es una variedad del contextualismo que es, a su vez, una concepción del mundo alternativa a otras exis tentes. De acuerdo con el filósofo Stephen Pepper en su libro World hypotheses, de 1942 (Pepper, 1970), se reconocen cuatro grandes hipótesis del mundo, según la metáfora-raíz o idea-fuerza en que se basan: formismo, mecanicismo, organicismo y contextualismo.

Elformismo tiene su metáfora-raíz en la similitud o correspondencia entre dos o más cosas, una de las cuales es la verdad de la otra como, por ejemplo, las cosas del mundo respecto de las palabras que las nombran o los hechos respecto de las teorías a las que confirman. Se trata de una concepción de sentido común, realista ingenua, como si las

palabras fueran las etiquetas de las cosas. En términos científicos sería una concepción teoreticista, proposicional, no menos ingenua que el realismo de sentido común, donde las teorías sobrevuelan el mundo y a veces se "posan" en los hechos bajo la especie de espíritu santo en forma de hipótesis. En psicología, el formismo o formalismo teoreticista está vigente en las estrategias de investigación, por ejemplo, en las aplicaciones para solicitar proyectos subvencionados. Generalmente, el formismo en psicología tiene hoy un corte cognitivista, que trata de comprobar hipótesis derivadas de teorías. En terapia se encuentra, sobre todo, en la terapia cognitiva, con su especificación de ideas y creencias irracionales, por irrealistas, y propuesta de ensayos de comprobación de la realidad.

El mecanicismo tiene su metáfora-raíz en la máquina, como modelo del funcionamiento del mundo y para el caso del cerebro, desde el reloj al ordenador. Los aparatos y tecnología de la vida práctica proporcionan los modelos para entender el mundo sea, por caso, la fragua para explicar los truenos y relámpagos producidos por Thor, el dios del trueno, los sistemas hidráulicos para explicar conflictos psíquicos o termostatos para explicar procesos de retroalimentación. La psicología del procesamiento de la información, explicación mecanicista donde las haya, vive de la metáfora del ordenador. El mecanicismo tiene mucho que ver con el formismo, en la medida en que ambos se satisfacen con la correspondencia entre la descripción proposicional (teoría, hipótesis) y el funcionamiento del mecanismo estudiado como, por ejemplo, la mente humana.

El organicismo tiene su metáfora-raíz en el organismo, por lo que se refiere sobre todo a la integración de las partes en un todo, más que al proceso de su desarrollo. Así, su teoría de la verdad está en la coherencia entre las partes. Aun cuando la metáfora-raíz del organicismo se refiere en Pepper a integración en el sentido de la relación de las partes dentro de una estructura, sea el universo, una sociedad o un sistema económico, la propia imagen de organismo biológico impone sus reales en las concepciones psicológicas y psiquiátricas actuales. En este sentido, el organicismo estaría más cerca del mecanicismo que del contextualismo como, sin embargo, lo ve el propio Pepper. El organicismo y el mecanicismo parecen aliados en la concepción psiquiátrica actual.

El contextualismo tiene su metáfora-raíz en el evento, pero no un evento histórico, pasado, sino un evento dinámico, dramático y activo, ocurriendo ahora mismo. De manera que el evento bien se podría denominar "acto". Pero tampoco un acto aislado, fuera de contexto, sino un acto precisamente en y dentro de un contexto. Los verbos mejor que los sustantivos cualifican un evento como acto, siempre en un contexto. El evento se da haciendo, sufriendo, disfrutando: "haciendo una lancha, corriendo una carrera, riendo un chiste, convenciendo a una asamblea, desvelando un misterio, resolviendo un problema,

explorando un país, hablando con un amigo, creando un poema, recreando un poema. Estos actos o eventos son intrínsecamente complejos, compuestos de actividades interconectadas con patrones continuamente cambiantes. Son como episodios de la trama de una novela o drama. Son literalmente episodios de la vida" (Pepper, 1970, p. 233). Sus características y categorías son el cambio y la novedad, la cualidad y la textura. El contextualismo se mueve en un plano horizontal, distinto del plano vertical arriba/abajo, teoría/hecho, en el que se mueve el formismo, el mecanicismo y el organicismo cuando se alía con el mecanicismo. El organicismo como estructura podría ser horizontal, pero acaso con menos cambio y novedad, cualidad y textura que el contextualismo.

El contextualismo cuenta, a su vez, con una variedad de modelos (Hayes, 1993), entre otros, la narrativa señaladamente en la línea de Theodor Sarbin, con su énfasis en la dramaturgia, el materialismo dialéctico, la teoría constructivista de la persona, la hermenéutica conductual, en la psicoterapia postmodema y, en fin, el contextualismo funcional. El contextualismo funcional tiene su teoría de la verdad en el sentido práctico, de acuerdo con el pragmatismo filosófico, definido por la influencia o control de eventos. El contextualismo funcional viene a ser una versión del conductismo radical, sin duda, con un nombre más agraciado. Si conductismo "radical" sugiere extremismo e intransigencia (según se ha malentendido), contextualismo funcional sugiere ponderación y tolerancia, según el tándem contextual y funcional reúne términos agraciados, de los que nadie renegaría, sino que todo el mundo asumiría de buen grado, al margen de cómo los entienda. La novedad del contextualismo funcional respecto del conductismo radical está en el énfasis de los nuevos desarrollos postskinnerianos en el estudio de la conducta verbal, para el caso del lenguaje y la cognición.

6.1.2. Una teoría del lenguaje y la cognición: la teoría del marco relacional

El estudio del lenguaje y de la cognición en la tradición skinneriana ha dado lugar a toda una teoría denominada Teoría del Marco Relacional (RFT, por sus siglas en inglés, de Relational Frame Theory). La RFT resulta de un programa de investigación experimental básica, específicamente dirigido a la fundamentación y desarrollo de la ACT. Como estudio del lenguaje y la cognición en términos contextuales-funcionales, la RFT se ha centrado en la habilidad humana para aprender a establecer relaciones entre eventos y a derivar funciones nuevas, no entrenadas. Se entiende que la habilidad relacional es un repertorio de conducta operante aprendido en el curso normal de socialización, en virtud de innumerables ocasiones, que forman parte de la práctica cotidiana. La investigación en RFT estudia experimentalmente los procesos comunes del desarrollo del lenguaje y la cognición, mostrando cómo son derivados de la práctica social, y no desplegados de una

supuesta gramática universal o equipamiento mental. Así, los niños aprenden a establecer funciones relacionales como, por ejemplo, diferente (un zapato es diferente de otro y de cualquier otra cosa), igual (el n.° 2 es igual a la palabra "dos" y a dos cosas ahí), opuesto (alto respecto de bajo o triste respecto de alegre), comparación (más grande que), pertenencia (los dedos son de la mano) o la toma de perspectiva que está en la base del yo (yo aquí, lo demás ahí), según se ha apuntado en el capítulo a propósito de la PAF.

Dentro de la innumerable variedad de relaciones y funciones, la RFT ha estudiado en particular los marcos relacionales consistentes en la vinculación mutua, la vinculación combinatoria y la transformación de funciones. La vinculación mutua implica una relación bidireccional entre dos eventos. De la relación en una dirección (una moneda de un euro es mayor que una de diez céntimos) deriva una segunda relación en la otra dirección (una moneda de diez céntimos es menor que una de un euro). Más allá de las diferencias de tamaño, el niño puede aprender la arbitrariedad o convencionalidad del marco relacional ya que, por ejemplo, un euro vale más que cincuenta céntimos, a pesar de ser de menor en tamaño. La vinculación combinatoria implica una relación transitiva en la que dos relaciones se pueden combinar para derivar una tercera; si Juan es más alto que María y María es más alta que Luis, Juan es más alto que Luis, etc. Lo relevante de estas obviedades es que constituyen requisitos, procesos y procedimientos que permiten establecer un sinfín de nuevas relaciones, no enseñadas, ni practicadas ni, por tanto, nunca reforzadas.

La transformación de funciones se refiere a cambios en las funciones de estímulos por formar parte de una red o marco en el que están relacionados con un tercero. Un niño que usó una moneda de cincuenta céntimos para comprar algo, preferirá un euro, aunque sea de menor tamaño y nunca lo haya usado, en virtud del marco vale más que. En general, sin que hayan ocurrido contingencias directas, muchas situaciones, eventos o estímulos pueden adquirir nuevas funciones y modificar las anteriores, por formar parte de una clase funcional con otros. Se dice que factores contextuales alteran las conductas aprendidas en primera instancia en relación con ciertos estímulos, eventos o situaciones. Así, la experiencia de "tristeza", suscitada por un evento de "pérdida" de algo valioso o reforzarte, al formar parte de marcos de referencia o contextos verbales del tipo "es malo", "no lo soporto", "tengo que quitarla", termina por adquirir funciones "negativas", aversivas y evitativas, distintas de la mera experiencia de "estar triste" o, incluso, la experiencia de la alegría de la tristeza, dados otros marcos.

La investigación de RFT ha reconstruido en términos experimentales, a menudo con estímulos y eventos enteramente arbitrarios, sin implicar palabras o lenguaje convencional,

todas estas relaciones de vinculación mutua y combinatoria, así como de transformación de funciones de estímulo, y otros fenómenos. Puede que la RFT no haya descubierto nada que no se supiera, pero ha demostrado cómo ocurre con toda naturalidad en la vida cotidiana. Y eso tiene importantes implicaciones teóricas y prácticas y tanto para una concepción nomentalista del lenguaje y la cognición como para una concepción clínica no médica que sitúa el sufrimiento humano en el contexto de las prácticas culturales y sociales. Por lo pronto, de acuerdo con la RFT, los pensamientos y los sentimientos no serían vistos como algo que tuviera lugar en un supuesto mundo mental interior que se rigiera por principios distintos a los conductuales ni, por tanto, que fueran la causa de la conducta "externa" ni, tampoco, el objeto apropiado para el cambio psicológico. La RFT supone toda una nueva concepción de la psicopatología y la terapia que se traducen en el modelo de la inflexibilidad psicológica.

6.1.3. Una concepción de la psicopatología y de la terapia: la inflexibilidad psicológica

La ACT ofrece una concepción de la psicopatología alternativa a la concepción al uso establecida por los sistemas nosológicos, típicamente el DSM. El DSM-4, después de ser el sistema diagnóstico prácticamente oficial, se reconoce que era ficticio o, como suelen decir con una retórica autocontradictoria, que fue un gran avance pero que es ahora un obstáculo para la investigación y la práctica clínica, ya que no refleja la realidad de los pacientes. Por ello, se ha "promulgado" el DSM-5 que, con todos sus "avances", viene a ser más de lo mismo. Su objetivo es "proporcionar criterios diagnósticos y categorías de trastornos que se mantengan al día con los avances de la neurociencia" (Regier et al., 2010), cuando mejor sería que se mantuvieran al día con todo tipo de avances, entre ellos los psicológi cos. Por lo pronto, el "nuevo sistema" debiera empezar por la realidad clínica de lo que les pasa a los "pacientes" y no por categorías diagnósticas recortadas del contexto biográfico y de las circunstancias de la vida.

La ironía es que el DSM-5 sale a la par que sus alternativas, que ya se están proponiendo, aun antes de su estreno. Aunque ya discutido en el capítulo 2, permítase un repaso. Se refiere a los Criterios de los Dominios de Investigación (RDoC, por sus siglas en inglés, de Research Domain Criteria), un plan estratégico lanzado por el National Institute of Mental Health, NIMH, bajo la dirección de Thomas Insel. Dejando aparte que la propuesta RDoC ya reconoce la inadecuación del recién estrenado DSM-5, lo que ofrece en su lugar sale hipotecado por sus preconcepciones neurocéntricas. Así, parte de tres asunciones: 1) la enfermedad mental como trastorno del cerebro, 2) el trastorno del cerebro como disfunción en circuitos neuronales, y 3) la existencia futura de biomarcadores.

Pues bien, ACT ofrece una alternativa tanto al sistema nosológico DSM-5 (más de lo mismo), como a la propia alternativa RDoC (viciada de principio). Así, ofrece una concepción psicopatológica sobre la base de una dimensión funcional subyacente, común a una diversidad de diagnósticos. Sobre la misma idea de RDoC, pero sin incurrir en los problemas señalados, ACT presenta un modelo de psicopatología asentado en dominios psicológicos. Más en concreto, se refiere a ciertas interacciones del lenguaje y la cognición con las situaciones y eventos, de modo que impiden un contacto flexible con la realidad. Este efecto paradójico o lado oscuro del lenguaje se ha estudiado experimentalmente, de acuerdo con la distinción skinneriana entre reglas y contingencias, donde se ha mostrado cómo las reglas pueden llegar a ser insensibles a las contingencias. En un experimento típico, a los participantes se les propone una tarea simple, como presionar un botón para obtener puntos. A unos se les da una regla precisa de cómo hacerlo: "presionar el botón cuando la luz esté encendida", y a otros una indicación general sin especificar cómo se obtienen los puntos. Todos reciben feedback inmediato de su éxito. Los que conocen la regla alcanzan el éxito más rápido que los que aprenden por ensayo y error. Después de que están igualados, las contingencias cambian de manera que los participantes tienen también que cambiar de estrategia. Aquellos que siguieron la regla tienen ahora mayores dificultades que aquellos que estuvieron desde el principio en contacto directo con las contingencias. La regla que fue ventajosa en las primeras condiciones, fue desventajosa en las nuevas. Así, uno puede estar respondiendo más a reglas que ya no funcionan que a las propias contingencias.

Este desajuste o, como se dice, insensibilización del lenguaje ante las contingencias fácilmente lleva a meter y envolver a la persona en un circuito que le impide proseguir o hacer cambios adaptativos en orden a los valores significativos de su vida, al quedar enredado en esfuerzos inútiles.

En las primeras formulaciones de ACT, este proceso psicopatológico se ha identificado como evitación experiencial: un patrón recurrente por el que uno trata de cambiar o quitar (evitar) eventos privados disconfortantes (experiencias, pensamientos, recuerdos, imágenes, etc.), consiguiendo acaso un alivio inmediato, pero resultando improductivo y contraproducente a largo plazo. Se trata de un patrón que, de una u otra manera, se encuentra en la base de una variedad de diagnósticos distintos y así se ha propuesto como alternativa a los sistemas diagnósticos (Hayes et al., 1996).

Por lo que importa destacar ahora, nótese que el problema se identifica y define en los términos prácticos, fenomenológico-conductuales, como se da y lo vive la propia persona, sin menoscabo de la complejidad científica del modelo. El clínico no se encuentra en la

consulta con genes, desequilibrios neuroquímicos o circuitos defectuosos, sino con personas "enredadas" en avatares de la vida. En las formulaciones posteriores de ACT, esta dimensión psicopatológica se denomina inflexibilidad psicológica, que será expuesta a continuación. A su vez, y muy coherente con el modelo psicopatológico, ACT ofrece una concepción terapéutica que ha dado lugar a toda una generación de terapias contextuales. Se puede adelantar que ACT es una terapia que se caracteriza más por sus principios generales, que por técnicas específicas.

6.2. La inflexibilidad psicológica como modelo de psicopatología y tratamiento

ACT es una terapia contextual conductual que se vale de la aceptación y mindfulness, así como del compromiso y del cambio conductual para promover flexibilidad psicológica. Esta idea general supone que ACT no es similar a otras terapias en ciertos aspectos. El objetivo de ACT no es necesariamente la regulación emocional y el contenido cognitivo y, en general, la eliminación de los síntomas, sino la flexibilidad. ACT no ve útiles los diagnósticos consistentes en colecciones de síntomas, sino que se centra en la conceptualización del caso de acuerdo a su concepción. ACT no ofrece modelos de trastornos específicos, sino un modelo general de cómo el aprendizaje relacional puede dar lugar a problemas en el funcionamiento humano como la inflexibilidad psicológica. Tampoco ofrece un conjunto de técnicas, sino principios generales implementados de muchas maneras que pueden ayudar a aumentar la flexibilidad psicológica al servicio de los valores que dan o den sentido a la vida de uno.

La flexibilidad psicológica es la capacidad para experimentar pensamientos, sentimientos, sensaciones, recuerdos e imágenes de manera plena, tal como estos eventos se dan a la conciencia, sin tratar de evitarlos, controlarlos, analizarlos o juzgarlos, lo que ya ha terminado por ser contraproducente. Siendo que estas acciones y reacciones, si bien, en principio, razonables, suponen ya esfuerzos baldíos, la flexibilidad psicológica implica también la capacidad para reconducir la vida sobre un horizonte de sentido, en vez de permanecer atascado sobre sí mismo. ACT propone a los clientes aceptar y experimentar los eventos privados sin someterlos a un "juicio valorativo", a la vez que les propone perseguir los objetivos y valores relevantes para su vida. Esta filosofía terapéutica es relativamente diferente de la filosofía de la terapia de conducta de la segunda generación, representada por la terapia cognitivo-conductual, en la medida en que ésta se propone el cambio de los eventos mismos o síntomas presentados. Si este cambio de la terapia cognitiva o cognitivo-conductual se concibe como un "cambio de primer orden", el de la ACT sería un "cambio de segundo orden", centrado en el contexto y en la función de los síntomas y no en los síntomas mismos (experiencias y contenidos cognitivos).

La inflexibilidad psicológica se describe de acuerdo a seis procesos conductuales identificados con términos clínicos fáciles de entender aun en el caso de que uno no estuviera "puesto" en la teoría del marco relacional en la que tienen su base. Cada uno de los seis procesos de inflexibilidad lleva parejo el correspondiente proceso terapéutico que, de hecho, forma parte del modelo de la terapia. El cuadro 6.1 presenta estos procesos de inflexibilidad psicológica y sus correspondientes de flexibilidad.

Cuadro 6.1. Procesos psicopatológicos y terapéuticos

Procesos de inflexibilidad psicológica (psicopatológicos)	*Procesos de flexibilidad psicológica (terapéuticos y saludables)*
Fusión cognitiva	Defusión
Evitación experiencial	Aceptación
Pérdida de contacto flexible con el presente	Contacto con el momento presente
Apego al yo conceptualizado	El yo como contexto
Falta de claridad con los valores	Clarificación y elección de valores
Inacción, impulsividad o persistente evitación	Compromiso de actuar

•La fusión cognitiva y la alternativa de la defusión

La fusión cognitiva o fusión sin más refiere un control excesivo o inapropiado del lenguaje, de un modo que impide la conducta más adecuada dadas las circunstancias. Si bien las reglas e instrucciones suelen facilitar el contacto con los eventos y las cosas y regulan la conducta en relación con ellas, pueden ser también un obstáculo cuando parecen insensibles a los cambios y uno las sigue rígidamente. Cuando esto ocurre, la conducta está más controlada por redes verbales inflexibles que por las propias contingencias realmente existentes para las que debiera servir. El lenguaje - lo que te dices y piensas - se toma y vive como si fuera literalmente los eventos o realidades que "dice" ser. Así, el miedo que según te dices no puedes soportar viene a ser el propio impedimento para hacer algo, la autocrítica que te haces ("soy estúpido") viene a ser el concepto que realmente tienes de ti mismo y la "blasfemia" que piensas viene a ser el pecado o la ofensa misma. ACT dispone de cuestionarios que evalúan la creencia de que los pensamientos y las acciones son equivalentes como el TAFQ-A (Fernández Llebrés, Godoy Ávila y Gavino Lázaro, 2010).

La defusión trata de crear contextos de desliteralización que disminuyan las funciones

regulatorias innecesarias del lenguaje y de facilitar el contacto con los eventos en curso. Así, por ejemplo, se podrían promover ejercicios consistentes en convertir una palabra en una "palabra", repitiéndola cincuenta veces, o un pensamiento en un "pensamiento", diciendo "estoy teniendo el pensamiento de que no puedo soportar el miedo". La idea es disminuir la credibilidad de los propios eventos privados y la "fusión" de uno con ellos.

•La evitación experiencial y la alternativa de la aceptación

La evitación experiencial es el intento de cambiar experiencias privadas como pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales o recuerdos, aun cuando haciéndolo así es inefectivo, costoso o innecesario. La gente ha aprendido a tratar con los eventos privados disconfortantes como objeto de cambio, de la misma manera que lo hace con los eventos externos que estorban, molestan o interfieren y entonces los quitas o te apartas de ellos y continúas haciendo lo que hacías. Pero esto no funciona con los eventos privados, en primer lugar, porque forman parte de ti mismo - como la sombra-, ¿para dónde quitas un recuerdo? En segundo lugar, y por lo mismo, porque las reglas de evitación, control o escape contienen estímulos discriminativos relacionados con las propias experiencias que se quieren eliminar o con eventos que las evocan, como limpiar algo con un instrumento contaminado de lo mismo. Así, el control de la ansiedad para evitar la experiencia de rubor en las relaciones sociales tiende a evocar la propia ansiedad como respuesta a las construcciones verbales acerca de que no hay nada que temer en estas situaciones, etc. La conducta de evitación misma, a través del reforzamiento negativo puede fortalecer la sucesiva conducta de evitación del evento evitado. El mundo moderno hace mucho para que la evitación experiencial sea cada vez más predominante. Como dicen Hayes y Lillis, los "medios modernos propician enormemente la frecuencia de exposición al dolor y al horror y, a la vez, promueven activamente la evitación en orden a vender bienes y servicios con el mensaje de que el coche, la casa, la ropa, la pareja o la pastilla adecuada quitarás el disconfort, la tristeza, la ansiedad o la duda" (Hayes y Lillis, 2012, pp. 51-52). ACT dispone de cuestionarios para medir la evitación experimental, útiles en la clínica y en la investigación (Barraca, 2004; Patrón Espinosa, 2010; Ruiz et al., 2013), así como para medir la aceptación, en particular, del dolor como en la fibromialgia (González Menéndez, Fernández García y Torres Viejo, 2010).

La aceptación es la alternativa a la evitación experiencial. Aceptación no significa tolerancia, resignación, aguante o fatalismo, sino elección de las experiencias tal como son, con conciencia plena y con una actitud de apertura y curiosidad, y sin defensas innecesarias y contraproducentes. La aceptación supone una postura intencionalmente abierta, receptiva y flexible con respecto a la experiencia momento a momento. Mientras

que la evitación tiende a quitar más de lo que se propone, la aceptación incluye experiencias que se preferiría no tener, pero también incluye experiencias deseables, como parte de un todo que no se puede parcelar, por así decir, quitando lo negativo y dejando lo positivo. Así, por ejemplo, si tratas de evitar la tristeza por la muerte de alguien querido, tendrás que evitar no sólo recuerdos y lágrimas, sino también la apreciación, el amor, el humor y la cantidad de otras experiencias que evoca esa persona. La aceptación supone una experiencia con todas las consecuencias y así una experiencia abarcadora, plena y flexible.

•La pérdida de contacto flexible con el presente y la alternativa del contacto

La fusión cognitiva y la evitación experiencial implican pérdida de contacto flexible con el presente, por lo que este proceso viene a redundar en el mismo sentido. Por su parte, la promoción de un contacto no analítico con los eventos psicológicos y ambientales viene también a insistir, por su lado, en la defusión y la aceptación. En todo caso, el objetivo es facilitar que los clientes atiendan y "contacten" con la experiencia en curso, en vez de evitarla, de manera que su conducta sea más flexible y así sus acciones sean más consistentes con los valores que dan sentido a su vida. El lenguaje se usa aquí más para notar y describir (contactar) eventos privados, que para analizarlos, juzgarlos o predecirlos. El aspecto del yo identificado en términos de "yo como-proceso" o corriente de pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales y recuerdos cobra ahora preponderancia respecto del yo como perspectiva y del yo como historia o conceptualizado (que tendrán también su papel terapéutico). La habilidad para moverse voluntariamente de un dominio del presente a otro o para persistir centrado en algo forman parte del método y objetivos de este proceso terapéutico. Ejercicios de meditación y mindfulness, a menudo como tareas para casa, forman parte también del contacto flexible con el momento presente.

•El apego al yo conceptualizado y la alternativa del yo como contexto

El yo conceptualizado viene dado por las respuestas a preguntas de quién, qué y cómo eres, a las que uno suele responder contando una historia personal y un conjunto de atributos. El yo conceptualizado es la narrativa personal y la descripción de lo que uno es. Con ser cierto y verdadero, el yo conceptualizado no es todo lo que uno es, porque da a entender más de lo que uno puede conocer de sí mismo y debido también a que probablemente sobredimensiona lo que de hecho es conocido. Al fin y al cabo, uno no es transparente, ni para sí mismo. El problema con el yo conceptualizado es que llega a ser fácilmente, como dicen Hayes y Lillis, un tipo de caja: una persona envuelta por una

narrativa. Si la situación actual se explica por una infancia difícil, es como si nada pudiera mejorar hasta que la infancia cambie. Si la situación actual pide salir de la autonarrativa, el problema sería doble (la situación y la narrativa que te ata). Si se desafía la autonarrativa, la persona se podría sentir invalidada (Hayes y Lillis, 2012, p. 55).

ACT trata de desmantelar el encerramiento en el yo conceptualizado (la fusión con nuestras propias historias) y, en su lugar, promover un sentido del yo con base en el yo aquí ahora de la experiencia consciente. Se refiere a un sentido del yo como perspectiva, también identificado en términos de yo observador, yo trascendental y yo como contexto. La idea es promover un sentido del yo de manera que uno experimente la conciencia como contexto en el que tienen lugar los distintos eventos privados. Es un contexto o perspectiva desde la que se pueden contemplar los eventos privados. Sería un yo trascendental que hace posible los eventos privados, sin reducirse a ellos, ni tampoco fusionarse con ellos, sino que los trasciende en el tiempo y en el espacio. Esta distinción entre el yo como contexto y el yo conceptualizado o yo como contenido, que la RFT entiende en términos de relaciones verbales aprendidas (como se ha apuntado), se corresponde con las distinciones tradicionales yo/mí, yo circunstancia, ser/estar, etc. (en García Montes y Pérez Álvarez, 2003, se pueden ver distintas versiones de este doble aspecto de la persona). La figura 6.1 muestra el yo como contexto de los distintos mis, con señalamiento del remolino neurótico que se genera cuando se trata de suprimir o evitar alguno de "mis" eventos privados (experiencias, etc.).

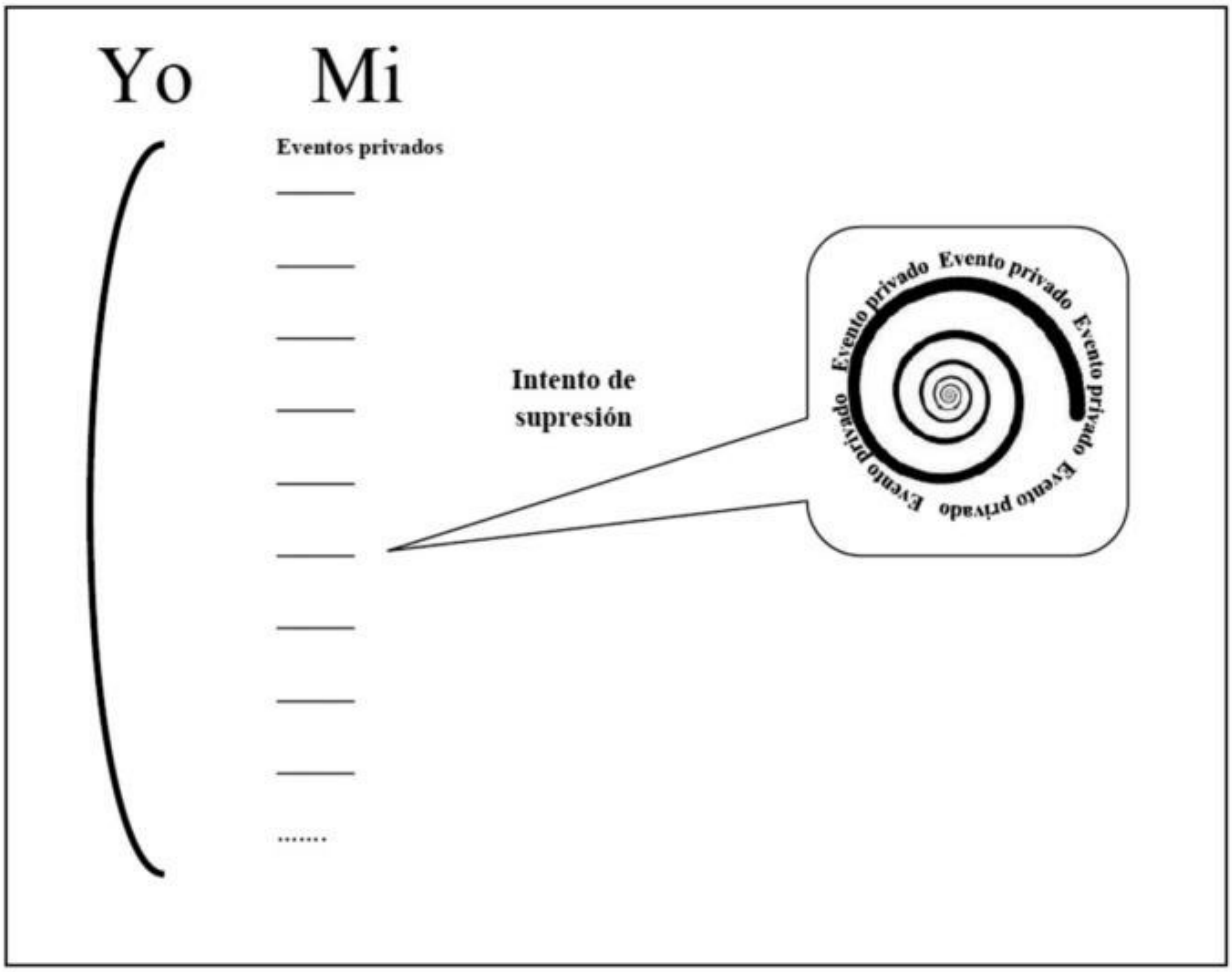


Figura 6.1. Esquema del doble aspecto Yo-Mi.

En la práctica clínica, la promoción del yo como contexto ayuda a los clientes a tomar perspectiva respecto de las experiencias hasta ahora temidas y evitadas, mediante metáforas y ejercicios experienciales y de mindfulness. Así, por ejemplo, se puede proponer a los clientes que se vean en el momento actual desde una edad mayor, que aconsejen a alguien que está luchando ahora como ellos con los mismos problemas o que se imaginen experiencias difíciles notando que están teniendo tal experiencia. Una metáfora de yo como contexto la ofrece el tablero de ajedrez respecto de las distintas piezas cual eventos privados, que por más que trates de quitar los indeseables no dejan de pertenecer al propio yo que los quiere quitar y de permanecer en él. Para éstas y otras metáforas véase Wilson y Luciano (2002).

•La falta de claridad con los valores y la alternativa de su clarificación

ACT es única en considerar de forma expresa los valores como un proceso terapéutico

esencial. El problema con los valores es que no existan o lo que es más probable que no figuren en el primer plano como la dirección y el horizonte que da sentido a la vida. En realidad, la defusión, la aceptación, el estar presente y el yo como contexto no son fines en sí mismos, sino más bien el allanamiento del camino para una vida más vital y consistente con los valores de uno. Los valores no son objetivos concretos como pudieran ser acabar una etapa escolar, tener una pareja, formar una familia o lograr tal o cual meta, sino horizontes que dan sentido - dirección y significado - a la vida. Como el horizonte, los valores no se alcanzan, ni tampoco es necesario definir operativamente, sino que están ahí guiando la vida. Los valores son más una dirección que un destino. Ser un buen padre, por ejemplo, no es algo que se obtenga como un trabajo o una casa con jardín, sino un proceso continuo de sustento y educación de los hijos según crecen, tienen problemas, atraviesan crisis, cometen errores, están en riesgo. Lo propio ocurre en el caso de ser hijo, un ciudadano responsable o lo que sea.

En ACT, los valores se definen como consecuencias elegidas, verbalmente construidas de patrones de actividades dinámicos y cambiantes, de manera que las propias actividades implicadas llegan a ser el reforzador predominante (Wilson, Sandoz, Kitchens y Roberts, 2010). Aunque ACT enfatiza la elección libre, como si se tratara del catálogo de un supermercado, a menudo los valores no se "eligen" de esa manera, sino que forman parte de la trayectoria y circunstancias de la vida, por así decir, de lo que uno es. Así, diríamos, corrigiendo el liberalismo ingenuo de muchos líderes de ACT, que a veces y aun frecuentemente uno elige o tiene que elegir ser lo que ya es. Cuidar de los hijos o de los padres no se elige sobre un catálogo. De hecho, "elegir" ser o llegar a ser lo que eres puede ser el valor que se busca y puede también que requiera valor: valentía y firmeza. Es posible que muchos problemas psicológicos se solucionen de golpe cuando uno decide ser lo que es, de acuerdo con una valiente y valiosa sabiduría de Pín daro a Nietzsche. Ulises de vuelta a Ítaca eligió ser el que era, a pesar de la vida regalada que para siempre le ofrecía Calipso.

En terapia, la cuestión es clarificar los valores y ponerlos en primer plano. Si no existen, no están claros o permanecen en el fondo, el problema ya es ése y no tanto la fusión cognitiva o la evitación experiencial. La clarificación de valores implica buscar la vitalidad, el significado y el propósito que da sentido a la vida de uno. Los valores están en aquello que uno hace a pesar de las molestias, los inconvenientes y las dificultades. A partir de aquí, se pueden usar ejercicios del tipo "¿,qué quieres hacer en tu vida?" o "escribir un epitafio" y cuestionarios de clases de valores (familia, relaciones, profesión, educación/formación, etc.). Véase Wilson y Luciano (2002, cap. 7) y Wilson et al. (2010).

•La inacción, impulsividad o persistente evitación y la alternativa del compromiso de actuar

La inacción, impulsividad o persistente evitación resumen la situación a la que da lugar un problema psicológico. Los propios síntomas por los que se suelen definir los trastornos funcionan como formas de evitación que impiden a la gente implicarse en acciones consistentes con sus valores (estar más tiempo con la familia, cumplir con el trabajo o la profesión, hacer algo por los demás, disfrutar del ocio, proseguir en su formación). Después de identificar este patrón de inacción o acción rígida, ACT promueve la acción tendente a la creación de patrones de conducta de más alcance, en dirección a los valores. Se trata de acción comprometida: el compromiso deliberado de implicarse en los patrones de conducta que conllevan valor. ACT, como terapia de conducta y en coherencia con los principios del cambio conductual, se vale de procedimientos tradicionales como adquisición de habilidades, exposición, moldeamiento, ensayo de conducta, control de estímulo, autocontrol y así. A diferencia de los valores que, como se dijo, nunca se colman del todo, los objetivos concretos se pueden alcanzar mediante las acciones conductuales encaminadas a ellos. A su vez, otros procesos de cambio propios de ACT como la defusión y la aceptación pueden servir para quitar barreras que impiden el cambio conductual con base en los procedimientos tradicionales señalados. El cuadro 6.2 reexpone abreviadamente cada uno de estos procesos psicopatológicos y sus correspondientes alternativas terapéuticas y saludables, de interés para su uso preventivo como educación para la salud.

Cuadro 6.2. La Inflexibilidad como modelo de psicopatología y tratamiento

Seis procesos psicopatológicos clave	*Procesos saludables y terapéuticos alternativos*
Fusión cognitiva El pensamiento se torna literal, de manera que los procesos cognitivo-verbales dominan sobre otros procesos de control de estímulo. Excesiva confianza en las reglas e insensibilidad a las contingencias. Pensar una cosa es como hacerla o tener que hacerla.	*Defusión* Ejemplos de ejercicios: desliteralización de palabras, etiquetado de pensamientos ("estoy teniendo el pensamiento de que nada me sale bien"), contradicción del pensamiento con la acción (decir "no puedo caminar" mientras de hecho lo haces).
Evitación experiencial Tendencia a evitar o escapar de eventos privados aversivos como pensamientos, emociones, recuerdos y sensaciones corporales, aun cuando esto suponga perjuicio conductual (tener más de lo mismo). La evitación experiencial restringe enormemente la flexibilidad y efectividad conductual.	*Aceptación* Adopción de una actitud abierta, receptiva y flexible con respecto a la experiencia del momento. No es resignación ni resistencia pasiva, sino acción positiva que cambia la *función* de experiencias de eventos que se han de evitar, en favor de un foco de interés y curiosidad como parte de vivir una vida valiosa (más allá de la disconfortante experiencia del momento).
Pérdida de contacto flexible con el presente El enredamiento analizando el pasado y el futuro da lugar a perder el contacto con las contingencias del momento presente y asuntos entre manos. Si la "rumia" del pasado está asociada a la depresión, la preocupación por el futuro lo está a la ansiedad.	*Contacto con el momento presente* Se trata de usar el lenguaje más como herramienta de constatar y describir eventos privados que de predecirlos y juzgarlos. Ejercicios de contemplación y mindfulness para practicar diferentes modos de la mente que sean menos analíticos y más apreciativos, abiertos y flexibles.
Apego al yo conceptualizado Tales enredamientos impiden también estar en contacto con un sentido del yo más trascendente, dando lugar a patrones conductuales dominados por una reflexividad improductiva e incluso contraproducente.	*El yo como contexto* Es el yo observador o yo trascendente, capaz de establecer una cierta autodistancia o perspectiva respecto de sí mismo. Se promueve mediante ejercicios de mindfulness, metáforas y procesos experienciales.

Falta de claridad con los valores Si los valores son las direcciones (más que metas) que dan sentido a la vida, es decir, orientación y significado, su falta de clarificación y de elección *es* el problema. Los valores son más direcciones que orientan el camino, que destinos a los que se llega. Más un horizonte que una meta. Más el camino que la posada.	*Clarificación y elección de valores* En la práctica se concretan en dominios de la vida que son importantes y consistentes para uno como, por ejemplo, relaciones familiares, de pareja, de parentesco, de amistad, y relaciones sociales, trabajo, educación y formación, entretenimiento, espiritualidad, vida comunitaria o ciudadana, bienestar físico.
Inacción, impulsividad o persistente evitación Las condiciones anteriores contribuyen a pautas de conducta reducidas y rígidas, caracterizadas por la inacción, la impulsividad y persistente evitación, dominadas más por el cumplimiento social y la evitación que por valores elegidos.	*Compromiso de actuar* De lo que se trata es de salir de la inacción y de la rigidez impulsiva y evitativa, quintaesencia de la inflexibilidad psicológica que está en la base de los distintos trastornos. Para ello se propone el *compromiso de actuar* en dirección a valores, que figura en el nombre de ACT, para decir "act".

6.3. Destilación de principios terapéuticos

En conjunto, se puede decir que las principales aportaciones de ACT se resumen en dos. Por un lado, la propuesta de un modelo psicopatológico por el que se entienden los procesos implicados en el desarrollo de un trastorno psicológico; por otro, la propuesta de un modelo psicoterapéutico coherente y a medida de los procesos implicados. Mientras que los procesos psicopatológicos identificados redundan en la idea de inflexibilidad psicológica como dimensión común, los procedimientos psicoterapéuticos saturan en dos procedimientos diferenciables aunque, en todo caso, complementarios.

Como se recordará, la inflexibilidad psicológica es un concepto más inclusivo que el original de los primeros desarrollos de ACT centrado en la evitación experiencial, que pasa a ser uno más entre los seis descritos. Los seis descritos se han de tomar más como especificaciones expositivas de hallazgos de una terapia en curso de investigación, que como "piezas" consistentes en entidades separadas dentro de una arquitectura o engranaje. De hecho, los seis procesos bien se pudieran resumir en uno de ellos, por ejemplo, el último que enfatiza la inacción, la impulsividad o persistente evitación o en el original de la evitación experiencial. Los autores de la terapia proponen y propagan el concepto de inflexibilidad psico lógica, quizá por ser más asequible, como también lo podría ser el más tradicional de rigidez.

Por su lado, los seis procesos psicoterapéuticos saturan en dos procedimientos o, como se dirá, se pueden destilar en dos grandes principios terapéuticos. Así, mientras que defusión, aceptación, contacto con el presente y yo como contexto redundan en la idea de apertura incluyendo mayor conciencia (mindfulness), por su parte, contacto y yo como contexto, de nuevo, en relación con valores y compromiso redundan en la idea de implicación activa. Los cuatro primeros (con los dos comunes) suponen aceptación/mindfulness y así desenredamiento de los propios eventos privados. Los cuatro últimos (con los dos comunes) suponen compromiso/acción y así orientación a la vida sobre un horizonte de valores. En definitiva, los seis procesos terapéuticos y saludables se pueden reducir a dos: los cuatro primeros como procesos de aceptación y mindfulness o desenredamiento autorreflexivo y los cuatro últimos como procesos de compromiso y de activación conductual o de orientación a la vida. La figura 6.2 expone la destilación de estos dos principios terapéuticos generales.

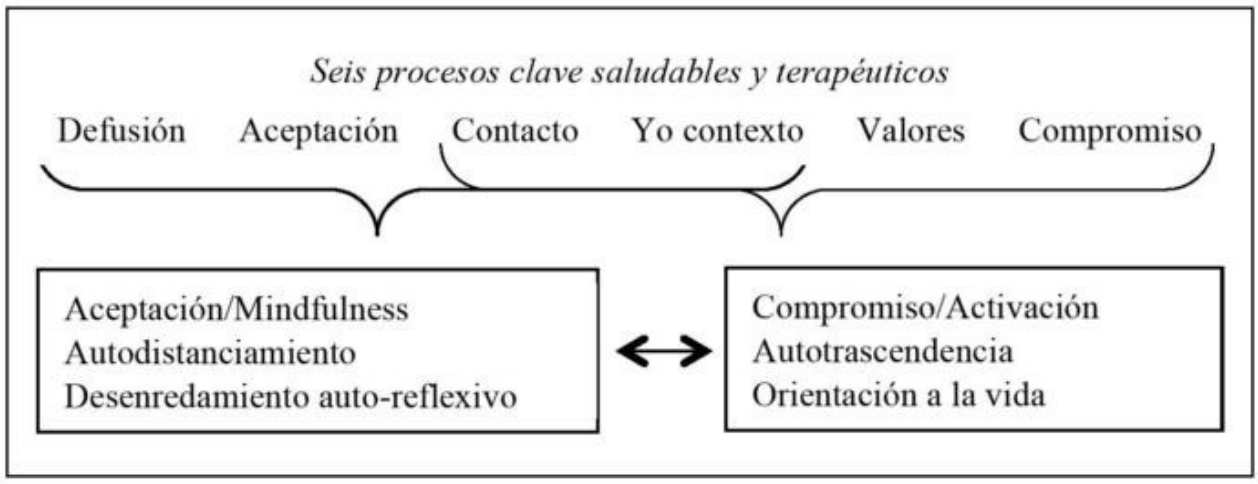


Figura 6.2. Destilación de principios terapéuticos.

6.4. ACT en el proceso de la terapia

Se han presentado tres aspectos distintivos de ACT: la filosofía contextual de base (contextualismo funcional), toda una teoría del lenguaje y la cognición (teoría del marco relacional) y una concepción de la psicopatología y de la terapia (inflexibilidad psicológica). Se ha señalado, asimismo, que ACT se caracteriza más por ofre cer principios terapéuticos, destilados en dos - aceptación y compromiso-, que por proponer técnicas específicas. No obstante, tenidas claras su filosofía, teoría y concepción clínica, ACT se aplica en la práctica conforme a un método, aunque no protocolario, con sus pasos, estrategias y técnicas. Teniendo claro lo que hay que hacer, su procedimiento es flexible,

sin por ello ser de cualquier manera.

6.4.1. Racionalidad de una terapia paradójica

ACT, como otras psicoterapias conductuales o no, tiene su contexto de acción en la relación terapéutica. Los procesos y procedimientos de ACT están incorporados en la propia dinámica de la relación clínica. La relación terapéutica se concibe más como una transacción horizontal que vertical, dentro de que ambos participantes, cliente y terapeuta, tienen distintos roles. El terapeuta puede tener conocimiento técnico y científico en algunas áreas y así un papel activo y directivo pero, en todo caso, forma parte de un viaje compartido presidido por la flexibilidad. La flexibilidad del terapeuta en la relación se traduce en su actitud aceptadora, no juzgadora, activa e interactiva, consciente sabiendo dónde va y centrada en el cliente. Dentro de ser una terapia centrada en el cliente, el papel del terapeuta es a la vez activo, confrontador, compasivo y compañero de viaje, expuesto él mismo a incertidumbres y desafíos en el curso de la propia terapia. El papel del terapeuta es ayudar a los clientes a ser más plenamente ellos mismos, con una relación más flexible con sus propias experiencias, sentimientos y pensamientos y a encaminar una vida más consistente con los valores que importan.

ACT requiere una participación activa, significativa y decisiva de los clientes, que pasa a menudo por una decepción y paradoja. En general, los clientes van a terapia aquejados de experiencias abrumadoras (tristeza, ansiedad, miedo, culpa), ideas obsesivas, recuerdos desagradables, opiniones y creencias negativas y devaluadas de sí mismo, etc., a fin de que el clínico les quite este sufrimiento y así puedan empezar a vivir. Para el cliente, el objetivo primordial es quitar el sufrimiento, lo demás vendría por añadidura. Sin embargo, la solución que propone ACT no es la que pide y espera el cliente, sino en cierta manera la contraria: olvidarse de quitar esas experiencias y en su lugar aceptarlas y empezar a vivir a pesar de no estar bien. Es probable que esta postura terapéutica suponga de primeras una decepción. De hecho, la terapia no escatima la creación de una cierta desesperanza, entretanto sirva para "romper los esquemas" del cliente y resituarlo en otra perspectiva. La paradoja de una terapia como esta, que no trata de quitar el problema, no es meramente intelectual o teórica, sino experiencial. El problema, y la paradoja, es que la cultura, el lenguaje y el sentido común impiden en buena medida la experiencia que necesita el paciente.

Siendo paradójica la solución terapéutica, la participación y el compromiso del cliente en la terapia se hace fundamental. No hay "trucos", es decir, técnicas que por arte de magia te quiten lo que quieres, sino experiencias que pasar si quieres situarte más allá de ellas, sin

quedar a sus expensas. De entrada, la única garantía es que el terapeuta acompañará en este viaje, inicialmente paradójico y hasta decepcionante, sabiendo dónde va. Aun cuando frecuentemente los clientes presentan una variedad de "síntomas" consistentes en experiencias, sentimientos y pensamientos que implican malestar ("no me siento bien", "estoy continuamente preocupado", "estoy en tensión", "tengo malos pensamientos de mí mismo", etc.), por los que se suele diagnosticar ansiedad, depresión y otras formas clínicas, ACT no busca de primeras su eliminación, ni la reducción de su frecuencia o intensidad. Lo que propone ACT es cambiar la relación que los clientes tienen con sus propias experiencias, así como implicarlos en actividades tendentes a asuntos que les importan en la vida (valores) a pesar de esas experiencias todavía molestas. Un cliente que ha mejorado con ACT podría tener todavía experiencias y pensamientos que preferiría no tener ("síntomas") y sin embargo estar implicado en acciones significativas en distintos ámbitos de su vida (familiar, laboral, personal, social).

Un terapeuta ACT tiene como horizonte del camino de la terapia una doble mirada y tarea: por un lado, descubrir valores significativos del cliente sobre los que construir un compromiso de acción y, por otro, identificar las evitaciones y enredos que lo mantienen "atascado", fuera de lo que le importa en la vida. Por lo general, lo que le mantiene "atascado" son las quejas y "síntomas" presentados, constituyendo ya un enredamiento autorreflexivo o bucle de esfuerzos contraproducentes, mientras que el sentido - significado y dirección - de su vida no se presenta como problema o al menos el problema principal, sino, si acaso, como efecto secundario del problema con las experiencias, sentimientos y pensamientos.

La identificación de evitaciones y enredos se refiere a lo que el cliente hace para intentar no sentirse o pensar de cierta manera o tener las experiencias que tiene. Los ejemplos más obvios de evitación consisten en dejar de hacer ciertas actividades o dejar de ir a ciertos sitios, permaneciendo encerrado o en lucha con las propias experiencias, en usar sustancias que "adormezcan" a uno, en aislarse, en manifestaciones de enfado, en rituales, en comer demasiado o en someterse a dietas. Prácticamente, la variedad de problemas presentados tiene un componente evitativo, al final contraproducente. En orden a identificar los patrones de evitación o conductas rígidas indicativas de inflexibilidad psicológica, la cuestión es entender esta posible función, tras una variedad de formas. La forma no define la función. Así, según un ejemplo de Hayes y Lillis, unas personas con sentimientos autodevaluativos pueden ser promiscuas a fin de contrarrestar la experiencia de sentirse indigno de ser amado o valorado, mientras que otras puede que traten de evitar todo contacto con otros como protección de revelar sus fallos y deméritos ante los demás

(Hayes y Lillis, 2012, p. 72).

La identificación de pautas de evitación conlleva la consideración del coste personal que suponen en relación con estar haciendo la vida que importa. Así, la identificación de valores es pareja de la identificación de patrones de evitación. Este doble foco no quiere decir que los patrones de evitación estén evitando precisamente los valores. Funcionalmente, es el caso que los enredos evitativos están impidiendo llevar una vida más valiosa y que la implicación en una vida orientada a valores podría "curar" los malestares que sin embargo constituyen ahora el problema. Una manera de empezar a identificar y clarificar valores puede ser un tipo de pregunta adleriana: "¿en qué sería diferente tu vida si no tuvieras el problema?, ¿qué harías si no tuvieras este problema? o ¿qué harías si estuvieras bien?" (Pérez Álvarez, 1996b, p. 149). Una versión de esta pregunta, sin referencia a Adler, se encuentra en ACT, cuando se dice que un buen punto de partida es empezar por averiguar "qué es importante en la vida del cliente y en qué tipos de actividades estaría implicado si el problema presentado no supusiera una dificultad" (Hayes y Lillis, 2012, p. 73). La referencia a Adler es pertinente, dado el carácter funcional-final que tienen los "arreglos neuróticos" en la vida de la gente, según la perspectiva adleriana, que pueden enriquecer la propia perspectiva conductista.

Un terapeuta ACT es claro en explicar al cliente lo que propone la terapia, su racionalidad, en orden a establecer un acuerdo explícito, verbal o incluso por escrito. Este acuerdo o contrato terapéutico consta de dos objetivos: a) aprender una nueva manera de tratar con las propias experiencias y b) reorientar los esfuerzos a valores. No se dejaría de advertir que aprender nuevas maneras de tratar con las experiencias no es sin dificultad, sino que requiere su esfuerzo, y que es posible que en las primeras sesiones la terapia parezca que no va por buen camino. La terapia no tiene un número preestablecido de sesiones, pero de 6 a 10 sesiones permitirán ver su beneficio. Lo importante es que los dos aspectos del acuerdo o contrato estén claros:

1. Encontrar otra manera de relacionarse con experiencias de ansiedad y tristeza de manera que no copen la vida de uno.

2. Poner sobre la mesa, de frente y en el centro, lo que realmente importa en la vida del cliente.

Para la consecución de estos objetivos, ACT se vale de una serie de estrategias y técnicas. Se exponen las principales. Cada estrategia puede ser implementada con diversas técnicas, elaboradas por ACT o tomadas de otras terapias o contextos.

6.4.2. Estrategias y técnicas

Aunque estas estrategias se exponen en un orden sucesivo, no quiere decir que en la práctica se apliquen en este mismo orden, si bien puede ser una indicación de cómo hacerlo. De hecho, este orden seguido por Hayes y Lillis (2012) es en buena medida el mismo de la exposición en 1996 cuando ACT todavía no se llamaba así, sino "terapia contextual" (Pérez Álvarez, 1996a).

•Desesperanza creativa: aceptando las experiencias

Los clientes suelen llegar a terapia con sufrimientos que quieren quitar para así poder empezar a vivir o reemprender la vida. La tarea del terapeuta es explorar las consecuencias de haber intentado esto, a partir de la experiencia del cliente. Es de suponer razonablemente que los intentos anteriores del cliente, incluyendo otras terapias y medicación si fuera el caso, no han funcionado, a pesar del gran esfuerzo y de su buena lógica, puesto que está ahí todavía buscando ayuda. El terapeuta analiza ejemplos concretos del cliente en solucionar el problema, tratando de ver su sentido - el buen criterio y esfuerzo puesto en juego-, a pesar de lo cual no ha funcionado o, incluso, parece que las cosas han ido a peor. Es importante que el terapeuta derive sus conclusiones de la propia experiencia del cliente. "Veo que al tratar de controlar tu ansiedad una de las cosas que hiciste es evitar situaciones y, aunque te sentiste un poco mejor, a largo plazo no parece que haya ido bien. Todo parece indicar que hacer más de lo mismo no haría las cosas mejor". En este punto, el terapeuta puede ofrecer una metáfora que permita ver la situación en la que está el cliente como, por ejemplo, la "Metáfora del hombre en el hoyo": por más que cabes para salir porque dispongas de una pala, más te hundes (Wilson y Luciano, 2002, p. 128).

La exploración de lo que razonablemente se ha hecho sin éxito o incluso resultó perjudicial, junto con las metáforas que revelan su sinsentido, producen en el cliente, y así se espera que ocurra, una especie de desesperanza porque, además, el terapeuta no parece disponer de mejores técnicas en esa dirección de quitar el malestar. De lo que se trata es de hacer algo completamente diferente, a ver. Los terapeutas que se inician en ACT suelen temer que esta desesperanza lleve al cliente a abandonar antes de tiempo, pero no es lo que ocurre. Los clientes por lo general se sienten comprendidos y validados por sus esfuerzos y buen criterio puestos en juego. Después de todo, el fracaso no es por su fallo, sino por un entrampamiento en el que se vio envuelto, debido a paradojas del sentido común. Lo que funciona en un ámbito, puede que sea contraproducente en otro. Con todo, se ha aprendido de la experiencia, siquiera sea lo que no funciona. Se trataría, pues, de una

desesperanza creativa. Esto lleva a considerar que el control es el problema.

•Control: más problema que solución

De la revisión de lo que hizo el cliente hasta ahora, resulta que sus intentos de control forman ya más parte del problema que de la solución. El cliente ha estado, y ahí sigue, metido en una lucha contra su ansiedad, recuerdos, pensamientos, preocupaciones, tratando de mantenerlos a raya, todo en vano o, aún peor, con el problema cada vez mayor. Es como si al tratar de zafarse del problema, este se agrandara cada vez más. Se podría introducir aquí alguna metáfora como, por ejemplo, "La lucha con el monstruo", según la cual, al tirar de la cuerda que te une a él, lo tienes cada vez más "irritado" e imponente (Wilson y Luciano, 2002, p. 182).

Los intentos de control del cliente responden a la lógica de la solución de problemas, que funciona en muchos ámbitos. Tenemos identificado, analizado y evaluado un problema y emprendemos las acciones oportunas para solucionarlo. Por lo común, lo solucionamos mediante el manejo de sus causas. Hay una humedad en el techo, descubrimos la "gotera", la reparamos, y ya está. Tienes una arenilla en el zapato, la quitas y molestia quitada. Te duele una muela, te la extraen o tomas un analgésico, y dolor quitado. La diferencia es que los problemas consistentes en experiencias, sentimientos y pensamientos no responden a esta lógica de "quitar", como el que quita un estorbo o una cosa molesta, porque estas condiciones no son una "cosa" ni una "causa" separada o separable de nosotros mismos que se pueda quitar. Se nos ha dicho, y cuántas veces, que "no pensemos" en esto y lo otro, que "no nos preocupemos" de lo que realmente nos preocupa o que "no estemos tristes", pero al tratar de hacerlo tenemos más de lo mismo, una suerte de "efecto Eróstrato".

Como se recordará, Eróstrato, de Éfeso, quería ser famoso y de paso refutar la afirmación de su compatriota Heráclito, según la cual nada permanece, todo fluye (ganta rei), de manera que no se le ocurrió mejor cosa que prender fuego al templo de Artemisa, como si dijéramos la catedral de su ciudad. A fin de que no se saliera con la suya, el rey Artajerjes prohibió, bajo pena de muerte, el recuerdo de su nombre, para lo cual, la gente debería de recordarlo muy bien, no fueran a pronunciarlo. Al final, Eróstrato se saldría con la suya al dar nombre al "complejo de Eróstrato" de hacerse famoso a toda costa y al citado efecto Eróstrato de tener que recordar para no recordar. ACT suele proponer a este respecto metáforas como "El polígrafo" que detecta la mínima ansiedad que sería suficiente para disparar una pistola que te apunta a la cabeza, pero no habría ningún problema si te mantienes completamente controlado, lo que ciertamente no es fácil, de ser

posible (Wilson y Luciano, 2002, p. 185). Una variante es imaginarte en una silla, sobre un estanque con tiburones hambrientos, conectado a sensibles detectores de activación que a la mínima te volcaría, a no ser que te mantengas completamente relajado (Hayes y Lillis, 2012, p. 79).

•Defusión: cómo dejar de estar atrapado en los pensamientos

La defusión se refiere a la estrategia para deshacer la fusión cognitiva. La fusión cognitiva, como se recordará, consiste en vivir los pensamientos literalmente, como si fueran los hechos que refieren, cuando no serían sino eventos verbales - palabras - que uno está teniendo. En la fusión, los pensamientos se toman como la realidad misma: como si pensar "soy un inútil" describiera exactamente lo que eres; como si pensar "me voy a morir" fuera lo que de hecho está ocurriendo o como si pensar en "salir corriendo" fuera una orden. Por su parte, la defusión es simplemente ver tus pensamientos como pensamientos, de manera que no tengan el impacto que tienen, sino que puedas estar más influido por tus decisiones que por procesos automáticos del lenguaje.

La fusión cognitiva tiene una serie de características que hacen difícil notar sus efectos. Además de la literalidad como se presenta, la fusión es ubicua porque funciona continuamente aunque muchas veces no sea relevante su impacto, es automática sin pensarla y está fomentada por las razones que damos de nuestras acciones ("¿estabas enfadado cuando lo hiciste?", "lo estaba"). Con todo, ACT dispone de estrategias y técnicas - ejercicios y metáforas - para defusionar nuestra imperceptible fusión con los pensamientos. La idea es tener pensamientos, en vez de ser tenido por ellos. Al fin y al cabo, los pensamientos no son sino pensamientos. Muchos ejercicios son posibles como, por ejemplo, la "desliteralización", que consistente en repetir una palabra durante dos minutos, sea por caso "limón", en el "Ejercicio del limón", hasta deshacer sus denotaciones y connotaciones, convertida en una "palabra" (Wilson y Luciano, 2002, p. 218), "Decir no y hacer sí" y al revés como manera de percibir que las órdenes que nos damos no son imperiosas (Wilson y Luciano, 2202, p. 226), la "Técnica de las vocecillas tontas" poniendo a los pensamientos que atosigan a uno voces un tanto ridículas, como en los dibujos animados, lo que parece los priva de su solemnidad (Harris, 2010, p. 89) o, en fin, "Los pensamientos en las nubes" como experiencia siquiera momentánea de mirar los pensamientos flotando a distancia, en vez de estar cogido por ellos (Hayes y Lillis, 2012, p. 82).

El objetivo de la defusión no es "quitar" pensamientos desagradables, sino verlos como lo que son: palabras, ni tampoco hacerte sentir bien, aunque puede ser, sino cambiar la

relación de tiranía y lucha en la que estabas. La defusión no es una estrategia de control, sino de aceptación y autodistanciamiento.

•Aceptación: cambiando la lucha por la expansión

La alternativa al control y la evitación que se le ofrece al cliente es la aceptación. La aceptación no es, como ya se ha señalado anteriormente, tolerancia, resignación, aguante o fatalismo, sino una actitud abierta, receptiva, flexible y no juzgadora de la experiencia. La aceptación se entiende como "expansión que supone dar cabida a sentimientos, sensaciones y deseos desagradables, en lugar de intentar suprimirlos o alejarlos. Cuando te abras y les dejes espacio a estos sentimientos, te darás cuenta de que te molestan mucho menos, y de que "pasan" mucho más deprisa, en lugar de "rondarte" y molestarte" (Harris, 2010, p. 62). Se trata, por tanto, de abandonar la lucha contra los "síntomas" y, en su lugar, de estar dispuesto y abierto a experimentarlos. Una metáfora útil, entre otras muchas como la ya citada de "La lucha con el monstro", puede ser la "Metáfora de las dos escalas": la de la ansiedad que uno siempre trata de mantener a cero y la escala que no sabías siquiera que existía de "estar dispuesto" a que la ansiedad oscile lo que quiera. Sabes lo que pasa con la escala de la ansiedad (lucha interminable), pero la escala de estar abierto y dispuesto, que no es como la otra de 0 a 100, sino de estar o no estar dispuesto, con ganas de ver lo que pasa, permite ver las cosas de forma diferente, por lo pronto con expectación a ver lo que pasa y también con distancia (Wilson y Luciano, 2002, p. 192).

La aceptación viene a ser un tipo de exposición como la practicada por la terapia de conducta, pero su objetivo no es tanto la reducción emocional como la expansión, haciendo a uno más abierto, flexible y voluntarioso de probar qué pasa en presencia de eventos previamente evitados o tratando de hacerlo. Lo cierto es que la aceptación termina también por atemperar y reducir el malestar emocional. El sentido de la aceptación es hacer que el cliente esté dispuesto a experimentar emociones temidas, abierto a lo que pase, sin condiciones. Se podría decir, castizamente, que la aceptación supone enfrentar lo que ocurra porque a uno le "da la gana" de hacerlo. En términos de la filosofia de Ortega, supone una "actitud deportiva" ante la vida, no sin exigencia, esfuerzo y alegría (Cerezo Galán, 2009). La aceptación tiene un punto de vitalidad, presencia y totalidad que se pone en juego en las sesiones. No se trata tanto de hablar acerca de la aceptación como de crear el contexto en el que el cliente esté dispuesto y deseoso de "caminar en el dolor". La aceptación es una experiencia, no hablar de ella (Hayes y Lillis, 2012, p. 94).

La actitud de aceptación para seguir adelante a pesar del "dolor", toma su fuerza y sentido de los valores: más allá y por encima de los malestares que, por responder a ellos

aun sin resolver nada, mantienen a uno "atascado" o "enredado" en sí mismo. La aceptación es una actitud, pero también requiere aptitud, como habilidad para hacer algo distinto a como uno estaba acostumbrado y ya funcionaba automáticamente. Ejercicios de mindfulness vienen aquí al caso.

•Mindfulness: notando lo que ocurre

Nuestra habitual manera de funcionar, incluyendo responder a nuestras experiencias, está en buena medida automatizada. Ahí está la tendencia "natural" a juzgar y tratar de controlar o evitar lo que nos pasa, a pesar de que el control es más problema que solución y la tramposa fusión con nuestros pensamientos. Como alternativa a esta hiperreflexividad ya automática de responder a lo que nos pasa, se ofrece mndfulness: una forma de atención plena, por la que se toma distancia y conciencia de aspectos del mundo y de nosotros mismos, con el efecto, por lo que aquí interesa, de interrumpir la lucha sin fin en la que normalmente uno está metido cuando tiene un problema psicológico.

Mindfulness, al margen de la filosofia de la vida que implica con base en el budismo y del esnobismo que supone, ofrece algunos ejercicios que pueden ser útiles en ACT, a propósito de ejercitar la aceptación. Mindfulness supone tomar conciencia plena, de una manera diferente a la conciencia intensificada o hiperreflexividad que caracteriza los problemas psicológicos. Se trata de una paradoja de la reflexividad y de la conciencia que, por un lado, puede suponer una visión lúcida y, por otro, un torbellino neurótico. La atención y conciencia plena de mindfulness, a diferencia de la conciencia que puede meter a uno en un torbellino, no es juzgadora, analítica y controladora, sino abierta, receptiva y flexible, atenta a la experiencia que se tiene, notando momento a momento lo que ocurre.

Se suele empezar con un ejercicio muy sencillo, de unos cinco minutos, consistente en centrarse en la respiración, sintiendo los sonidos y los movimientos, así como en diferentes sensaciones corporales. Se trata de entrar en sintonía con aspectos de uno (por ejemplo, la respiración) y del entorno que normalmente pasan desa percibidos, estando uno como está inmerso en los avatares de la vida y torbellinos de la experiencia. La sintonía con la propia respiración puede ayudar a "desconectar" del trajín diario y, a su vez, a conectar con lo que sucede aquí y ahora, sin juzgarlo, ni analizarlo, ni responder: aceptándolo como viene. Se trata, por tanto, de una aceptación activa, buscada, deliberada, no pasiva, resignada y resistida. Muchos textos, empezando por los de Jon Kabat-Zinn ofrecen ejercicios de mindfulness, usables en ACT. Además de sus aplicaciones clínicas tradicionales, en el estrés, el dolor y en los trastornos "neuróticos, mindfulness tiene también un importante papel en el tratamiento de síntomas psicóticos, de parte, sobre todo, de la terapia cognitiva

con base en la persona, desarrollada por Paul Chadwick.

La terapia con base en la persona para la psicosis (Chadwick, 2010) incluye mindfulness como estrategia para aprender nuevas formas, más saludables, de relacionarse con las experiencias psicóticas, exacerbadas al "enredarse" uno con ellas. Se trata de un procedimiento en tres pasos. El primer paso consiste en centrarse en la experiencia de las voces, pensamientos e imágenes en ese momento. Se trata de ampliar la atención, incluyendo las experiencias desagradables, de concentrarse cuidadosamente en lo que está presente y en anclar la atención en la respiración y en el cuerpo. El segundo paso, sin solución de continuidad con el anterior, consiste en permitir a las voces, pensamientos e imágenes ir y venir sin reaccionar o luchar contra ellas. Se trata de abandonar los juicios, la lucha, el análisis y la preocupación, dejándose uno llevar por un estado de relajación, tranquilidad y calma, sin dejar de notar su diferencia respecto a las reacciones habituales de lucha. El tercer paso consiste en reivindicar el poder a través de la aceptación. Se entiende que la aceptación de las voces, pensamientos e imágenes, a las que se reaccionaba, así como la aceptación de sí mismo, a la vez que quitan poder a los síntomas, dan poder a uno: uno se siente más poderoso en la aceptación que en la lucha. Mindfulness y ACT constituyen ya una "pareja de hecho" en el tratamiento de la psicosis (como se refleja en Morris, Johns y Oliver, 2013).

El mindfulness que interesa en ACT no necesita, ni le conviene, la filosofía budista de base, sin menoscabo de la asunción general de que la vida implica sufrimiento. El mindfulness de ACT tampoco se ha de confundir con meditación, por más que tenga un parecido. ACT no tiene como objetivo la iluminación espiritual. ACT no es un camino religioso, místico o espiritual, aunque puede tener una cierta afinidad con la religión. Esta afinidad o aire de familia entre ACT y religión, dejando aparte el parecido puramente externo de sus afanes proselitistas de expansión, puede significar dos cosas: a) que la religión tiene cosas que decir en asuntos humanos de los que trata la terapia, y b) que ACT tiene efectivamente un "tufo" religioso, acorde con la tradición de la cultura estadounidense donde surge. Las dos son ciertas. Por más que ACT, como también hace la psicología positiva, exhibe un marchamo científico, nada quita que comparta un saber religioso y que se perciba, aunque no guste, un cierto sabor religioso también. Este posible saber y sabor religiosos de ACT, si fuera el caso, no supondría ningún problema para un auténtico ateo, aunque sí tal vez para un ateo de catecismo que seguramente se sentiría molesto, y quizá también para un fundamentalista de la ciencia, para quien todo tiene que salir del laboratorio como si la ciencia fuera la última palabra de lo que vale para la vida.

Ahí está, por ejemplo, la imponente Oración de la Serenidad, atribuida al pastor

evangelista y teólogo estadounidense Reinhold Niebuhr (1892-1979), aunque tal vez de origen muy anterior, en todo caso, propagada desde la década de 1940 por Alcohólicos Anónimos y que también "encaja" en ACT. Como se recordará, la oración dice invocando a Dios:

> dame serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar,
> valor para cambiar las cosas que puedo cambiar,
> y sabiduría para conocer la diferencia entre ellas.

Por lo que viene al caso, el mindfulness que interesa en ACT no tiene más sentido que la disponibilidad de ejercicios útiles al efecto de "conectar" con el momento presente en tanto sirvan para interrumpir la lucha infructuosa en la que se estaba. ACT sería igual de potente y competente sin mindfulness, con la aceptación como base. Su alianza con mindfulness, aparte de la utilidad de algunos ejercicios, como se viene diciendo, tiene mucho seguramente de esnobismo y de merchandising, según mindfulness y budismo están de moda, con famosos y todo en su cuenta. La utilidad de mindfulness en ACT está sostenida por una vida activa y dirigida a valores y a cambiar el mundo, y no a la contemplación y la meditación. Las carreteras del Himalaya no se hicieron haciendo meditación. Asimismo, ACT presupone un yo potente, no una cosa como el hígado, pero tampoco una quimera que haya que desterrar. Dado el teñido que mindfulness está dando a las terapias contextuales, se va a retomar en el siguiente capítulo bajo la consigna "Más filosofía, menos mindfulness".

•El yo: trascendental

El sentido del yo como perspectiva es, según ya se ha dicho antes, transcendental en el sentido corriente de fundamental y en el filosófico de condición de posibilidad y centro de la experiencia. Mientras que las experiencias son eventuales: siempre unas u otras, uno permanece el mismo a lo largo del tiempo y en las diversas circunstancias. Esta permanencia de uno que trasciende los continuos cambios y, a la vez, les da unidad experiencial como pertenecientes a uno mismo, es el yo trascendental, correlativo del yo empírico o circunstancial. El emblema filosófico de Ortega: yo soy yo y mi circunstancia da cuenta de este doble aspecto del yo trascendental y circunstancial. No hay yo sin circunstancia y sin estar "circunstanciado" de alguna manera (preocupado, cómodo, inquiero, desasosegado) y, por su parte, la circunstancia con su preocupación inherente es de alguien en concreto, no algo impersonal, abstracto, sino concerniente a alguien.

Los eventos privados que causan problemas según ACT suponen preocupaciones y

experiencias que, siendo eventuales y circunstanciales, ocupan y copan el yo (fusión cognitiva, el control como problema). En estas circunstancias, se requiere potenciar el sentido trascendental del yo: lo que se traduce en conceptos al uso en ACT tendentes a restablecer la distinción entre yo como contexto y yo como contenido o, según ya se ha introducido, yo como contexto y yo conceptualizado o, todavía, yo observador y yo observado. Obviamente, el aspecto del yo como contexto o yo observador es el que corresponde al yo trascendental o perspectiva del yo. Un ejercicio a fin de restablecer la perspectiva del yo es precisamente el "Ejercicio del observador". Se trata de hacer ver que uno no se reduce a sus papeles y eventos privados, sino que es algo más que los trasciende. En el ejercicio, uno se imagina a sí mismo estando aquí donde está ahora mismo, allí en otros sitios haciendo otras cosas, en días pasados, con otras edades, etc. La cuestión es establecer la perspectiva del yo observacional, trascendental, respecto de los distintos mis - mis recuerdos, mis emociones, mis obligaciones de entonces, etc. - eventos y circunstancias, tan eventuales como circunstanciales. Para este ejercicio, véase Wilson y Luciano, 2002, p. 21l).

Otro ejercicio dirigido a la distinción entre los contenidos del yo y los del yo como contexto es "La metáfora del tablero". Se pide imaginar un tablero como el de ajedrez con fichas blancas y negras, en el papel de los propios pensamientos y sentimientos: las negras representando eventos "malos" y las blancas "buenos". Fácilmente, el cliente se identifica con las fichas buenas tratando de combatir las malas (ansiedad, depresión, ideas intrusas, etc.). La cuestión es que al tomar partido por unas fichas en contra de las otras, la partida continúa sin vencedor, tal como propone el ejercicio. Lo cierto es que las fichas "negras" no se caen del tablero: ahí siguen aunque pierdan un juego. Algo no va bien con esta identificación. La solución a esta lucha sin ganador es que uno debiera identificarse con el tablero, no con unas u otras fichas, al fin y al cabo, contenidos de sí mismo. El tablero es el yo contexto y las fichas son sus contenidos (Wilson y Luciano, 2002, p. 209).

La solución a la lucha de unas partes de uno contra otras partes de sí mismo es salvar el tablero con todo. Viene al caso aquí la continuación de la célebre frase de Ortega, pocas veces tenida presente de las muchas que se cita: Continúa así "Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo". No hay yo que valga sin las circunstancias que le tocan. La perspectiva del yo, de acuerdo con su carácter trascendental, implica asumir lo que soy, con todas las consecuencias. No se trata de sacar o entresacar y tirar o retirar aspectos de uno vividos y constitutivos de lo que es, entre otras cosas porque de hecho no se puede. Lo que uno es no está compuesto de fichas "buenas" que tuvieran el derecho de hacerse sitio eliminando a las "malas" porque, en

realidad, no son buenas o malas sino que son aspectos de uno y sus circunstancias.

•Valores y compromiso: más allá del momento

Los valores son el horizonte que orienta y da sentido a la vida. Ni que decir tiene que la vida no siempre va sobre ruedas, sino a menudo con dificultades. A veces, incluso, la dificultad está en no tener claro o tener que aclarar dónde se va y qué importa en la vida. En ACT, una vez identificada la pauta de inflexibilidad psicológica en la que consiste el problema presentado, de manera que el origen y análisis de lo que pasa no da más de sí, el problema ya es o termina por ser cosa de valores o de sentido - significado y dirección - de la vida. El problema presentado se convierte en un problema existencial y, en cierta manera, la propia ACT viene a ser también una terapia existencial. A la par del autodistanciamiento que "corrige" la evitación experiencial - inflexibilidad psicológica-, está la cuestión decisiva de la autotrascendencia, yendo más allá de uno mismo, en dirección a las cosas que importa en la vida-valores.

El problema ya no es qué te pasa, sino qué te importa. Llegado a un punto, la terapia ya no ronda el problema presentado, sino que sitúa el problema en los valores. Ahora el problema es tenerlos y clarificarlos. Los clientes a menudo ponen la vida en espera, a expensas de arreglar su problema interior y de estar bien para después ocuparse de ella. Una persona "con" depresión espera salir de ella para abordar después asuntos personales. Una persona ansiosa decide no hacer nuevas amistadas hasta que se sienta completamente confortable en las relaciones sociales. Alguien que se sintió traicionado en una relación amorosa, no se implica en ninguna más hasta que sus "heridas" se curen y se sienta "seguro". Alguien obeso decide no ir a bailar ni a la playa hasta que pierda peso. En general, la gente trata de "ganar la guerra" doméstica que lleva consigo antes de ponerse en camino. ACT propone ponerse en camino ahora: identificar lo que importa en la vida (más allá de estar bien ya) y ponerse manos a la obra desde ahora en adelante, cada día. La pregunta clave sería "¿Qué te importa verdadera y profundamente y qué te va en ello la vida y estás dispuesto a llevar contigo en adelante?" (Hayes y Lillis, 2012, p. 101).

A este respecto de clarificar valores y de ponerlos sobre la mesa, ACT se vale de diversos ejercicios y metáforas. Un ejercicio para el "establecimiento de horizontes" o "qué quieres hacer en tu vida" es el "Ejercicio del funeral". En una situación confortable, el terapeuta te pide que te imagines las cosas que te gustaría escuchar en los elogios el día de tu funeral, por parte de las personas que te importan. También se podría proponer "Escribir un epitafio" de uno mismo (Wilson y Luciano, 2002, p. 153 y 154). Una variante menos fúnebre podría consistir en imaginar los elogios en el cumpleaños de, por ejemplo,

los ochenta y cinco años de edad. Además de servir para la clarificación de valores, estos ejercicios se usan a fin de percibir la discrepancia entre los valores y la acción actual (centrada en el "salir" del problema). ACT también dispone de cuestionarios para la exploración de los valores (difícilmente las terapias se libran de los cuestionarios). Se refiere en este caso al ya citado "Cuestionario de la vida valiosa" de Wilson et al. (2010). Este cuestionario explora diez dominios: relaciones familiares, relaciones íntimas de pareja o matrimoniales, crianza de los hijos, relaciones sociales y de amistad, empleo, educación y formación, ocio y diversión, espiritualidad, ciudadanía y vida comunitaria, y bienestar físico. Estos y otros dominios también se pueden explorar mediante la entrevista en sesión y en términos narrativos en casa.

Como ya se ha dicho, ACT enfatiza la elección libre en la clarificación de valores, como si se eligieran sobre un catálogo, cuando a menudo no se eligen así, si no que vienen dados. Por ejemplo, cuidar de los hijos o de los padres no se elige como el que elige en un supermercado. Más interesante e importante que la supuesta libre elección entre opciones es seguramente tener que elegir ser el que eres. Al menos, tiene el doble valor de valioso y de valiente: asumir tu vida y llegar a ser el que eres. Reinventar la vida suena bonito pero, aparte de que no es fácil, de ser posible, en la práctica cuando se habla de esta manera seguramente es más cosa de cosmética que de la materia - carne y hueso - de la que se hace la vida. Otra cosa es que la vida te haya puesto a cero y entonces tengas que rehacerla como sea, pero ya no es un "reinventar" cosmético.

La clarificación de valores y su puesta en primer plano se entiende que sirve para implicar al cliente en la vida, antes y más allá de "estar bien", por lo que hasta entonces se esforzaba en vano. Esta implicación en la vida, sobre un horizonte de valores y cosas que importan, es el compromiso al que se refiere ACT, como terapia de aceptación y compromiso.

El compromiso es una forma de activación conductual que enfatiza la aceptación, mindfulness y defusión y está guiado por una clarificación profunda de los valores. Llega un punto en la terapia en el que importa más, por así decir, rehacer el sentido de la vida que deshacerse de los malestares por los que normalmente se vino a buscar ayuda. Teniendo clara la idea de la aceptación y el compromiso que están en la base de esta terapia, cualquier cosa que ayude a mantener a los clientes implicados en conductas consistentes con valores está en buen camino, en orden al cambio y la mejoría. Establecer metas está bien, aunque las metas no son exactamente los valores. Hacer pequeños compromisos, está bien también. Darse cuenta de patrones de conducta que contribuyen al sufrimiento y a pesar de ello seguir adelante y hacer algo más es importante. Se necesita

audacia y valor para actuar. Para ello, el cliente cuenta con el terapeuta. El terapeuta invierte buena parte del tiempo en sesión en hacer compromisos conductuales y en explorar barreras que se alzan cuando su cliente trata de mantenerse firme en los compromisos. En el cuadro 6.3 se recogen las estrategias y técnicas expuestas aquí. Los libros de Hayes et al., (1999) y de Wilson y Luciano (2002) contienen numerosos ejercicios y metáforas de los que se han sacado la mayoría de los citados aquí. Bien entendido que las técnicas - ejercicios y metáforas - pueden ser cualesquiera que cumplan con los principios terapéuticos, un terapeuta ACT puede crear las metáforas apropiadas al caso, así como servirse de las usadas por el propio cliente.

Cuadro 6.3. Estrategias terapéuticas con sus técnicas

Estrategias terapéuticas	*Técnicas: ejercicios y metáforas*
Desesperanza creativa: aceptando las experiencias	"Metáfora del hombre en el hoyo"…
Control: más problema que solución	"La lucha con el monstruo"; "El polígrafo"…
Defusión: cómo dejar de estar atrapado en los pensamientos	"Ejercicio del limón"; "Técnica de las vocecillas tontas"; "Los pensamientos en las nubes"…
Aceptación: cambiando la lucha por la expansión	"Metáfora de las dos escalas"…
Mindfulness: notando qué ocurre	Ejercicios de mindfulness…
El yo: trascendental	"Ejercicio del observador"; "Desidentificación"; "La metáfora del tablero"…
Valores y compromiso: más allá del momento	"Ejercicio del funeral"; "Escribir un epitafio"; "Cuestionario de la vida valiosa"…

6.5. ACT: base empírica, aplicaciones y reparos

ACT se ha establecido como una de las terapias más claras y distintas en cuanto a su vocación filosófica, teoría de la psicología, concepción clínica y base empírica. Su construcción y arquitectura vienen a ser un modelo de terapia psicológica, con base en la psicología general - con particular énfasis en el lenguaje y la cognición - y además con declaración de sus principios filosóficos, el contextualismo funcional. La declaración de sus principios filosóficos sería de esperar de toda psicoterapia, sabido que no hay escape de la filosofía, de acuerdo con Karl Jaspers (Pérez Álvarez, 2012b, cap. 1). En cuanto a su base empírica, ACT es una terapia de marcado compromiso científico, tanto en investigación básica (lenguaje y cognición), como aplicada estudiando la eficacia y procesos del cambio

(Hayes et al., 2013). Aquí únicamente cabe señalar algunos aspectos importantes y bien establecidos, cuya justificación se encontrará en las referencias citadas y otras más que se podrían aducir.

En primer lugar, se señalaría el papel de la inflexibilidad psicológica como condición psicopatológica. La inflexibilidad psicológica, un concepto cuyo origen y núcleo es la noción de evitación experiencial, se inscribe como una instancia más y, ciertamente, de las más elaboradas, dentro de la hiperreflexividad como condición psicopatológica, según se ha mostrado en el libro citado de Las raíces de la psicopatología moderna (Pérez Álvarez, 2012b, caps. 3 y 4). Es interesante destacar que la condición psicopatológica de la hiperreflexividad y, para el caso, de la evitación experiencial o inflexibilidad psicológica, tiene una raíz cultural, dada en las formas de vida de la sociedad actual, arraigadas en el lenguaje y las prácticas sociales, y no en supuestas condiciones neuronales o neuroquímicas como se suelen "despachar" los trastornos psicológicos. Por su parte, la flexibilidad psicológica muestra ser un proceso mediador del cambio terapéutico y de la mejoría clínica. Asimismo, los estudios de componentes de la flexibilidad han mostrado sus efectos positivos tanto aislados como en combinación, en particular, aceptación, defusión, atención al momento, mindfulness y valores (Levin, Hildebrandt, Lillis y Hayes, 2012).

En segundo lugar, ACT figura en la lista de tratamientos empíricamente apoyados en depresión y dolor crónico, con estudios crecientes en las áreas de la ansiedad, abuso de sustancias, psicosis y otros del ámbito de la medicina conductual (Hayes y Lillis, 2012, cap. 5). Para una revisión general, véase el trabajo de Francisco Ruiz (Ruiz, 2010). Para una comparación de ACT con la terapia cognitivoconductual véase una revisión de este mismo autor (Ruiz, 2012). Es importante tener presente que ACT es crítica del sistema de evaluación de la eficacia de los tratamientos psicológicos consistente en estudios aleatorizados y centrados en la reducción de síntomas, frente a cuyo sistema se ofrece como alternativa. Y, aún así, ACT ha mostrado ser eficaz. Es más, y esto hasta podría resultar paradójico, ACT es de las terapias psicológicas que mejor cumple con el "nuevo marco de evaluación para las intervenciones psicológicas con base en la evidencia" propuesto por Daniel David y Guy Montgomery, a fin de ordenar las inconsistencias de las guías actuales, en cuyo nuevo marco se enfatizan la teoría empíricamente apoyada a la par del paquete terapéutico (David y Montgomery, 2011).

Frente a los criterios sobre los que se establecen los tratamientos empíricamente apoyados, propios de la medicación, donde la eficacia se mide por la reducción de síntomas, según conviene a la medicación, la eficacia de ACT no se cifra precisamente en la reducción de síntomas, sino en la aceptación, sin luchar contra ellos (lo que ha mostrado

ser más saludable) y en la reorientación sobre un horizonte de valores. ACT juega la partida de los tratamientos empíricamente apoyados, seguramente por razones pragmáticas para figurar en el mapa, pero es crítica de este sistema y de hecho se ofrece como alternativa.

En tercer lugar, ACT como alternativa, lo es tanto del diagnóstico con base en categorías, como del tratamiento con base en técnicas. ACT ofrece una alternativa transdiagnóstica al sistema de clasificación al uso (del DSM-III al DSM-5), ofreciendo en su lugar una concepción dimensional-funcional, con el concepto de inflexibilidad psicológica. Asimismo, ofrece una alternativa terapéutica al enfoque apostado a las técnicas específicas, ofreciendo en su lugar principios generales, consistentes en la aceptación y el compromiso. Por más que estos principios se implementen con técnicas - particularmente, metáforas y ejercicios-, lo importante es qué se quiere hacer (abandonar la lucha contra los síntomas) y dónde ir (llevar una vida valiosa a pesar de posibles malestares persistentes todavía). Como señalan Hayes et al., lo más importante no son los paquetes, las técnicas o las etiquetas empíricamente apoyadas, ni los monumentos que los investigadores tienden a hacer en torno a ellas, sino los procesos y teorías empíricamente apoyadas que puedan servir de guía para el progreso científico y la práctica clínica. Examinar la claridad de las asunciones filosóficas, la adecuación de las bases conductuales, la integridad de los procesos de cambio y la coherencia y utilidad de la teoría, puede ser más importante que las cuestiones tecnológicas, tribales o de fuerza-bruta empírica que parece dominar el campo de batalla de las terapias psicológicas hasta ahora (Hayes et al., 2011, p. 16).

La aplicación de ACT, como corresponde a su carácter transdiagnóstico y transterapéutico - más allá de las técnicas específicas - cubre prácticamente toda la variedad de problemas clínicos, así como aspectos psicológicos de la salud asociados a condiciones médicas. El libro colectivo de Marisa Páez y Olga Gutiérrez, Múltiples aplicaciones de la terapia de aceptación y compromiso, es una buena muestra de aplicaciones clínicas y de la salud, que incluye trastornos del espectro de la ansiedad en adultos y niños, trastorno obsesivo-compulsivo, abuso de sustancias (tabaco y alcohol), experiencias traumáticas, problemas sexuales, problemas de pareja, entre otros (Páez y Gutiérrez, 2012). En particular, ACT se ha mostrado más eficaz a largo plazo que la terapia cognitivo-conductual en la reducción del abuso de sustancias y mejora del estado de salud mental en mujeres policonsumidoras encarceladas (González-Menéndez, Fernández, Rodríguez y Villagrá, en prensa; Villagrá, Fernández, Rodríguez y González-Menéndez, en prensa; Villagrá y González-Menéndez, 2013).

ACT tiene también aplicación en el ámbito de las psicosis (Johns, Morris y Oliver,

2013), si bien seguramente todavía sin haber explotado todo su potencial, limitándose por el momento al papel ancilar de la medicación (Pérez Álvarez, 2012a). Un posible mayor papel en las psicosis estaría en la línea de su abordaje de la despersonalización (Neziroglu y Donnelly, 2010). Como muestran los estudios de Salvador Perona y colaboradores, la despersonalización parece ser el proceso mediador entre adversidades de la vida y "síntomas psicóticos" (PeronaGarcelán et al., 2012a; 2012b; en prensa). El potencial de ACT en psicosis probablemente se beneficiaría de su asociación con PAF, en tanto esta terapia cuenta con una teoría del yo más elaborada y de hecho pensada originalmente para trastornos del yo como los que se dan, en cierto sentido, en el comienzo de la esquizofrenia (Sass, 2013).

Más allá de la aplicación a problemas del ámbito de la psicología clínica y de la salud, ACT tiene mucho que decir en la reducción de estigma y prejuicios (Vilardaga, 2012) y en el cambio cultural dado el enraizamiento de la inflexibilidad psicológica en las prácticas sociales y, en particular, en los usos del lenguaje. Así, ACT puede tener un importante papel en el cambio cultural, empezando por integrar el disconfort como parte del comportamiento valioso en vez de la lucha sin fin en la que suele sumergir a uno (Luciano, Molina et al., 2010).

No hay duda de que ACT se ha hecho un nombre y ha revolucionado el campo de la clínica, no solo capitaneando toda una nueva generación de terapias, sino ofreciendo alternativas a los insatisfactorios sistemas nosológicos y terapéuticos establecidos en la clínica psicológica y psiquiátrica. Aunque para abrirse paso y tener el éxito que tiene seguramente ha tenido que hacerse prácticamente una marca registrada, es hora de que se resitúe en el mundo, en relación con otras filosofías, teorías y terapias afines, de las que tiene mucho que aprender, y no sólo aportar. Se señalarán únicamente unos puntos seleccionados.

ACT se ha aliado con mindfulness y ya son pareja de hecho, lo que, sin menoscabo de la utilidad de sus ejercicios, desdice de una terapia orientada a la acción y el compromiso, no a la "contemplación" ni a la "meditación". En realidad, el concepto de aceptación ya contiene lo que puede aportar mindfulness, sin sus adherencias budistas. No obstante, hay que reconocer que mindfulness tiene probablemente la ventaja del esnobismo, en la medida en que lo sea, que en este caso, dado el pragmatismo de los autores, sea más vendible que la aceptación. Con todo, la esencia de ACT está en "act", es decir, en actuar y comprometerse en la vida más allá de uno. La alianza con mindfulness puede también minimizar el papel del yo, a cuenta de la supuesta disolución del yo, siendo el yo doblemente trascendental, como se ha apuntado. Cuestiones de mindfulness y del yo se

retomarán en el capítulo siguiente.

A ACT mejor le iría alineándose con filosofías europeas continentales como la fenomenología y el existencialismo, con las que guarda afinidades sustantivas. Así, en una perspectiva fenomenológico-existencial, ACT no incurriría en una concepción de los valores, permítase decirlo, tan frívola, como si fueran elecciones sobre un catálogo de centro comercial, y adoptaría en su lugar elecciones existenciales, empezando por lo que uno es (Varga, 2011), más coherentes con el resto de la terapia. Asimismo, la filosofía fenomenológico-existencial podría ofrecer dimensiones de la vida humana fundamentales por antecientíficas, sobre las que asentar la propia investigación científica y el sentido de la terapia. Por ejemplo, en la perspectiva de Ortega, la estructura genérica de la vida humana se podría describir, en su sustrato primordial, en términos de mundaneidad para referirse al afronte dramático de la vida, de corporeidad en el sentido del cuerpo vivido como separación y, a la vez, comunicación con lo(s) demás y de temporalidad referida a la vida como acontecimiento donde somos lo que hacemos y lo que nos pasa (Cerezo Galán, 2001).

Estas dimensiones interesan a toda psicoterapia que se precie, pero ACT tiene el mérito de estar ya en esa línea, aunque sin elaboración filosófica, atareada como está en el marchamo científico, a veces, tal parece, obsesivamente. Al fin y al cabo, la importancia de la investigación científica no se funda en ninguna investigación científica que la descubriera. Uno ya sabe vivir y andar por el mundo antes y al margen del conocimiento científico. Las propias investigaciones científicas de ACT lucirían más probablemente sobre un fondo filosófico - fenomenológicoexistencial-, que en su propio "marco". La gente vive en el "mundo de la vida", que no necesita fundamentación científica, y no en "marcos relacionales" cuya importancia se justifica por lo que valgan para la vida. La propia importancia de los marcos relacionales cobraría más valor todavía si se situaran en una perspectiva social más amplia como, por ejemplo, en relación con los "marcos de la experiencia cotidiana" según Erving Goffman, "encuadres" que se articulan entre sí y que adquieren sentido al relacionarse unos con otros (Goffman, 2006). 0 en relación con el contextualismo fenomenológico, que se citará el capítulo 9, a propósi to de posibles afinidades de ACT con ciertas versiones del psicoanálisis fenomenológicamente informadas. Lo cierto es que el mundo de la ciencia es posterior al mundo de la vida. Una mayor conciencia filosófica podría ayudar a ACT a superar lo que parece ser un "complejo cientificista", de tener que pasar todo por la "investigación" como "objeto transicional" para su aceptación.

PARTE III

Frentes, confrontaciones y afinidades de las terapias contextuales

7

Frentes abiertos del enfoque contextual

De los muchos frentes que las terapias contextuales tienen abiertos o se podrían abrir, porque estén pendientes o a la intemperie, se señalarán solamente tres. No son, por tanto, los únicos posibles y son, en todo caso, selectos, por no decir sesgados, que sin duda lo son, debido a la propia línea argumental del texto y, cómo no, al contexto intelectual del autor. Se refieren a la filosofía, tomando como eslogan "más filosofia, menos mindfulness", a la noción de persona, también en perspectiva filosófica, fundamental en toda terapia que se precie, y al criterio de eficacia, campo de batalla de ser o no ser en el mundo clínico. No da tiempo ni espacio para una cumplida cuenta de estos frentes, pero será mejor que nada, siquiera, plantearlos.

7.1. Más filosofía, menos mindfulness

No hay escape de la filosofia, dice Karl Jaspers. La cuestión es solamente si es buena o mala, confusa o clara. El movimiento mindfulness implica una filosofía, pero no por tener una, ésta merece su bendición. La filosofía implicada en mindfulness puede ser ella misma un lastre, más que un esclarecimiento. El espíritu de los tiempos pone el mindfulness por las nubes, pero mejor sería ponerlo en su sitio. Así, es posible que el papel de mindfulness en las terapias contextuales esté sobredimensionado y, lo que sería peor, que lo esté en detrimento de otros aspectos como la acción y el compromiso, tan o más definitorias de estas terapias que el propio mindfulness que, sin embargo, parece teñirlas de su color.

7.1.1. Planteando las cuestiones

Mindfulness está aquí, según parece, para quedarse. No sólo forma parte de la cultura popular, sino que se ha instalado en la medicina, la psicología, la neurociencia, la atención sanitaria, la organización empresarial y la educación, entre otros ámbitos (Williams y Kabat-Zinn, 2011). Mindfulness es ya una especie de dharma universal. En relación con las terapias contextuales, uno se podría preguntar cómo es que unas terapias tan propias de la tradición occidental y, por más señas, de la tradición científica conductista, que hacen alarde de su base empírica, antimentalistas de pro y nada espiritualistas, típicamente americanas, se alían con una tradición religiosa, espiritualista, casi animista, distinta y distante, típicamente tibetana, cuya ciencia no es otra que la meditación practicada por

monjes en templos. Ya no se está tratando de ver qué técnicas conductuales pone en juego el budismo, por las que entender su posible eficacia como en tiempos se trataba de ver (de Silva, 1984). Ahora la terapia contextual admira las técnicas budistas, las importa y las adopta, al punto de impregnar sus propias técnicas. ¿Qué hay de todo esto? ¿Tiene el mindfulness tanta importancia como para importarlo? ¿Qué tiene el mindfulness que no tienen ya las terapias contextuales? ¿Qué se importa con el mindfulness, una técnica, una actitud, un modo de ser, una filosofía, una religión camuflada? ¿Qué tiene que merezca tanta admiración?

Sin negar el sentido y la utilidad del mindfulness y, aún más, reconociéndolos, se tiene la impresión de que si el mindfulness no existiera, no sería necesario inventarlo. La propia noción de aceptación introducida por las terapias contextuales podría excusar el mindfulness. Mindfulness y aceptación son "pareja de hecho" pero, si bien se mira, si el mindfulness no existiera, las terapias contextuales no serían peores, aunque quizá perderían cuota de mercado en el mundo de las psicoterapias populares, pues el mindfulness es marca de la época.

Pero ¿a qué viene acotar con alternativas? Si el mindfulness funciona, ¿como se reconoce? Con todas sus bondades, el mindfulness puede incurrir en varios problemas. Uno es que puede estar sobredimensionado e hipostasiado respecto de la estructura dinámica de la conciencia, de la que el presente forma parte junto con el pasado y el futuro, incurriendo en presentismo. Asimismo, su focalización en la conciencia del presente puede ir en detrimento del compromiso en actuar e ir más allá de sí mismo, como es propio de las terapias contextuales. Otro problema es que mindfulness implica una filosofía, con determinada cosmovisión, que arrastra más de lo que parece como mera técnica o "herramienta". Finalmente, otro problema es que el mindfulness puede ser, en realidad, más un síntoma de los tiempos que propiamente un remedio. Su éxito quizá tenga más que ver con la industria (habilidad y negocio), que con un hallazgo científico o un remedio nunca visto. Estos problemas están enmascarados por el éxito de su lanzamiento.

7.1.2. El exitoso lanzamiento del mindfulness

Entre las condiciones de éxito del mindfulness no se ha de pasar por alto la propia figura de Kábat-Zinn. Nacido en 1944, Kábat-Zinn combina una doble pasión y formación, científica y budista. Mientras se formaba en biología molecular en el MIT, recibía también formación en budismo zen. Él mismo se consideró en tiempos budista, aunque ahora ya no (Kabat-Zinn, 2011). No sorprenderá que además de la clínica para el estrés del Centro Médico sea también miembro fundador del Centro Zen de Cambridge, todo ello en

Massachusetts. Esta doble formación científico-budista tiene sus implicaciones en la vida, obra e influencia de KabatZinn. Por lo pronto, tiene que ver con la particular amalgama que supone el mindfulness entre ciencia y espiritualidad y, así, entre mecanicismo y subjetivismo. Una mezcla que ha permitido su pregnancia en la cultura estadounidense (y desde allí en el extranjero): afín tanto a lo científico como a lo espiritual. El propio Buda histórico sería presentado por Kabat-Zinn como un científico y médico nato, sin otra instrumentación que su experiencia de la mente y el cuerpo (Kabat-Zinn, 2003a, p. 145).

Se ha de decir que el budismo sintoniza con el trascendentalismo americano, cuyos padres (Emerson, Thoreau, Whitman) estudiaron sus textos. La doble tradición científico-espiritual no es extraña a la cultura americana y Kabat-Zinn la supo aunar en el mindfulness, no sin dejar de ser una amalgama. Kabat-Zinn supo también vender la meditación y el mindfulness a los médicos en un ámbito hospitalario (Clínica para el estrés y el dolor) y a la gente, en el ámbito de la cultura popular (cursos, libros de autoayuda). Un éxito así en ambos ámbitos, científicomédico y espiritual-popular, sería oportuno para su entrada en psicoterapia, la cual contribuiría, a su vez, a la promoción de la marca mindfulness.

Dentro de este marchamo científico de mindfulness, son una bendición las neuroimágenes mostrando cambios cerebrales asociados a la práctica de mindfulness. Todo ello, sin reparar en que, de no haber alguna señal cerebral, sería preocupante para el practicante. Y sin preguntarse ¿y qué?, ¿qué significa esa neuroimagen, aparte de que el cerebro está funcionando mientras hacemos lo que hacemos?, sea por caso meditación, dar una conferencia sobre mindfulness, rumiar pensamientos o masticar chicle. Ahí se tienen ahora libros sobre cerebro y mindfulness, una mezcla de mecanicismo y espiritualidad y así de dualismo tecnológicamente avanzado y filosóficamente rancio y de monismo materialista grosero (todo es cerebro) o espiritualista (todo es espíritu).

Por lo demás, la venta de mindfulness incluye su asociación con todo lo bueno, empezando por la democracia y la libertad. A este respecto, dice KabatZinn (2007): "es imprescindible que en una sociedad como la nuestra, asentada en principios democráticos y enamorada de la libertad, las prácticas meditativas - a las que, en ocasiones, se denomina disciplina de la conciencia - acaben entrando, más pronto que más tarde (como ahora mismo está ocurriendo), en escena, en la misma medida en que se estimula el clima de independencia e investigación personal y colectiva" (La práctica de la atención plena, p. 534). El mindfulness se ofrece como la condición más adecuada para la emergencia de la libertad universal y la liberación de la opresión y de la ignorancia. Con un lenguaje poético y grandilocuente, Kabat-Zinn continúa diciendo: "Si de verdad queremos que emerja la

mariposa de la democracia, debemos ser lo bastante pacientes como para no forzar a la crisálida antes de tiempo y dejar que la metamorfosis y la transformación interna tengan lugar por sí solas" (p. 535). La solución está en el mindfulness: en no hacer nada, más que en atender al presente. Esto sería cierto si así fuera, por simple tautología. Pero lo cierto es que no es más que una candidez digna de la imaginación de John Lennon (Imagine).

Con todo, el éxito del mindfulness no consiste, meramente, en una industriosa habilidad de Kabat-Zinn, aunque él mismo ya representa toda una industria (comparable a la de Seligman con la psicología positiva y la de Goleman con la inteligencia emocional), sino que supone un Zeitgeist propicio o espíritu de los tiempos.

Mindfulness proporciona un stop y un remanso en la trepidante sociedad del estrés y de la información sin parar, en la que ya parece que fuéramos posthumanos, sin tiempo para uno, donde el propio cuerpo es un objeto más. Habitamos más el futuro que el presente, de manera que nunca parece que estamos en lo que estamos y donde estamos. El mindfulness ofrece una ocasión y manera de centrarse en uno mismo, en la mente y en el cuerpo, así como de estar presente, con atención plena, no en funcionamiento automático.

Otro aspecto más que se echa en falta en el mundo actual y que ofrece el mindfulness es el diálogo. El mindfulness proporciona un espacio para hablar sin preocupamos del juicio de los demás ni de nuestras propias censuras y para escuchar a los demás sin someter a juicio sus opiniones y puntos de vista. Como dice Kabat-Zinn, en ciertos círculos del mundo empresarial, del mundo del Dharma e incluso también en el programa de reducción del estrés, se considera el diálogo como un correlato externo de una atención sin juicios que nos permite advertir instante tras instante todo lo que ocurre (La práctica de la atención plena, p. 437). La gente está necesitada de decir lo que se le ocurra y de que la escuchen sin juz garla. El mindfulness proporciona un espacio para estas necesidades. El que nos encontremos a gusto en un diálogo mindfulness, puede que sea por lo mismo que nos encontramos tan a gusto en plena naturaleza, según Nietzsche: porque ésta no tiene opinión sobre nosotros.

El mindfulness también parece dar respuesta a la llamada "cultura de buscadores", referida a aquellos que se consideran más espirituales que religiosos y que andan buscando "algo más", incluso patrones más profundos del universo. El crecimiento exponencial de los libros de autoayuda a partir de la década de 1990 podría verse en esta perspectiva. Uno está continuamente solicitado por mensajes para estar en armonía con nosotros mismos, comunicarnos con el universo y dejar fluir nuestro verdadero ser. A este respecto, Betty Bayer pone bajo el signo de la búsqueda de "algo más" cosas como yoga, meditación,

retiros budistas, spas (curación holista para el corazón, la mente y el alma), psicología positiva, tés (vendidos con mensajes prometiendo calma interior y crecimiento espiritual) y cosas por el estilo (Bayer, 2008).

El mindfulness parece cumplir el papel de la religión, proporcionando un marco y modo de ser, para aquellos que abandonaron la religión de origen o se sienten abandonados por ella. No se dejará de observar cierto paralelismo entre mindfulness y religión. El mindfulness, como la religión, supone "un paso atrás" en los avatares cotidianos para tomar conciencia. Así, por ejemplo, el mensaje central de mindfulness de atención al momento presente se encuentra también en el evangelio de Mateo y Lucas. "Así que no os preocupéis del mañana: el mañana se preocupará de sí mismo." (Mateo, 6, 34). "Por eso os digo: No os preocupéis por vuestra vida, qué comeréis; ni por vuestro cuerpo, qué vestiréis." (Lucas, 12, 22). El mindfulness ofrece también un camino de vida y modo de ser. Como dice KabatZinn, la meditación no es una técnica, ni un conjunto de técnicas, sino una forma de ser. "O bien se puede considerar como un medio, un método o una disciplina que nos permite cultivar, perfeccionar y profundizar nuestra capacidad de prestar atención y morar en la conciencia del presente". O bien se puede describir la meditación como la "realización y encarnación inmediata y en este mismo instante de quien uno ya es, más allá del tiempo, más allá del espacio y más allá también de cualquier tipo de concepto, descansando en la naturaleza misma de nuestro ser, a la que, en ocasiones, se denomina estado natural, mente original, conciencia pura, no mente o simplemente vacuidad. Uno ya es todo lo que espera obtener y, en consecuencia, no es preciso realizar esfuerzo alguno de voluntad [...] "Aquí" está ya en todas partes y "ahora" es siempre" (La práctica de la atención plena, p. 76).

El mindfulness incluye también, como la religión, un sistema ético para alcanzar el sufrimiento de los otros, la compasión y la transformación de la sociedad. No obstante, siendo la atención al presente el poder de mindfulness, que Kabat-Zinn acoge bajo la forma "¡Siéntate! ¡Disfruta de la vida!" (La práctica de la atención plena, p. 586), no es fácil percibir cómo esa ética se traduce en algo práctico, válido para los demás, como no sea, acaso, que todos empiecen por uno mismo y todos lo hagan así. Las religiones tradicionales tienen más de solidaridad comunitaria que la que parece ofrecer mindfulness. Acaso los "buscadores de algo más", desertores de la religión, encuentran acomodo en la religión-mindfulness, porque no les "pide" más que estar atentos a sí mismos, aquí y ahora, sin juzgar ni ser juzgados. Tú mismo.

7.1.3. Objeciones filosóficas

Las objeciones filosóficas a mindfulness se pueden concretar en tres: vuelta de tuerca subjetivista, supuesta disolución del yo y cosmovisión panpsíquica.

•Vuelta de tuerca subjetivista

Aun siendo esta conciencia centrada en el presente una alternativa al enredamiento reflexivo en el que consisten los problemas psicológicos, por lo que mindfulness es saludable y merece su integración en las terapias contextuales, no se dejaría de observar, sin embargo, la vuelta de tuerca subjetivista que supone. Por lo pronto, se trata de una solución a los problemas en el plano individual subjetivo de la conciencia, por así decir, en la mente de uno, dejando el mundo como está. Esta solución que bien parece una retirada del mundo a la cámara oscura de la conciencia (con los ojos cerrados), no en vano practicada por monjes en templos, no casa ni con la propia estructura de la conciencia, ni con una vida comprometida con el mundo, más allá del presente y de uno mismo.

La conciencia tiene una estructura temporal constituida por una unidad inestable de retención de lo ya sido y de protensión de lo a punto de ocurrir (Husserl). Más en particular, la estructura temporal de la conciencia tiene un carácter intencional, dirigido hacia delante en continua protensión o percepción del momento siguiente o, como podríamos decir en términos de Heidegger, un continuo advenimiento del futuro, como acercamiento a nosotros. Aunque solamente ser ahora es ser realmente, lo cierto es que el ahora es un presente vivido, anclado en la retención del pasado y tendido en protensión al futuro, que adviene inexorablemente.

Por su parte, la vida, aún sin referirse a nuestra vida moderna urgida por el tiempo, como ser en el mundo y estar involucrado en algo, supone un hacer, un cuidar de y un preocuparse, que siempre remite más allá del momento presente o del ahora. No quita que individuos o clases ociosas, sin especial involucración en el mundo puedan cultivar el ahora continuamente, como acaso los monjes budistas, pero el normal estar en el mundo de los mortales es estar ahí, haciendo esto y lo otro, ocupados por anticipado, procurando. Dentro de esta estructura, la vida moderna puede que esté acelerada hacia delante y vivamos más en el futuro que en el presente, que de por sí ya tiende ad futurum (presente, ser ahí hacia, el futuro adviniendo). El presente se configura sobre un fondo que es el horizonte del pasado y del futuro. El presente tiene sentido sobre un horizonte con el que está articulado. Siendo la vida moderna acelerada y con estrés, se entiende el interés de mindfulness, como se ha reconocido.

Ahora bien, como solución y terapia, el mindfulness puede que incurra en una hipóstasis

de la conciencia o atención plena, entresacada, magnificada y sustantivada respecto de la estructura de ser en el mundo, una especie de presentismo, tratando de retener el tiempo y de sustraerse de la involucración y compromiso que implica la vida. Ese presentismo de mindfulness aplicado al fluir de la vida no deja de incurrir en un automatismo, pretendiendo evitarlo, en la medida en que esa atención plena, al ahora presente (presentismo), no es sino un momento (hipostasiado) de una estructura temporal, dinámica, que lo incluye y le da sentido. Dada la hipostatización de la meditación mindfulness, no estaría de más reivindicar la meditación en el sentido de la tradición occidental, como reflexión sobre la condición humana, la vida, la muerte, la técnica o vivir estresados, en vez de practicar el presentismo.

•Supuesta disolución del yo

La experiencia mindfulness cree disolver el yo y así mostrar su ilusión, al abrirse a la experiencia de las cosas y fundirse con ellas, en una especie de todouno. Esta supuesta disolución del yo en las cosas estaría justificada por la propia demonización del yo como fuente de todos los males, de acuerdo con la doctrina Zen y la cosmovisión budista. El problema del yo, según la sabiduría Zen, es que alberga el sentimiento de autonomía, la autodeterminación, la libertad, la capacidad creadora y la actividad, y así el egoísmo, el sufrimiento, el deseo insatisfecho, la desarmonía, la guerra y todo lo demás. El yo es la fuente de los males humanos, con sus iras, deseos, ambiciones. Pero, en realidad, dice el budista, el yo no es nada, sino una ilusión. El mejor yo es el que no existe, viene a decir el Zen. Al concentrarse en algo, según el Zen, se vería que el yo no es nada concreto, definido, sentido, pensable: nada.

Se puede mostrar y experimentar la desaparición del yo al estar uno concentrado en las cosas, pero ello lejos de probar su inexistencia lo que muestra es su positivo estar ausente. Es gracias a la fuerza del yo alcanzada en el hábito lo que hace que el propio yo pueda y deba permanecer ausente. La potencia del yo no siempre está en su patencia, sino en su estar ausente. El yo brilla por su ausencia, y esto es lo que no parecen ver los maestros del Zen, después de tanto despertar y tanta atención plena. Este desapercibimiento del yo por parte de la filosofía Zen y de mindfulness se debe, seguramente, a una especie de hipnotismo en el que caen al enfatizar la atención a las cosas, en detrimento de la intención con la que se hace. La atención no es sin intención, sólo que ésta está relegada respecto de aquella que, por el contrario, está realzada. No otra es la esencia de la experiencia hipnótica que experimentar lo que uno hace como que ocurre. Así, por ejemplo, en la levitación del brazo, uno atiende a las sugestiones ("tu brazo se eleva", etc.) a la vez que, de hecho, lo eleva sin darse cuenta: sin atención, pero no sin intención. El mindfulness practicado en la

vida cotidiana no deja de ser, seguramente, una especie de hipnotismo dejándose llevar. El yo hace que pueda ser así.

Aunque este hipnotismo que parece disolver la intención y el papel decisivo del yo, a favor de la atención como supuesta armonía abierta con las cosas, se puede ver en cualquier práctica de mindfulness, ningún ejemplo mejor que el arte de tiro con arco, un clásico del Zen. El tiro con arco constituye todo un arte que epitomiza la concentración Zen, con toda la atención centrada en la diana, sin presencia del yo. Todos los elementos: el yo, el arco, la flecha y el blanco constituyen un todo del que no es posible separar nada. El arte del tiro con arco se presta a enseñar la ilusión del yo. La ausencia del yo en la consumación perfecta de la práctica sería la señal de que el aprendiz del arte ha entrado en el camino del Zen. El tiro con arco no se ejercita tanto para acertar en el blanco, como para desprenderse de sí mismo, de manera que no quede otra cosa que el estado de tensión, sin intención alguna. Llega un momento en que no es uno quien dispara, sino ello: la estructura del arco con uno, articulado todo con el blanco. El mismo blanco parece acertar en uno, tanto como al revés, según el arte del tiro con arco (Herrigel, 2012).

Pues bien, el tiro con arco, lejos de mostrar una acción sin intención y un desprendimiento del yo, según la mística Zen, revela a una indagación fenomenológica de base husserliana y heideggeriana una estructura esencialmente intencional y un yo con temple, es decir, con serena fortaleza, de acuerdo con el análisis filosófico de la puntería de Agustín Serrano de Haro en su obra La precisión del cuerpo (Serrano de Haro, 2007). La intención subjetiva define todo el proceso de tiro con arco, por más que no haya una reflexión que necesite ponerla en juego, porque la propia estructura de la actividad ya la incluye y la organiza. La intención subjetiva coincide con la actividad objetiva, ella misma intencional: una intención inmanente a la propia actividad (institucional, ceremonial, rutinaria). De hecho, la mayor parte de las actividades cotidianas tienen una estructura intencional inmanente, por lo que se prestan a la atención plena sin aparente intención implicada: todo fluye (bastante bien) gracias a que está socialmente institucionalizado, empezando por la práctica Zen y la vida de los monjes en los templos.

El temple del yo, lejos de un yo desaparecido, tiene su presencia en la fuerza del hábito y aplomo del cuerpo. Como muestra Serrano de Haro, la vigencia del yo en los hábitos tiene una doble determinación sincrónica y diacrónica: donde un acto concreto incorpora todo un conjunto de actos conjuntados por la práctica. Como dice este autor, "cuanto más `ayoica' pueda ser una actividad intencional compleja - como la de hacer puntería-, o sea, cuanto menos reflexiva, menos memorativa, menos `articulativa' es, más clara e inequívocamente manifiesta la historia personal del yo que la acomete; una historia que

está viva en el presente". Otra cosa es que "el yo gusta de ocultarse en la latencia de los hábitos", pero este ocultamiento es su forma de afirmarse y de existir (La precisión del cuerpo, p. 57).

•Cosmovisión panpsíquica

El mindfulness en el budismo forma parte de toda una cosmovisión o visión del mundo. Su consideración del yo como vacío, disoluble en las cosas, gracias a la meditación y la atención plena, es una derivación de la metafísica budista, medio religión, filosofía y mística. El dharma es su "ley del Universo". La implantación del mindfulness en contextos clínicos está estratégicamente desprovista de su parafernalia budista. El primer contacto con la meditación en la clínica del estrés consiste en dar tres uvas pasas para saborearlas con plena atención como nunca se hace (llamada "meditación comestible"), a fin de ver "que no hay nada especialmente raro o místico ni en meditar ni en estar atentos" (Kábat-Zinn, 2003b: Vivir con plenitud las crisis, p. 61). Sin duda.

Con todo, la práctica del mindfulness no está exenta de la cosmovisión de la que viene y forma parte. El mismo Kabat-Zinn que "vende" mindfulness desprovisto de misticismo, es el mismo que habla de la ley universal del dharma y del despliegue de las dimensiones ocultas (La práctica de la atención plena, últimos capítulos). La estrategia ha funcionado. Una vez introducida la práctica de mindfulness, la parafernalia metafísica se introduce después, en lo que va de Vivir con plenitud las crisis, de 1990, a La práctica de la atención plena, de 2005. En un artículo de 2011, ya citado, Kábat-Zinn desvela los detalles de su estrategia para introducir mindfulness sin mencionar sus orígenes (hablar de estrés en vez de dukkha, etc.) y así establecer el puente entre la ciencia y el dharma (Kábat-Zinn, 2011). Lo mismo ocurre en las psicoterapias con base en mindfulness. Como dicen unos autores, "el contexto actual es más favorable para una exploración sincera de las Cuatro Nobles Verdades como marco conceptual" (Roth y Calle-Mesa, 2006, p. 271). ¿Qué tiene de malo? En principio, nada. Solo que tampoco es malo reparar en el marco conceptual.

Permítase recordar las Cuatro Nobles Verdades a las que llegó Buda en su meditación o, como dice Kabat-Zinn, "después de su intensa investigación sobre la naturaleza de la mente", sentado, bajo un árbol, cerca de un río, en el norte de la India, alrededor del siglo v a.C.

-Primera, la vida es sufrimiento (dukkha, estrés), un malestar fundamental que aqueja a la condición humana.

-Segunda, la causa del sufrimiento es el deseo, el apego y la ignorancia.

-Tercera, hay posibilidad de cesar el sufrimiento.

-Cuarta, el camino a la cesación del sufrimiento consta de ocho aspectos, los siguientes: visión correcta, pensamiento correcto, palabra correcta, acción correcta, medio de existencia correcto, esfuerzo correcto, atención correcta (mindfulness) y meditación correcta.

El mindfulness es uno de estos aspectos que, como los demás, los incluye a todos. Así, cuando la atención plena está presente, las Cuatro Nobles Verdades y los siete aspectos restantes están presentes también. Se trata de una doctrina fácil de asimilar, adecuada incluso para una exposición en Power Point y así para un pensamiento lineal, con unos cuantos puntos, por lo que no es de extrañar su divulgación.

La cuestión es que, después de todo, mindfulness forma parte de una cosmovisión que arrastra más de lo que dice. Así, la atención plena responde a "la llamada de nuestra especie a despertar" (no en vano Buda significa "el que ha despertado"), de acuerdo con el dharma. El dharma "consiste en la comprensión consciente del resplandor inherente a nuestra especie, la actualización de lo más inteligente, bondadoso, amable y sabio de nuestro corazón y nuestra mente" (La práctica de la atención plena, pp. 778, 577). El dharma puede liberamos del karma, es decir, la consecuencia acumulada por nuestras acciones pasadas. La atención plena es el gran despertar que, mediante la transformación de la conciencia, puede liberamos del karma y del sufrimiento inherente a la vida que llevamos (dukkha), poniéndonos en una forma más auténtica de estar en este mundo y de ser profundamente genuinos con nosotros mismos. Sabemos ahora que el propio Kabat-Zinn tuvo su "despertar" cuando por primera vez se expuso al dharma en 1966, en el sitio más improbable: el Instituto Tecnológico de Massachusetts, don de estudiaba, y sabemos también que los hospitales y las escuelas son "magnetos de dukkha en nuestra sociedad" y mindfulness, su remedio (Kabat-Zinn, 2011).

El poder asombroso de la atención plena al momento presente, metafísico más que meramente psicológico, es una de esas "dimensiones ocultas" del universo, ocultas por "nuestra preocupación por llegar a alguna parte". "El poder del presente es tan inconcebible - dice Kabat-Zinn - como la extraordinaria energía del vacío o la pequeñez de las dimensiones no desarrolladas que subyacen bajo lo más profundo de los átomos y se hallan inmersas en el entramado mismo del espacio" (La práctica de la atención plena, p. 586). Mindfulness viene a ser, al final, el medio por el que la materia (átomos, quarks, etc.)

pueden contemplarse y conocerse a sí mismos. Esto es lo que dice Kabat-Zinn: "No les parece maravilloso que el Big Bang y el paso del tiempo hayan acabado dando misteriosamente origen al cuerpo humano y a la mente? Es como si nosotros fuésemos el medio (el único medio) a través del cual el átomo de hidrógeno, el quark o la cuerda - el nivel, en suma, más fundamental (el impulso primordial que dio a luz al universo a partir de la nada y de ningún lugar) - pudieran contemplarse y finalmente conocerse a sí mismos a través de lo que llamamos conciencia o sensibilidad" (La práctica de la atención plena, p. 580).

Ello es posible porque la mente llena el cuerpo y el universo. "Y no me refiero - dice Kabat-Zinn - tan sólo a experimentarlo a través del pensamiento - aunque el pensamiento y el conocimiento profundo de la física, de la química, de la biología y de la ciencia cognitiva pueden contribuir positivamente a ello-, sino a través de la conciencia, de la sensación, del sentimiento y del ser encamado, permitiendo que su mente albergue y llene completamente su cuerpo, desde la envoltura cutánea hasta los músculos, las articulaciones, los huesos, el hígado y los pulmones y, en ocasiones, pulsando los genitales, en el corazón, en la sangre y en el cerebro y en todo lo que podemos invocar en términos de emociones, órganos y tejidos hasta llegar a experimentar la actividad celular, la actividad de los ribosomas, los cromosomas y las enzimas (si es que podemos usar tales términos) en este nivel fundamentalmente acuoso y, más allá de él, hasta las moléculas, los átomos, los quarks, las cuerdas y el vacío que los separa, y aun en su interior, incluidas las siete dimensiones sin desplegar (de qué otro modo, si no, podríamos hablar de ellas) de la realidad o de la naturaleza." (La práctica de la atención plena, pp. 582-583).

Esta interpenetración de la mente con la materia, así del cuerpo como del universo, una especie de "mentalización" de la materia, se entiende de acuerdo con la ley del dharma, que mantiene todo unido, semejante a la gravitación universal y las leyes de la termodinámica. "La ley del dharma atañe - dice Kabat-Zinn - a cualquier mente humana, como las leyes de la física o de la gramática se aplican por igual (por lo que sabemos) a cualquier rincón del universo y a todos los lenguajes, respectivamente" (La práctica de la atención plena, p. 143). Ante la maravilla "del florecimiento de la vida en esa esfera verde, azul, blanca y marrón colgada en el vacío, en la inmensidad y oscuridad del espacio", ¿vamos a preocupamos por las facturas, por lo lejos que llegarán nuestros hijos, por la enfermedad, por tener poco tiempo? (La práctica de la atención plena, p. 588).

Al final, el mindfulness arrastra más de lo que dice. Dice ser un enfoque de tratamiento o un adjunto a otras terapias, pero supone y conlleva toda una metafísica religioso-mística. Se podría decir que es una "herramienta", pero las herramientas no están exentas de los

contextos de los que se extraen, de dónde y para qué fueron desarrolladas. Por lo que respecta a las terapias contextuales, el mindfulness implica una filosofía que desdice del conductismo radical y del contextualismo funcional en el que tales terapias tienen su base y trasfondo. Respecto de la filosofía occidental, la filosofía budista, lejos de ser la última palabra, queda "retratada" y situada y no precisamente entre las opciones más sostenibles. La gente, a pesar de que fue a la escuela, puede abandonarse a una metafísica budista, con ocasión de mindfulness, por más que sea filosóficamente insostenible. Su amalgama de religión, filosofía y mística, y tanto más con ribetes de neurociencia y bendiciones del Dalai Lama, el budismo se presta a un discurso que puede impresionar y deslumbrar más que iluminar a "buscadores de algo más".

Por lo que aquí respecta, baste el apunte de su diagnóstico filosófico. Sin menoscabo de sus "verdades" y de su utilidad, no es necesario, ni tampoco seguramente conveniente, "comulgar" con el resto.

7.1.4. Diagnóstico filosófico: monismo espiritual y panpsiquismo

La cosmovisión budista de la que forma parte el mindfulness representa un monismo espiritualista, panpsíquico. El monismo es una doctrina filosófica que reduce el conjunto de las cosas a un principio unitario, sea la materia físicocorpórea (monismo fisicalista) o sea el espíritu, una conciencia universal, una mente que todo lo armoniza o el alma del mundo (monismo espiritualista). El monismo materialista que lo reduce todo a materia físico-química está presente y vigente en la neurociencia, con el cerebro como centro de referencia de las actividades humanas. Esta versión de monismo bien se puede identificar como cerebrocentrismo. La neurociencia sostiene el monismo materialista, fisicalista, cerebrocentrista, como solución al dualismo cartesiano mente/cuerpo. Sin embargo, el monismo neurocientífico no deja de ser una forma de dualismo. Como se ha mostrado y discutido en El mito del cerebro creador, el monismo no es la solución al dualismo, sino una variante que incorpora al dualismo por más que reniega de él (Pérez Álvarez, 2011, cap. 2).

Por su parte, el monismo espiritualista supone igualmente un reduccionismo, en este caso, a una especie de conciencia, mente, alma del mundo o dharma universal que todo lo penetra y armoniza, en cada individuo y en el universo entero, una de cuyas versiones más notables está representada por el budismo, una suerte de panpsiquismo consistente en mindfulness y dharma. Kabat-Zinn es uno de los más reputados doctrinarios de este panpsiquismo. La atención plena al presente, sería la vía de acceso a las dimensiones ocultas, incluyendo aquellas que, al parecer, no fueron desplegadas, sino que quedaron

"plegadas", en el Big Bang (La práctica de la atención plena, p. 580). Como dice el propio Kabat-Zinn, el poder del presente es tan extraordinario como la gravitación universal y las leyes de la termodinámica, universo e individuo integrados en una especie de alma universal. Para el monismo espiritual todo es uno. Las diversas cosas están en armonía entre sí, interpenetradas y entretejidas por la mente cósmica. La mente individual está conectada con la mente cósmica: una mente consciente, infinita, universal. La mente consciente, que medita, con conciencia plena, atenta al presente es la vía, la manera y la prueba de la conexión con todo.

Con todas sus proclamas, lo cierto es que tanto el monismo fisicalista, neurocientífico, como el espiritualista, budista, andan a "bandazos" con y entre la materia y la conciencia, el cerebro y la mente, sin poder salir del dualismo, más que mediante reducciones desde un lado o desde el otro o acordando al final su armonía. El súmmum de estos bandazos, que parece satisfacer a reduccionistas de uno u otro signo, es la asociación de la neurociencia con el Dalia Lama: una salida business a la sin salida filosófica del dualismo. El panpsiquismo y su primo hermano el panteísmo cubren esta amalgama entre mecanicismo neurocientífico y espiritualismo dalailamiano. El panpsiquismo es una doctrina filosófico-religiosa según la cual toda la realidad tiene una materia psíquica o anímica, una especie de "alma del mundo" o, para el caso, dharma universal. Las cosas "materiales" no serían sino manifestaciones de la psique universal o alma del mundo. Por su parte, el panteísmo es también una doctrina filosófico-religiosa según la cual el mundo y Dios son lo mismo. Dios está en todas partes. Aunque Dios anda en medio de todo, el panteísmo puede ser ateo o naturalista. El emergentismo según el cual la conciencia, la mente y el yo emergen de determinada complejidad de las estructuras neuronales es una versión contemporánea, de gran reputación en la neurociencia, del panteísmo y panspiquismo.

El panpsiquismo y el monismo de uno u otro signo no son ájenos a la tradición occidental. De hecho, ya fueron practicados por los presocráticos, que reducían todo a un elemento (agua, fuego, tierra, aire) y, de acuerdo con su hilozoís mo, la materia contiene en sí un germen de vida. El emergentismo sería una versión actual, científica, de hilozoísmo. La pregnancia que tiene hoy el monismo espiritualista (aunque, para el caso, poco más da el materialista que el espiritualista), así como el panpsiquismo a cuenta de la meditación mindfulness, servidos como iluminaciones y verdades últimas en revistas de quiosco, lleva a pensar si es que la filosofía no habrá caído hoy a niveles presocráticos.

Las revistas que se encuentran en el quiosco sobre yoga, mente y psicología no parecen tener problema con todo esto. La mente puede ser un problema difícil para la ciencia, pero está clara para los meditadores. La mente todo lo conecta, lo explica y lo puede. En estas

revistas se pueden leer cosas, por las que algunos toman medicación, como que la mente individual está conectada con la mente cósmica, de la que recibe "fuerza" a través de una especie de hilo que enhebra todo. La mente, al ser muy sutil, está en contacto con otras mentes, con todas las mentes, con todo el mundo. Por ello, unas mentes pueden influir sobre otras mentes, sobre el propio cuerpo y sobre la voluntad del mundo. Las revistas de kiosko que dicen cosas de este tipo, no tendrán "impacto" científico pero, sin duda, impactan en miles de lectores que, aunque hayan ido a la escuela, pueden fácilmente quedar arrebatados por semejante panpsiquismo, no menos impresentable por ir a cuenta de la meditación mindfulness. Los "buscadores de algo más" encontrarán aquí su religación a todo y su religión particular.

7.1.5. Alternativa al monismo y panpsiquismo

La salida y alternativa al monismo y panpsiquismo y a su inseparable sombra el dualismo es el pluralismo. El gran psicólogo y filósofo William James escribió en 1909 una "defensa de la visión pluralista en oposición a la visión monista", en su libro Un universo pluralista (James, 2009, p. 36). Para empezar, el pluralismo parte de lo que hay, y es una pluralidad de cosas: un universo pluralista, un universo multiverso. Más allá de esta obvia pluralidad, el pluralismo filosófico tiene su principio en que no todo está relacionado con todo, formando uno. Frente al monismo, según el cual cada cosa "arrastra consigo la totalidad del universo", el pluralismo "deja las cosas existir realmente en la forma-cada [each form] o distributivamente". Mientras que el "monismo piensa que la forma-todo [all form] o la forma unidad-colectiva es la única forma racional", por el contrario, el pluralismo, "en la forma-cada una cosa puede estar conectada por cosas intermedias a otra con la que no tiene conexión esencial o inmediata" (Un universo pluralista, p. 201). La diferencia entre monismo y pluralismo la plantea James con dos cuestiones alternativas (Un universo pluralista, p. 203):

-Monismo: "¿,Es la multiplicidad en unicidad que caracteriza indudablemente al mundo que habitamos solamente una propiedad de la totalidad absoluta de las cosas, de modo que ustedes deben postular esa únicaenormidad indivisible como prius de que haya algún muchos - en otras palabras, comenzar con el universo-bloque racionalista, entero, impertérrito y completo-?".

-Pluralismo: "¿O los elementos finitos pueden tener sus propias formas autónomas de multiplicidad en unicidad, y allí donde no tienen unicidad inmediata serán continuados aún unos en otros por términos intermedios - siendo cada uno de estos términos uno con sus vecinos próximos, y aún así no completándose nunca de modo

absoluto la "unicidad" total-?".

El pluralismo da salida al monismo y a su sombra el dualismo, pero requiere y tiene más elaboración filosófica. El pluralismo podría todavía albergar el espiritualismo, sin una idea de Ser y mejor de Materia ontológica general sobre la que organizar las realidades, de acuerdo con los desarrollos técnicos y científicos. El propio W.James no se libró del espiritismo. El pluralismo no está abocado a una indeterminación filosófica, ni abandonado a cualquier doctrina. Su mejor reelaboración es probablemente en términos de un materialismo filosófico como el desarrollado por Gustavo Bueno (García Sierra, 2000).

El materialismo filosófico es una doctrina sobre la estructura de la realidad, que se opone tanto al monismo de cualquier signo, como al dualismo. El materialismo filosófico es un pluralismo que, sin embargo, postula la unidad del mundo en cuanto desarrollo de una materia ontológico-general. El materialismo filosófico dispone de una ontología general sobre la base de una idea de Materia (M), reconstructiva de la idea de Ser de la metafísica tradicional, referida a lo que hay. Esta ontología general se atiene al principio de symploké, según el cual "no todo está relacionado con todo" (idea destacada también por W.James), y niega, por tanto, una supuesta armonía universal o espíritu del mundo. La pluralidad de la materia del mundo se estratifica en tres géneros de materialidad (Bueno, 1972; 1990):

-M,, referida a las entidades físicas, corpóreas como los sólidos o incorpóreas como las ondas electromagnéticas.

M2,referida a sujetos operatorios, incluyendo conductas, planes, proyectos, así como memorias, deseos y experiencias subjetivas.

M3,referida a objetividades abstractas, como teoremas matemáticos, pero también instituciones sociales, formas de vida y la cultura en general (como entidades supraindividuales preexistentes a cualquier individuo). Esta trini dadontológica es reminiscente y reconstructiva de la tripartición Mundo, Alma y Dios de la metafisica tradicional.

El materialismo filosófico no se ha de confundir con materialismo físicocorpóreo, según el término puede dar a entender, como suele ocurrir en el contexto anglosajón. Ni siquiera la materia física (M,) es corpórea, porque puede consistir en ondas, pero no en espíritus inmateriales. El materialismo supone el pluralismo de la materia: tan materia es el material del que está hecho un libro como la materia de la que trata. Con todo, los géneros M2 y M3, sin consistir propiamente en materiales físico-corpóreos, tampoco subsisten sin ellos.

Los pensamientos y los proyectos pueden ser subjetivos, mentales, pero su condición de posibilidad está en cosas e instituciones preexistentes (lenguaje, memorias ambientales, proyectos anteriores, "relatos y reliquias") y en nada se quedan si no se plasman en "cosas hechas con palabras" y acciones. Difícilmente una ecuación matemática se puede dar sin escribirla, aunque su realidad y objetividad no se reducen a tiza o tinta, ni se deducen de ellas. El materialismo filosófico no deja de reconocer el privilegio de la materialidad física en hacer valer los distintos géneros de materialidad. ¿Quién se iba a enamorar o tener idea de Dios si no fuera por los relatos y las imágenes? De no ser así, estaríamos asumiendo espíritus inmateriales, desencarnados, exentos, prístinos, autoriginarios, no se sabe cómo existentes y subsistentes en el mundo.

La idea de materia se caracteriza por tres atributos. Además del susodicho de la pluralidad, se refiere a la discontinuidad según el cual no todo está relacionado con todo y a la codeterminación referida a conexiones dialécticas, constructivas y reconstructivas de unas partes por medio de otras. Esta ontología trigenérica tiene su correspondencia y aplicación en psicología, en términos de cuerpo, conducta y cultura. El cuerpo incluye el cerebro, sin sustantivarlo como cerebrocentrismo. La conducta se entiende como prototipo de actividad propia de un sujeto operante. La cultura se refiere a la organización institucional de la vida humana, sin reducirla a "información" y a "formas simbólicas" (véase El mito del cerebro creador).

Dentro de esta consideración, el sujeto operatorio tiene un papel trascendental en la conformación del mundo humano y del propio cuerpo, precisamente por su condición de sujeto conductual operante. El sujeto pensante y meditador tipo mindfulness presupone para su propia existencia y subsistencia un sujeto conductualmente operatorio, práctico manipulativo. Al fin y al cabo, ni los templos budistas ni las carreteras del Himalaya se hicieron "pensando", ni meditando. La propia meditación mindfulness supone una institucionalización de la vida que permite realizar tales prácticas y tener las experiencias a que da lugar.

•En resumen

Se ha emprendido una indagación filosófica del mindfulness con miras a "situar" su sentido. A pesar de que el mindfulness está instalado en las terapias contextuales y goza de todos los parabienes, así en la academia como en la cultura popular, merece un "repaso", por tres "sospechas": a) por si no fuera tan necesario como para teñir de su color las terapias contextuales y marcar una época, b) por si su utilidad estuviera sobredimensionada en detrimento de otros aspectos, y c) por si, acaso, ni siquiera fuera conveniente, debido a

la mística que implica. Las conclusiones se pueden enunciar en los siguientes puntos.

-Si el mindfulness no existiera, no haría falta inventarlo. Otros conceptos y prácticas podrían aportar lo mismo: sin ir más lejos, la propia noción de aceptación.

-El mindfulness implica más de lo que parece, debido a su origen budista. Implica una filosofía consistente en una amalgama de religión y mística, identificada como monismo espiritual y panpsiquismo. Se trata de una filosofía incompatible con la filosofía de las terapias contextuales (contextualismo funcional) e insostenible como filosofía por sí misma.

-Entre las consecuencias de esta filosofía que ampara, o mejor desampara, al mindfulness están una vuelta de tuerca al subjetivismo y la disolución del yo. Se entiende que el mundo actual ya está excedido de subjetivismo y por el contrario falto de personas potentes y competentes, comprometidas con los demás.

-Frente al monismo espiritual y panpsiquismo se ofrece el materialismo filosófico. A la luz del materialismo filosófico, el monismo panpsíquico budista representa una "opción" filosófica insostenible, no inevitable ni obligada, como pareciera ser. Quien se adhiere a ella es porque "quiere", no porque haya "despertado" de ninguna ignorancia. Se entiende que la filosofia-Zen sea del gusto de "buscadores de algo más", acaso desencantados con la religión y medio cultos, pero "vegetarianos" si es que no "ayunos" de filosofía de la propia tradición Occidental, de la que no se puede escapar.

7.2. Por una noción de persona: la teoría de sí mismo como otro

La noción de persona, yo o sujeto es ineludible en toda terapia psicológica que se precie. Aun cuando las terapias contextuales cuentan con importantes nociones del yo, no se dejaría de echar de menos una idea de persona más general, que pueda ser de interés para unas y otras terapias; así como que pueda servir para entender y acoger en ella la variedad de perturbaciones psicológicas que llevan a buscar terapia.

7.2.1. La persona como concepto de partida

La persona designa al individuo de la especie humana. En este sentido definitorio del ser humano, la persona es un concepto primitivo, de modo que no podemos ir más allá de él, a otros conceptos supuestamente más básicos, como el cerebro o el mismo yo, porque lo que digamos de estos o en función de ellos, presupone la persona. Primitivo no quiere

decir primigenio, como autooriginario, sino primordial. La noción de persona supone toda una sociedad y una cultura que la funda e infunde en cada individuo y, por ello mismo, la sociedad está incorporada en la persona, con sus conflictos y complicaciones. La persona es el punto de partida y la "cosa misma" con la que se encuentra o se habría de encontrar el clínico. El clínico no trata con el cerebro del paciente ni con los procesos psicopatológicos que supone su teoría, sino con la persona concreta, ahí, de carne y hueso.

Esta primera idea de persona bien puede modular el sentido del yo y del sujeto que se les quiere dar aquí. Se entiende el yo como identidad personal en su substratum más propio (Yo soy el que soy, dice Yaveh; Yo sé quién soy, dice don Quijote) y en su carácter social, reconocible por los demás (por sus obras los conoceréis). Lo mismo en relación con la noción de sujeto, como subjectum que subyace y fundamenta lo que uno es y, a la vez, como sujeto de la acción, actor, que forma parte de una sociedad, "sujeto" a sus normas.

Esta es la modulación que se quiere dar al yo y al sujeto, como entidades subjetivas y a la vez interpersonales: subjetivas y objetivas. Se trata de un doble aspecto cóncavo (dado solamente a uno) y convexo (dado hacia los demás, en un espacio abierto). Este doble aspecto plantea, sin duda, complejas y complicadas cuestiones ontológicas relativas a la naturaleza de esas entidades, epistemológicas tocantes a su conocimiento y psicológicas referidas a su relación. No en vano esta problemática está en la base del sempiterno problema mente/cuerpo. Siendo complejas las cuestiones implicadas, este doble aspecto no deja en suspenso a un planteamiento conductista radical: uno que es tan radical que no deja fuera de su estudio al mundo interior por razones metodológicas de supuesta inobservabilidad (como hace el conductismo metodológico), porque de hecho es observable, con la particularidad de que lo es solamente para una persona: uno mismo.

La cuestión se remite a cómo la sociedad enseña a los individuos a dar cuenta de esa parte del mundo que sólo se les da a ellos y de, hecho, los propios individuos aprenden a hacerlo. La sociedad, empezando por los padres y demás cuidadores de los niños, necesita que los individuos den cuenta de lo que ven desde su lado y sienten, dada su posición cóncava respecto a los demás. Por eso los demás preguntan ¿qué sientes?, ¿qué ves? Y la sociedad o comunidad verbal, como dice Skinner, se las arregla para que así sea, gracias al lenguaje. El surgimiento del mundo subjetivo, privado o interior y así de la subjetividad se constituye en un proceso intersubjetivo de roturación y rotulación, por medio del contacto social con uno mismo a través del lenguaje. De manera que el mundo subjetivo surge y emerge del mundo objetivo, preexistente y supraindividual, anterior a cualquier individuo que "entre" en él. Cada individuo "nace al lenguaje" y entra en un escenario cuyo drama y función ya está en marcha. El mundo interior resulta ser una parte del mundo que se

extiende del mundo público y no un mundo aparte que autoemerge. Todo ello sin menoscabo de que cada uno sea único, como es, por la historia personal e intransferible y la posición única que uno ocupa.

La unicidad e identidad que cada cual es, con todo lo única que es, no es prístina ni auto-originaria, exenta, sino construida con materiales de "segunda mano", donde los haya, como es el lenguaje. La cuestión por lo que a la noción de persona se refiere, más allá de este doble aspecto subjetivo-objetivo (cóncavo-convexo) del sujeto, lleva a otro doble aspecto, más relevante, como es la identidad por la que uno permanece el mismo, en un continuo cambio, a lo largo de la vida. Permanencia y cambio, esa es la cuestión de la persona: ser uno mismo y, a la vez, otro. En el esbozo que aquí cabe hacer se van a trazar dos líneas convergentes: la base del propio cuerpo y la teoría de sí mismo como otro.

7.2.2. La base del cuerpo y su doble presencia

Se empezará por decir que esta permanencia dentro de la continua variación está sostenida por el cuerpo. Situar en el cuerpo la base de la identidad que permanece puede parecer obvio hoy día, pero no están tan lejos ni tal vez tan desaparecidos los tiempos en que eso se atribuía al alma, la mente o el espíritu. La referencia al cuerpo como base de la identidad es una obviedad que no se puede obviar, porque la consideración al uso del cuerpo da lugar fácilmente a la concepción dualista mente/cuerpo o mente/cerebro, con sus versiones monistas físico-química (neurociencia) o espiritualista (budismo) o su amalgama (neurociencia y Dalia Lama). El origen del entendimiento del cuerpo que se presta a incurrir en el dualismo está en su consideración como objeto. Siendo ésta una manera como se da y se nos ofrece el cuerpo, como objeto, "cuerpo", no ha de hacer pasar por alto la otra manera de darse, como cuerpo-vivido. Esta doble modalidad del cuerpo objetivo y subjetivo, fundamental en la vida de uno, lo es también para una consideración filosófica, científica y clínica. Su no consideración está en el origen del dualismo filosófico, del mecanicismo científico y de la deshumanización de la medicina y la psiquiatría.

Esta distinción entre cuerpo objetivo y cuerpo vivido, tan elemental como fundamental, fue establecida por la fenomenología, empezando por Husserl y continuada por Merleau-Ponty, utilizando las palabras del alemán Kórper, para referirse al cuerpo físico visto desde el punto de vista de un observador, en tercera persona (que también puede ser uno mismo) y Leib, para referirse al cuerpo sentido por uno en primera persona. Es la misma distinción de Ortega entre intracuerpo y extracuerpo. Esta distinción se encuentra también en los conceptos más conocidos de imagen y esquema corporal. La imagen corporal se refiere al propio cuerpo tomado como objeto de atención, de cuidado y de reflexión. El esquema

corporal se refiere a sistemas de procesos cuasi automáticos que constantemente regulan la postura y el movimiento. Asimismo, el esquema corporal refiere una autoconciencia prerreflexiva, no temática, de nuestro cuerpo. Se trata de una conciencia propioceptiva, donde el propio cuerpo está presente sin hacerse notar, una presencia desapercibida o modo positivo de estar ausente (un positivo estar ausente). El esquema corporal constituye el fondo sobre el que se erige la imagen corporal, dando lugar a una estructura dinámica figura-fondo. Aunque es propio que el esquema corporal se mantenga fuera del campo de atención, puede ser objeto de entrenamiento (por ejemplo, en el arte del tiro con arco) y de rehabilitación cuando se ha perdido o deteriorado alguna función.

La distinción se refiere, por tanto, a dos modos según se puede experimentar el cuerpo: el cuerpo como objeto o imagen (Kórper) y el cuerpo como cuerpo vivido o esquema (Leib). El cuerpo como objeto puede tener varios grados de abstracción y objetivación, como cuerpo de la medicina (anatómico, fisiológico, neurológico) o cuerpo de la cosmética (acicalamiento, presentación, modelo). El cuerpo vivido presenta, a su vez, diferentes grados de experiencia: desde pasar desapercibido a imponerse sobre todas las cosas. El cuerpo vivido no es un objeto en el mundo, sino el propio medio por el que estamos en el mundo. La presencia del cuerpo es altamente paradójica: siempre ahí y, a menudo, ausente, transparente, pasando desapercibido. Con base en la fenomenología, Drew Leder ofrece una indagación del cuerpo vivido, en su estar ausente y en su hacerse presente (por ejemplo, en la enfermedad), en su obra The absent body (Leder, 1990).

Seguramente es por esta transparencia por la que el dualismo está tan arraigado en nuestra cultura, como algo natural, sugiriendo una mente incorpórea, espiri tual, dentro de uno, acoplada a un cuerpo desapercibido. La noción de cuerpo vivido como lugar de la experiencia y medio de articulación con el mundo excusa los hábitos cognitivos del dualismo, que relegan los aspectos subjetivos a una supuesta sustancia incorpórea, no extensa, llamada "mente. El yo, el sujeto, la persona y si se quiere la mente están encarnadas formando parte, como parte formal, del cuerpo orgánico, un cuerpo vivido, de "carne y hueso".

Siendo fundamental la distinción entre cuerpo vivido y cuerpo objetivo (Leib y Korper), tampoco se debe extremar, al punto de sustantivar cada término por separado, toda vez que son dos aspectos y maneras de entender el mismo cuerpo. El cuerpo no por ser vivido deja de ser observado en tercera persona (por los demás y por uno) y no por ser objeto deja de ser sentido y vivido, con complacencia o extrañamiento, así como tampoco deja de ocultarse y pasar desapercibido, por así decir, de brillar por su ausencia. También puede ser el caso que aspectos prerreflexivos, propioceptivos, normalmente "silentes" o ausentes,

alcancen y copen la atención, por ejemplo, en forma de cenestesias o sensaciones corporales extrañas, como ocurre en la esquizofrenia.

En realidad todo trastorno psicológico implica el cuerpo de alguna manera más o menos notable. Así, unos trastornos implican particularmente la imagen corporal, como el trastorno dismórfico o la anorexia, y otros el cuerpo vivido, como los psicosomáticos, somatomorfos o somatoformes. La melancolía y la esquizofrenia representan también notables alteraciones del cuerpo vivido, de manera particular. Aunque en ambos casos la alteración consiste en la pérdida de la transparencia del cuerpo como medio desapercibido o "sistema operativo" implícito, en la melancolía y en la depresión el yo parece hipercorporalizado (pesado, interpuesto entre uno y el mundo) y en la esquizofrenia parece descorporalizado, como si uno ya no habitara su cuerpo de una forma natural, "automática", tácita, sino como algo "mecánico", "cosificado", desvitalizado (Fuchs, 2005; Stanghellini, 2004).

La estructura del cuerpo humano determina la forma del mundo habitado y habitable, a la vez que fue estructurada, y sigue siéndolo, por el propio mundo humano, en un proceso largamente coevolutivo. La estructura corporal implica vectores que propenden a la acción práctica. Por ejemplo, la estructura erguida, marcha bípeda, manos liberadas y vista prominente, articulan una estructura dehacia ("from-at" o "from-to") en términos de Michael Polanyi. Esta estructura corporal da primacía a un sujeto operatorio, práctico-manipulativo, respecto de un sujeto pensante, "procesador de información" como, sin embargo, se suele caracterizar al sujeto. El sujeto pensante, lejos de definir al ser humano, lo que hace en realidad es revelar una forma de vida: el modus vivendi típico del homo academicus, acomodado al "nicho" intelectualista de la academia (pienso, luego existo, etc.). Y, por su parte, el sujeto meditador, practicante de mindfulness, no representa sino el modus vivendi de monjes acomodados al "nicho" ecológico del templo budista.

Pero, ni el horno academicus ni el meditador más empedernido refutan la primordial condición conductual-operatoria, toda vez que la implican, de tres maneras. Una, por vivir en un mundo ya organizado e institucionalizado que hace posible que alguien se dedique a "pensar" y "meditar". Dos, no por dedicarse "profesionalmente" a pensar o meditar, uno está exento de comportamientos corpóreos esenciales para estar ahí presente, como ir, venir, sentarse, teclear, levantarse, hablar, etc. Tres, las actividades de pensar y meditar son ellas mismas corpóreas y su propia realización implica procesos inteligentes, cognitivos o mentales - sin tener que atribuirlos a ningún dispositivo interno o fantasma en la máquina; esas actividades son la mente-, dado el contexto cultural institucional en el que se realizan y el entrenamiento que incorporan.

Sólo un prejuicio intelectualista, derivado de la división del trabajo en la sociedad industrial entre la oficina y la planta de producción, entre la dirección y la "mano de obra", permite separar y reificar la "mente" o córtex cerebral como dirección ejecutiva dentro y el cuerpo como ejecutor externo. Se pasa por alto que las llamadas "operaciones mentales" derivan y son posibles precisamente por las operaciones manuales. No es una casualidad que pensar derive de "pesar", comparando y sopesando cosas en una mano con la otra y que contar con base decimal tenga que ver con los diez dedos de las manos. Por no hablar del papel y lápiz y demás andamiajes culturales. Se pasa por alto también que las operaciones corporales, implicando las manos y los pies, lejos de ser meras ejecuciones externas de decisiones en la oficina de la mente o del cerebro, son ellas mismas operaciones inteligentes y con conocimiento, implicando todo el cuerpo, de acuerdo con una historia de entrenamiento y las disponibilidades ambientales al efecto, sea por ejemplo jugar al fútbol o tocar el piano.

•En resumen

El cuerpo es la base de la identidad personal y el medio de nuestra relación con el mundo. Como base de la identidad, el cuerpo incorpora la historia de la vida, no como algo almacenado o codificado en algún sitio, según gusta entender la neurociencia cognitiva, sino como organismo cambiado, que diría Skinner, resultante de moldeamientos a lo largo de la vida. La historia, con sus experiencias, hábitos y habilidades, está incorporada en el organismo como disposición que se pone en juego en los contextos apropiados y situaciones oportunas. El que sabe jugar al fútbol o tocar el piano no lo hace porque tiene el juego o la melodía almacenados en algún sitio (¿en las piernas?, ¿en las manos?, ¿en el cerebro?). Lo hace porque el organismo como un todo está cambiado de determinada manera, resultante de su historia de aprendizaje, que se puede actualizar en el contexto oportuno. El futbolista y el pianista no tienen su habilidad más en el cerebro que en las piernas y las manos cambiadas (moduladas) al hilo de la práctica. Pero la habilidad ni siquiera estaría en el cerebro, las piernas o las manos, sino en el organismo como un todo (sin olvidar al cerebro).

Como medio de contacto con el mundo, el cuerpo supone una estructura dehacia, sensible y a la vez operatoria, unas veces transparente, pasando desapercibido, cuando la ocupación en algo predomina sobre el estar ocupado, y otras veces disfuncional, cuya presencia se hace notar e interpone sobre las demás cosas, cuando duele, uno está enfermo o simplemente no tiene la habilidad requerida. El cuerpo siempre presente: unas veces brilla por su ausencia y otras eclipsa lo demás. El cuerpo es medio, pero es también un cuerpo más entre los demás cuerpos y objetos del mundo: un objeto que los demás pueden

"cosificar" con la mirada y con poderes abusivos, y uno mismo utilizar como objeto o instrumento de influencia e intercambio.

7.2.3. La teoría de sí mismo como otro

La teoría del sí mismo como otro de Paul Ricoeur desarrollada en su obra Sí mismo como otro, de 1990, replantea la problemática del yo desplegada en la filosofía moderna entre su exaltación y su disolución (Ricoeur, 1996). Existen dos tradiciones contrapuestas sobre el yo: una que lo ensalza, iniciada por el Cogito de Descartes y continuada por Locke, con cumbres en Kant, Fichte y Husserl, y otra que lo despoja, iniciada por Hume, culminada por Nietzsche y continuada de una u otra manera por Foucault, Rosset y otros; el yo budista, o mejor el no yo, se alinearía en esta tradición.

El planteamiento de Ricoeur se abre paso entre estas opciones, manteniéndose "a igual distancia del Cogito exaltado por Descartes que del Cogito despojado de Nietzsche" (Sí mismo como otro, p. XXXVII). El replanteamiento que ofrece es particularmente relevante y fértil en clínica, aun sin estar pensado sobre problemas psicológicos o quizá por ello. El planteamiento de Ricoeur para la clínica tiene más de un punto de interés, en realidad tres: a) plantea la identidad perdurable en dialéctica con la alteridad, b) muestra la estructura heterogénea de la persona (sí mismo como otro) y e) sitúa la narrativa como posible configuración y mediación de lo heterogéneo que forma parte de uno mismo. Los dos primeros puntos se exponen en el mismo apartado titulado "Idem-Ipse: permanencia y variabilidad". El punto c, relativo a la narrativa, se expone bajo el título "La identidad narrativa como poética de sí mismo".

•Idem-Ipse: permanencia y variabilidad

Lo que sea la identidad personal pasa por considerar su permanencia y a la vez su continua variabilidad a lo largo de la vida. Ricoeur plantea esta cuestión valiéndose de los términos latinos para identidad idem e ipse:

-La identidad idem se refiere a la identidad que permanece la misma a lo largo del tiempo (mismidad).

-La identidad ipse se refiere a la identidad que permanece la misma pero como alteridad que integra el otro y lo otro (ipseidad); de ahí el título de su libro "Sí mismo como otro".

La mismidad fundamenta la idea de continuidad estructural y responde a la pregunta

qué (qué soy). La ipseidad fundamenta también una idea de continuidad pero continuamente alterada y responde más bien a la pregunta quién (quién soy). Mientras que la mismidad sugiere persistencia y resistencia ante lo otro, ipseidad sugiere actividad y adaptabilidad en relación con lo otro y el otro. Identidad-ídem e identidad-ipse son aspectos de la misma identidad personal, vista en su faceta de permanencia (mismidad) o de variabilidad (ipseidad). La ipseidad no contradice la mismidad sino que la despliega y desarrolla y, por su lado, la mismidad no impide la ipseidad sino que es su condición de posibilidad y por ello mismo también su limitación.

Esta alteridad dentro de la mismidad se puede poner en relación con la teoría del yo dialógico de Hubert Hermans. Se refiere a una estructura dialógica del yo implicando un sentido de unitas multiplex. Esta unidad en la multiplicidad, amén de un tema filosófico (Ricoeur), fue puesta en juego por la literatura: Otelo (cuando dice "yo no soy yo"), Walt Whitman (¿Qué me contradigo? Muy bien, y qué. Soy inmenso, contengo multitudes), Arthur Rimbaud ("Yo es otro", de donde deriva Ricoeur su título), Fernando Pessoa ("Mi arte es ser yo. Yo soy muchos") y Fedor Dostoievski, con la polifonía de muchas voces aun dentro del mismo personaje, modelo del yo dialógico (Hermans, 1992).

Estos dos aspectos de la identidad personal se hacen patentes respectivamente en el carácter y en la palabra dada, términos propuestos por Ricoeur como modelos de permanencia en el tiempo. Mientras que el carácter sería modelo de la mismidad, donde la distinción idem-ipse parece reducirse a idem, la palabra dada como promesa lo sería de la ipseidad, donde la polaridad idem-ipse gravita ahora en tomo a ipse, en la medida en que el compromiso con el otro prevalece sobre uno mismo. Los dos aspectos idem-ipse constituyen un par dialéctico, incluyendo una posible disparidad o discordancia. Concordancia y discordancia parecen ser el sino de la identidad personal, tanto de su fortaleza como también de sus trastornos.

El carácter. El carácter es, según Ricoeur, el conjunto de signos distintivos que permiten identificar a un individuo humano como siendo el mismo. Dentro de su permanencia, el carácter no es inmutable o, si acaso, su inmutabilidad sería de un género particular, que Ricoeur concibe en términos de disposición adquirida. En este sentido, el carácter designa el conjunto de disposiciones duraderas por las que reconocemos a una persona. La noción de disposición adquirida tiene una raigambre aristotélica, como recuerda el propio Ricoeur. Aristóteles vincula el hábito y la costumbre (éthos) con la formación del carácter (éthos) lo que le llevó a la disposición adquirida (hesis) como base de su ética. El hábito se constituye en carácter y, a la inversa, el carácter constituye un hábito. La costumbre hace el carácter y, a la vez, el carácter se hace costumbre.

La disposición supone la incorporación de las identificaciones adquiridas por las cuales lo otro entra en la composición de lo mismo. Se refieren a identificaciones consistentes en valores, normas, ideales, modelos y héroes de la sociedad de referencia. Los hábitos y las identificaciones constituyen la estructura del carácter, en buena medida antepredicativa, precognitiva o prerreflexiva. Vienen a constituir la estructura operativa de la persona y la autoevidencia natural con la que uno está en el mundo.

Aunque el carácter se ofrece como la identidad-ídem o mismidad que pareciera anular y excluir la identidad-ipse o ipseidad, es claro que la identidad-ídem dada por el carácter supone un proceso histórico en el que siempre está implicada la identidad-ipse y, por tanto, la participación de lo otro y del otro formando parte de uno mismo (ideen). De ahí que no se puede pensar el idem de la identidad sin el ipse, ya que el uno presupone el otro. El carácter, aun cuando sea modelo de la mismidad como identidad personal, no deja de tener también su continua participación en la ipseidad. El doble sentido de carácter, por un lado, como señal o marca y, por otro, como forma y estilo sugiere esa ambivalencia.

La palabra dada o promesa. Por su parte, la palabra dada o promesa es el modelo de permanencia en el tiempo propio de la identidad-ipse o ipseidad, contradistinta de la identidad-idem (carácter). La promesa expresa un mantenerse uno en su palabra, de modo que no responde tanto al qué de un carácter como al quién que tiene empeñada su palabra con alguien. La promesa puede suponer una modalidad de permanencia en el tiempo diametralmente opuesta a la del carácter cuan do, por ejemplo, uno mantiene la palabra dada a pesar de todo. La promesa implica un desafío en el tiempo: aunque cambie mi deseo, aunque yo cambie de opinión, de inclinación, "me mantendré". En la promesa, la mismidad y la ipseidad dejan de coincidir. De hecho, la distinción entre mismidad e ipseidad se hace notar aquí.

La promesa tiene una dimensión ética, en la que nosotros respondemos de nosotros mismos ante los demás. Queremos corresponder a la confianza que los demás depositan en nosotros. Mediante la promesa contraemos el compromiso de seguir siendo el mismo que está diciendo esto ahora. La palabra dada nos proyecta más allá de nosotros mismos (promesa) y a la vez mete a los demás en nosotros mismos (compromiso). La promesa puede tener también su dimensión estética en el esfuerzo de mantener la palabra, de cumplir con el otro y de completar nuestra vida. Al cumplir la promesa uno cumple consigo mismo. Uno se confirma y afirma a sí mismo como alguien. La afirmación de sí como digno de respeto y estima es tanto una tarea ética como estética. La fuerza para la afirmación de sí manteniéndose uno frente a lo que, valga decir, le "pide el cuerpo", si fuera necesario, viene del "carácter" esencialmente intersubjetivo del yo, constituido en

relación con los demás.

Aunque la promesa es el modelo, los proyectos de la vida constituyen también la ipseidad. La noción de proyecto sugiere proponerse realizar algo y llegar a ser alguien. Uno traza una especie de bosquejo acerca de lo que quiere hacer en y con su vida y lo lanza hacia adelante. O le viene trazado por la tradición, como es más usual en las sociedades llamadas tradicionales. Aunque se trata de una ficción, siquiera porque no existe más que en la imaginación, no por ello deja de ser una realidad susceptible de entretejerse con otras realidades y así tejer el curso de una vida. La noción de proyecto es inherente a la condición de estar en el mundo, abocado hacia el futuro, teniendo uno que hacer algo con su vida. Los proyectos vienen a ser promesas que uno se hace a sí mismo y compromisos que uno contrae con los demás. Como las promesas, los proyectos comportan un desafío del tiempo. Los proyectos también tienen un carácter ético y estético, consistente en el esfuerzo por perseverar en su realización y llevarlos a cabo de la mejor manera posible.

7.2.4. La identidad narrativa como poética de sí mismo

En las promesas y los proyectos, la ipseidad supone una cierta tensión y distancia de la mismidad. Uno se propone ir más allá de sí mismo, pero tiene que contar con sus posibilidades. La voluntad y la libertad tienen su condición de posibilidad en el carácter "involuntario" (dado) de lo que cada uno ya es, aquello que ya no puede cambiar y que es, en realidad, a partir de lo que debe crear su vida. En este sentido, la libertad viene a ser un drama a desarrollar que toma la historia posible en destino. Lo que en principio fue una mera posibilidad, algo contingente, termina por ser una realidad, algo necesario, constitutivo de uno, sin cuya "pieza" o experiencia ya no sería el que es. El mantenimiento de sí en las promesas y los proyectos supone, en principio, una discordancia que, al final, termina por concordar con la identidad y así formar parte de toda una historia personal. De hecho, la identidad personal bien puede ser entendida como una historia de concordancias discordantes, según se puede ver la dialéctica idem-ipse.

No sólo la promesa y los proyectos son fuentes de discordancia, sino también las acciones y los valores que uno pone en juego en la vida cotidiana, así como los acontecimientos que trastocan y transforman nuestras vidas. Los valores resultan de lo que uno es, pero también ponen a uno más allá del sí-mismo confortable, generando una tensión que "tira" de él hacia adelante. Por su parte, los acontecimientos son "golpes", no siempre afortunados, que desestabilizar a uno y lo resitúan en la vida. Como dice Ortega, la vida es lo que hacemos y lo que nos pasa.

Los acontecimientos se refieren a sucesos o circunstancias que trastocan el orden de nuestra vida y acaso terminan por transformarla de alguna manera. No todo son promesas que tratamos de cumplir, ni proyectos que nos proponemos realizar, ni tampoco acciones que las situaciones demandan. La vida tiene tanto causalidad como casualidad, determinación como indeterminación, necesidad como contingencia. Aunque todo ocurre por algo y así tiene sus causas, su determinación o su necesidad, en la perspectiva de la vida vivida los acontecimientos irrumpen, interrumpen y hasta rompen la vida. Los acontecimientos suponen una discordancia en relación con la identidad. Discordancia que, sin embargo, no dejará de pasar a formar parte de la historia personal.

La solución a estas discordancias viene dada por la narrativa. La narrativa construye una historia con nuestras acciones y acontecimientos. Ricoeur toma la narrativa como modelo de la identidad personal. La identidad personal sería, antes que nada, una identidad narrativa. La identidad narrativa responde a las preguntas de quién es el autor de tal acción, quién hizo esto o a quién le sucedió tal cosa y está simbolizada por el nombre propio como soporte de la permanencia en el tiempo. En principio, son los demás los primeros interesados en generar una identidad narrativa, siquiera por saber quién es quién y a quién imputar lo que sea. Por lo mismo, los demás están interesados en que uno sea capaz de contar su propia historia. De esta manera, uno termina por ser hermeneuta de sí mismo.

La identidad narrativa comporta una poética del sí mismo, reutilizando el magnífico subtítulo de Marie-France Begué sobre Ricoeur: Paul Ricoeur: La poética de sí mismo (Begué, 2003). La identidad narrativa es una poética en la medi da en que supone una construcción o poiesis. La condición poética está en la composición de acciones y acontecimientos en una configuración de sentido. Se trata, por tanto, de una operación que coordina en un sistema hechos y experiencias de otra manera discordantes. Distintas acciones de uno que podrían dar de sí para distintos personajes constituyen una identidad narrativa asegurada por el nombre propio, sujeto de las acciones, cual personaje de una trama. Los acontecimientos que irrumpen en la vida terminan por constituir una identidad narrativa, de dos maneras:

-Sea que se integren en la historia personal, al punto incluso de nivelarse o normalizarse con la vida en curso.

-Sea que funden ellos mismos un nuevo sentido de la vida. Lo que es una contingencia o azar cuando ocurre, termina por ser una necesidad retrospectiva, cuando se hace un recuento de la vida.

Como dice Begué: "O bien el acontecimiento se asimila al sentido vigente al punto de borrase como tal, o bien genera su propio sentido que desplaza el orden anterior y funda uno nuevo. Sólo el relato permite captar la conexión entre las acciones, por más complejas que sean, sin cerrarle la posibilidad a interpretaciones y reintegraciones nuevas". "El relato - continúa Begué - también vincula la acción con el agente al modo como se vincula la intriga con el personaje. Aquí hay que tomar la noción de narratividad como matriz de inteligibilidad que permite comprender tanto el relato en cuanto acción de relatar como el relato acerca de la acción. Al decir el quién de la acción, el relato se vuelve la huella del agente y de su acción" (Paul Ricoeur: la poética de sí mismo, p. 247).

El relato no se limita a dar sentido a acontecimientos, sino que también puede cualificar como acontecimientos aquello que en un comienzo no era más que una simple ocurrencia. Además de normalizador o nivelador de acontecimientos y de fundador o generador de nuevo sentido para ellos, el relato es también revelador de acontecimientos. El relato puede hacer que un suceso sea reconocido y magnificado como acto significativo y fundador de un nuevo sentido. Esta cualificación puede ser retrospectiva, al revisitar sucesos, elevándolos a acontecimientos fundadores, pero también puede ser actual, como ocurre en las "experiencias psicóticas", donde sucesos actuales a menudo triviales cobran de pronto un significado revelador de algo importante para uno. La identidad se crea y recrea en cada movimiento de asimilación o apropiación (nivelación, normalización) y de fundación o generación de un nuevo sentido (giro en la vida, cualificación de sucesos hasta entonces meras ocurrencias, revelaciones).

La figura 7.1 reexpone la estructura de la persona según Ricoeur, mostrando la dialéctica idem-ipse, con sus modelos de permanencia, respectivamente, carácter y promesa, sus dialéctica y discordancia, y la síntesis operada por la narrativa.

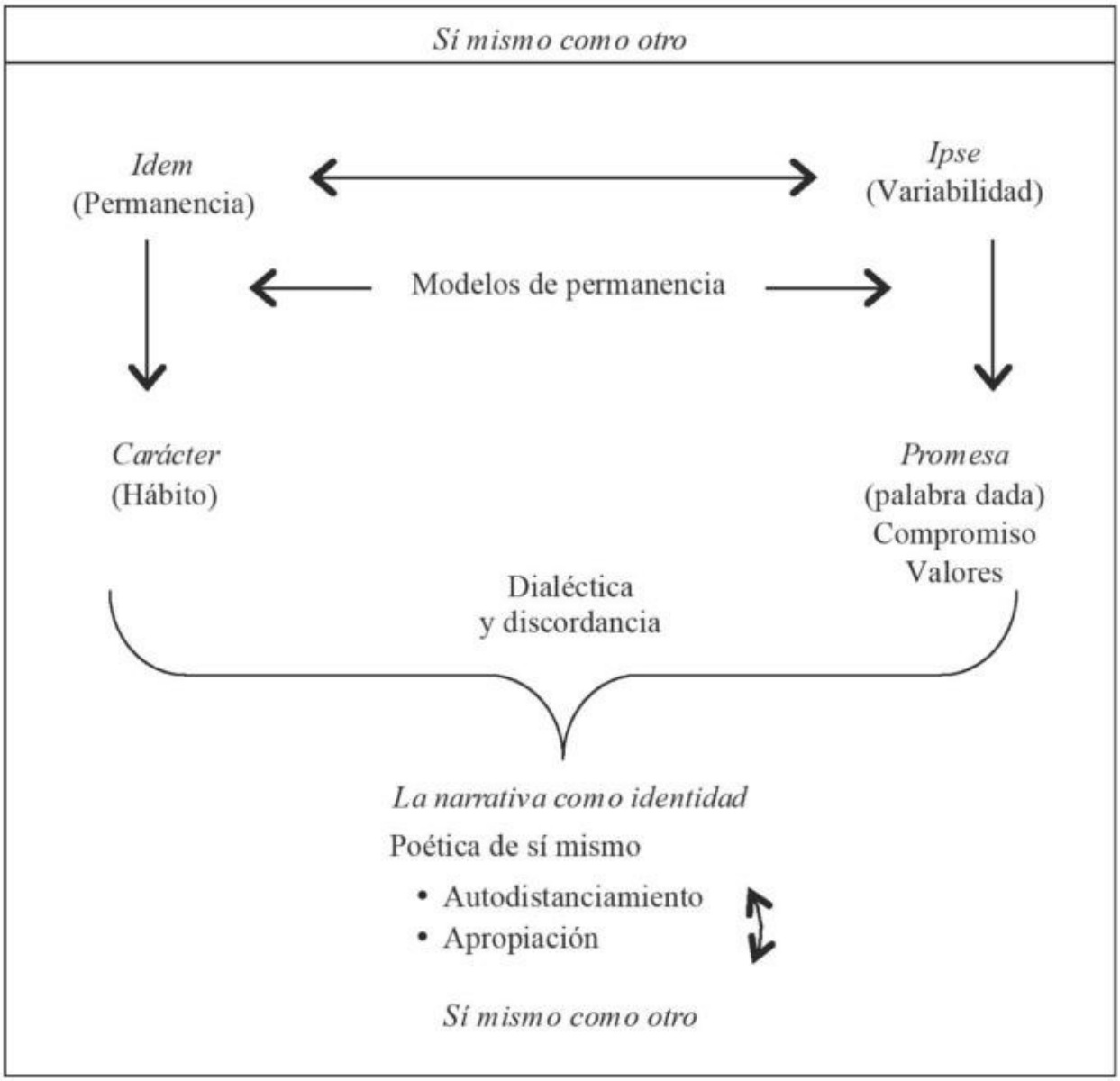


Figura 7.1. Estructura de la persona según Ricoeur.

La necesidad de narrar responde a la necesidad muy humana de ser entendido y de entenderse a sí mismo. La narrativa no sólo funciona como una forma de hablar, sino que también sirve como forma estética y moral de entender la acción clínica. Los terapeutas y los clientes, además de hablar y analizar, crean historias formando parte de sus interacciones, lo que Cherly Mattingly, denomina construcción de tramas terapéuticas, como parte integral del poder curativo de la terapia (Mattingly, 1998, p. 2). De acuerdo con esta autora, la narrativa tiene una doble importancia en terapia: no sólo es reconstructiva de lo que pasó, sino también provocativa en el sentido de requerir respuesta de los demás (Mattingly, 1998, p. 8).

7.2.5. La esencial excentricidad humana

Tanto en la perspectiva del cuerpo (cuerpo vivido, Leib, y cuerpo objetivo, Körper), como en la perspectiva de la persona (Identidad Idem e identidad Ipse), el ser humano está atravesado por una dualidad esencial, que bien se puede acoger al concepto de posición excéntrica de Helmuth Plessner (1892-1985), de acuerdo con una antropología pluralista, antidualista cartesiana (Heinze, 2009; Plessner, 2007). La noción de posición como acepción antropológica, según Plessner, refiere la postura de que los seres humanos pueden tomar sobre sí mismos, debido a la doble condición de ser un cuerpo y de tener un cuerpo. Mientras que el cuerpo vivido se sitúa como centro de sensaciones, acciones y relaciones, el cuerpo como objeto se sitúa a distancia, dejando de ser centro, para ser visto desde fuera, descentradamente. La posición excéntrica define la condición humana.

Se refiere a una excentricidad por la que difícilmente uno coincide consigo mismo, debido a una ambivalencia entre el modo de ser y un modo de estar siempre circunstanciado y descentrado. La excentricidad puede permitir una distancia reflexiva y lúcida, pero también puede dar lugar a disonancia y extrañamiento. El sí mismo como otro incide en esta excentricidad. La dialéctica y discordancia idem-ipse, lo mismo y lo otro, revelan este punto inestable, excéntrico y utópico de sí mismo. De la posición excéntrica deriva Plessner tres "leyes antropológicas" o interpretaciones de la experiencia humana, formuladas de acuerdo a la paradoja que entrañan:

-Artificialidad natural, según la cual, los humanos gracias a su propia naturaleza "deficiente" (neotenia) no están biológicamente determinados, sino que viven en un mundo "hecho por la mano y arte del hombre" (artificialidad). Los instintos están, por así decir, canalizados por las instituciones sociales. La neotenia consistente en la necesidad de cuidados posnatales prolongados permite la incorporación de la sociedad en uno y la institu cionalizaciónde uno por la sociedad. Por así decir, uno lleva "mamada" la sociedad en la que se cría.

-Inmediatez mediata, se refiere a que los humanos, debido precisamente a su crianza en el seno de una sociedad o matriz social, no tienen una relación inmediata con el mundo, sino mediada por contextos de comprensión ya dados, empezando por el lenguaje (no en vano se dice que nacemos al lenguaje). El propio contacto con uno mismo, incluyendo el cuerpo y el "mundo interior", está mediado socialmente (la autoconciencia como contacto social con uno mismo).

-Lugar utópico, define un desarraigo constitutivo del ser humano en la medida en que

> no tiene un centro fijo sino, en su lugar, una distancia respecto de su vida, sin coincidir plenamente consigo mismo. Los desasosiegos y las nostalgias de lo absoluto muestran esta condición excéntrica y "utópica".

La persona está anclada en el cuerpo de esta manera excéntrica, siendo cuerpo y, a la vez, teniendo un cuerpo, con el que no siempre se coincide y concuerda. Aun así, la mayoría de las veces, dice Plessner, "el hombre responde como persona y se sirve para ello de su cuerpo, como instrumento del habla, como órgano prensil, de choque, de protección y de soporte, como medio de locomoción, como medio de significación, como suelo de resonancia para sus emociones. Domina el cuerpo, aprende a dominarlo" (Plessner, 2007, p. 55). Pero, hay situaciones en las que la persona pierde el dominio de su cuerpo y este parece emanciparse y responder por la propia persona. Esto ocurre en la risa y el llanto, que Plessner estudia en la obra que se viene citando, original de 1941, titula precisamente La risa y el llanto. Investigación sobre los límites del comportamiento humano (Plessner, 2007). La risa y el llanto revelan una situación límite de la articulación constitutiva persona-cuerpo. "Comparados con el lenguaje, gestos y movimientos mímicos de la expresión - dice Plessner-, la risa y el llanto manifiestan una incalculable emancipación del proceso corporal respecto a la persona. En esta desproporción e independencia sospechamos lo propiamente revelador del fenómeno. En ninguna otra forma de manifestación se descubre la secreta composición de la naturaleza humana con más inmediatez que en la risa y el llanto" (La risa y el llanto, p. 54).

7.2.6. Implicaciones para la psiquiatría y la psicología

La teoría de la persona aquí esbozada, sobre la base del cuerpo (Leder), el sí mismo como otro (Ricoeur) y la posición excéntrica (Plessner), puede ser útil para la psiquiatría y la psicología, carentes de una concepción de persona a la altura de los fenómenos que estudian, según son reducidos a supuestos mecanismos (cerebrales o mentales). Mientras que la psiquiatría carece directamente de un concepto de persona -a todo más "posee elementos desconectados y fragmentos de una tal concepción" (Schwartz y Wiggins, 1999, p. 62)-, la psicología adolece de un exceso de ellos, a menudo, modelos ad hoc de los problemas clínicos que trata, como es el caso también de las terapias contextuales. La teoría propuesta, sobre bases antropológico-filosóficas, puede servir a estos menesteres.

Por lo pronto, el cuerpo, la mente y la sociedad no están amalgamados, dando lugar a una falsa integración biopsicosocial, ni tampoco hipostasiados cada uno por su lado como cerebrocentrismo, mente o yo desencarnados, o "factores sociales" cerniéndose sobre individuos "vulnerables". La persona se ofrece como una noción primitiva, irrenunciable e

irreductible, dentro de su complejidad. Su estructura dual (doble presencia del cuerpo, sí mismo como otro, posición excéntrica) permite entender las condiciones psicopatológicas como posibilidades humanas, no como meros epifenómenos cerebrales o mentales o simples consecuencias sociales. Ello sin menoscabo de que determinadas sociedades, como la actual, propicien, exacerben y exploten dichas posibilidades. Las condiciones psicopatológicas implican un interjuego cuerpo-persona-mundo. Por su parte, la psicoterapia en la perspectiva de la teoría de la persona esbozada se entiende de acuerdo a tres grandes tareas:

-Tratar de entender y dar sentido a las experiencias y problemas presentados, en el contexto de la persona y sus circunstancias. La fenomenología puede servir de marco para su conceptualización en términos de corporalidad, espacialización, temporalidad e intersubjetividad y, por su parte, la narrativa puede servir como reconstrucción terapéutica. Las terapias contextuales adolecen de esta dirección hermenéutica, por más que está apuntada y apuntalada por Skinner (Pérez-Álvarez y Sass, 2008).

-Explorar y entender el espacio vivido de las personas en orden a reabrir su horizonte de posibilidades (Fuchs, 2007). El espacio vivido se refiere a las relaciones espaciales, interpersonales e intrapersonales de la persona, incluyendo su horizonte de posibilidades (proyectos, valores, vectores de acción, compromisos). El espacio vivido puede ser visto como el "nicho ecológico" del individuo, que es constantemente moldeado en el interjuego con el ambiente. La noción de situación, como la definida a propósito de la depresión en la terapia de activación conductual, podría ser un ejemplo.

-Crear un contexto experiencial y experimental que ayude a la persona a salir de la situación problemática a una situación de mayor flexibilidad psicológica y libertad, sin prometer jardines de rosas. Se entiende aquí la terapiade acuerdo con la figura de "rito de paso", en vez de cómo "intervención clínica" a imagen y semejanza médica. La figura antropológica de "rito de paso" puede ser más adecuada que el modelo médico para entender, desmedicalizadamente, los problemas psicológicos, como "dramas sociales" que son, en vez de supuestas enfermedades. Las narrativas terapéuticas, de acuerdo con Mattingly, son rituales seculares que ayudan a los pacientes a hacer la transición de la realidad de la enfermedad a una nueva realidad e incluso un nuevo yo (Mattingly, 1998, p. 164). Aunque las terapias contextuales no se reconocen bajo esta figura, dado su marchamo cientificista, no perderían nada con esta consideración, ni por eso serían menos científicas, al contrario, puede que

ganaran flexibilidad científica y filosófica (Pérez Álvarez, 2013).

7.3. La eficacia, no sólo reducción de síntomas

El movimiento de los tratamientos psicológicos eficaces ha instaurado en contextos de investigación la reducción de síntomas como criterio de eficacia. Esta eficacia se mide, a menudo, con cuestionarios estandarizados, típicamente, las Escalas de Hamilton para la ansiedad y la depresión y el Inventario de Depresión de Beck, amén de otros instrumentos de este tipo para los "diagnósticos" correspondientes. Aunque en los contextos aplicados, del sistema público o de la práctica privada, la eficacia de la terapia no se tasa necesariamente por la reducción de síntomas en un cuestionario, este criterio no deja de estar presente y vigente, en tanto acredita las "terapias eficaces".

7.3.1. Limitaciones del criterio de reducción de síntomas

En principio, no hay nada en contra de que las terapias psicológicas se midan por la reducción de síntomas, en tanto que ellos definen el problema diagnosticado e implican las molestias, el malestar y el sufrimiento por lo que la gente va a consulta. Sin embargo, este criterio presenta numerosas limitaciones y, por obvio que parezca, no es inevitable. En primer lugar, supone una simplificación del problema que lleva a la terapia. Se utiliza un listado de síntomas por la facilidad de su cuantificación, pero así se sacrifica lo que le pasa a la gente en aras de una medida simple y simplista. En segundo lugar, se trata de una medida que responde a un modelo médico, de manera que no se adecúa a la "eficacia", ayuda y mejoría, que pueden ofrecer las terapias psicológicas. De esta manera, la eficacia de las terapias psicológicas se mide con los criterios que convienen al diagnóstico psiquiátrico y al tratamiento consistente en medicación. Aun cuando con estos criterios las terapias psicológicas muestran una eficacia comparable a la medicación, el problema es que ellas hacen otra cosa además o, incluso, en vez de reducir síntomas.

En tercer lugar, el propio diagnóstico psiquiátrico consistente en un listado de síntomas para definir un cuadro, carece de validez, como se ha indicado en el capítulo 3 y se señalará en el 9. De modo que ni siquiera miden las entidades clínicas que suponen medir. En cuarto lugar, al final, resulta que los síntomas no son la "diana" adecuada para medir la eficacia terapéutica. Así, puede que los síntomas sean, en realidad, experiencias normales y respuestas adaptativas, dadas las circunstancias, en vez de manifestaciones de supuestas enfermedades y disfunciones subyacentes. De modo que la reducción de síntomas puede que no sea un buen criterio de eficacia terapéutica, ni siquiera para la medicación. Los síntomas pueden ser los intentos mismos de solución de un problema, en vez del problema.

Como dijo Freud a propósito del caso Schreber: "El delirio, en el cual vemos el producto de la enfermedad, es en realidad la tentativa de curación, la reconstrucción". Los síntomas como señal y fenómeno revelador puede que sean reveladores, en realidad, de algo que anda mal en la vida de la persona, que habría que identificar, entender y ver de hacer algo, en vez de eliminar, lo que sería como apagar las alarmas dispuestas precisamente para alertar de que algo anda mal en un sistema. Por lo demás, si la eliminación de los síntomas es a expensas de un rebajamiento del funcionamiento de la persona, como a menudo es el caso de la medicación psiquiátrica, acaso el remedio sea peor que la enfermedad.

7.3.2. Buscar nuevos criterios: necesario pero no fácil

Siendo que el diagnóstico psiquiátrico en el que tienen su base los criterios de eficacia al uso está prácticamente desahuciado por falta de validez - la declaración del Instituto Nacional de Salud Mental de EE. UU (NIMH, por sus siglas en inglés) viene a ser su acta de defunción-, se tiene que pensar en alternativas. Los pacientes se merecen algo mejor que la conversión de sus problemas en un listado de síntomas. Después de tanta eficacia empíricamente apoyada, los propios criterios de eficacia están en el aire, lo que no deja de ser positivo, frente al "pensamiento único" de la reducción de síntomas. Es hora de alternativas, sin pensar que éstas sean simples, como no sea en aras de una cuantificación rápida. Con todo, no se está diciendo que la reducción de síntomas no cuente como eficacia. Tampoco se está diciendo que los cuestionarios no valgan. Igualmente, tampoco se está diciendo que la eficacia no sea cuantificable (si existe, existe en alguna me dida). La cuestión es hacerlo de manera que la eficacia medida se avenga con el problema presentado y con la terapia aplicada. Un inconveniente para el establecimiento de criterios es que, para bien y para mal, existen diferentes terapias eficaces, con criterios relativamente diferentes. No es fácil ponerse de acuerdo en qué tiene que mejorar un paciente para decir que la terapia ha sido eficaz. ¿Alivio de los síntomas? ¿Cambio de personalidad? ¿Mejores relaciones? ¿Crecimiento personal? ¿Capacidad para amar y trabajar? ¿Todo esto?

Esta variedad de posibles criterios no se ha de ver como una "deficiencia científica" provisional, sino como una pluralidad debida a la propia naturaleza de las cosas. Los trastornos psicológicos o psiquiátricos, lejos de ser entidades naturales, fijas, son entidades interactivas, susceptibles de ser influenciadas y reconstruidas por las interpretaciones e interacciones interpersonales. Este carácter interactivo es la posibilidad misma en la que se funda la psicoterapia. No quiere decir que los problemas se puedan ver de cualquier manera, pero tampoco de una manera única, encajada en un diagnóstico (que, como ya se sabe, no define realidades ahí dadas). Tampoco parece ser que los problemas tengan que

ser tratados de una manera única, "acertada". La existencia, por ejemplo, de varios tratamientos psicológicos eficaces para problemas de ansiedad, depresión y estrés postraumático es paradigmática de esta naturaleza interactiva de los fenómenos psicopatológicos, distinta de la naturaleza de las enfermedades médicas, propiamente dichas.

Habrá aspectos de problemas psicológicos más o menos invariantes e "innegociábles" sobre los que calibrar la eficacia, sea por caso fumar o no fumar o cuánto se fuma en la adicción al tabaco o hacerse pis en la enuresis pero, en general, la mejoría satisfactoria para el cliente/paciente puede ser algo negociable y relativo. Negociable se refiere a una mejoría convenida y acordada con el "paciente" considerado, de una vez, agente activo o "cliente". Los clientes debidamente informados pueden ajustar lo esperable a lo posible. Se entiende que esta "negociación" o acuerdo se funda en la naturaleza del problema, las circunstancias personales y los esfuerzos terapéuticos realizados. De manera que la eficacia es relativa al problema y circunstancias personales. Si el cliente viniera con el eslogan de la OMS que define la salud como "estado de completo bienestar físico, mental y social", el problema empezaría por ahí.

Criterios prácticos de este tipo, ajustados al caso, son los que se aplican en la práctica clínica. La satisfacción del cliente podría ser un criterio final, que resume la mejoría del problema presentado y así la eficacia de la terapia aplicada. Difícilmente se puede asumir que una terapia fue eficaz sin la satisfacción del cliente. Sin embargo, con ser la satisfacción importante, el clínico no debiera entusiasmarse con ella, sin más. Al fin y al cabo, los clientes del tarot y de "echadores de cartas" están también satisfechos. Un problema adicional para el clínico es que el cliente podría haber ido o todavía puede ir a otro clínico con un enfoque relativamente distinto al suyo (medicación, cognitivo-conductual, psicodinámico, humanista, sistémico, contextual). De manera que la eficacia y la satisfacción es "relativa" al tratamiento recibido. ¿Cómo le iría con otro enfoque? No es una cuestión que deba "angustiar" durante la terapia, ni al final, pero sí es una cuestión que se debiera plantear al principio. Para bien y para mal existen relativamente diferentes terapias eficaces.

El problema para el clínico se resuelve con informar al cliente acerca de lo que él hace (la racionalidad, objetivos y procedimientos de la terapia que aplica), en relación con otras psicoterapias posibles, que enfatizan aspectos y objetivos un tanto diferentes y siguen procedimientos relativamente distintos. La información aquí no se refiere a la eficacia absoluta y abstracta, sino a la lógica, el método y el cambio esperable. Esto supone que el clínico ha de estar razonablemente al tanto de las "otras" psicoterapias, de una manera

desprejuiciada, distinta a la ignorancia mutua usual. Y, sin dejar de estar comprometido con su terapia, no sería mala cosa (para él y sus clientes) que se sitiera desafiado (no amenazado) por la existencia de "otros" enfoques posibles, que "no serán como el suyo", pero no son absurdos. La solución no está, probablemente, en el eclecticismo, cogiendo de aquí y de allí para cada caso, como el que hace una pizza (aunque las pizzas, al menos, tienen base). Ni tampoco en la integración, a menudo una amalgama, si es que no un reduccionismo a las "entendederas" del presunto integrador. Otra cosa sería una reconstrucción en la propia teoría de lo bueno de otros enfoques, sin cargar con lo inaceptable. Por lo que aquí respecta, se entiende que un enfoque contextual es quizá la plataforma más cabal sobre la que ofrecer una ayuda terapéutica, debido a su carácter transdiagnóstico y transterapéutico centrado en principios generales, y sobre la base en una concepción antropológico-filosófica de persona.

Los criterios de eficacia resultan más problemáticos en la investigación, donde los criterios debieran ser de uso común, de modo que permitan una comprobación objetiva con fiabilidad y validez, así como la comparación entre terapias. Hasta ahora el estándar lo marcaba la medicación, con el discutido criterio de la reducción de síntomas. Sin descartar la reducción de síntomas o el alivio, pero tampoco sin ponerla por delante, como si fuera lo obvio, la idea es otra. Así, por ejemplo, ACT no se propone la eliminación de los síntomas como criterio de mejoría, sino y ante todo el cambio de la relación con ellos. El problema no es la tristeza, la ansiedad o las voces, sino la lucha contraproducente que uno entable con tales eventos. Estos síntomas podrían todavía "cantar" y contar en un cuestionario de turno o en una entrevista superficial, por los cuales "subirían" la medicación. Sin embargo, a pesar de ellos, la persona puede haber mejorado significativamente, en la medida en que no le perturban como lo hacían, ni le interfieren en la realización de la vida que ha emprendido de nuevo. No tanto la ausencia de síntomas como la presencia de logros sería un mejor criterio de eficacia.

El criterio de eficacia de ACT se mediría por la flexibilidad psicológica, en una serie de aspectos (defusión, aceptación, contacto con el momento presente, etc.). Por su parte, la activación conductual cumple sus objetivos cuando la persona se ha implicado en actividades no depresivas, satisfactorias y significativas para su vida, lo que seguramente implica también la disminución de pensamientos y humores "depresivos". Aunque estas terapias se proponen, antes que nada, la mejoría positiva (aceptación, activación, flexibilidad), ni que decir tiene que no se oponen a la reducción del sufrimiento y del malestar. La PAF, igualmente dentro de estas ideas de aceptación y flexibilidad, se propone un cambio del yo o de la personalidad, por lo que respecta a un mayor contacto consigo

mismo (miedos, ansiedades, sentimientos, necesidades, valores) y a una mayor capacidad para establecer relaciones interpersonales abiertas y flexibles.

Otras terapias se proponen igualmente objetivos propositivos, antes que negativos de eliminación, similares en muchos aspectos a las terapias contextuales, aunque con sus particularidades. Así, la terapia existencial o logoterapia tiene como objetivo el autodistanciamiento y la autotrascendencia, afines a la aceptación y el compromiso de ACT. Por su parte, la psicoterapia psicodinámica de Jonathan Shedler cuenta expresamente con un sistema de evaluación de la "salud mental" que incluye la satisfacción en la búsqueda de metas a largo plazo, el agrado de las actividades cotidianas, la empatía con los otros, la apertura y asertividad en las relaciones interpersonales, la capacidad para escuchar y beneficiarse de la información emocionalmente amenazante y la resolución de experiencias dolorosas pasadas (Shedler, 2010).

7.3.3. Cuestionarios y entrevistas, de nuevo

La evaluación de estas mejorías cuenta con cuestionarios construidos fiables y válidos. Al final, el problema no está en usar cuestionarios (escalas o inventarios), sino en usarlos como único criterio, como si no hubiera otros válidos y aun más valiosos, y usarlos solamente para medir síntomas con miras a la reducción como medida de eficacia. Así, los cuestionarios también pueden servir para medir logros positivos en la vida. Dicho de otra manera, las cosas que pueden hacer las psicoterapias (más allá de la reducción de síntomas), consistentes en cambios de personalidad más saludables, en un funcionamiento más flexible y en una orientación a la vida, también se pueden medir objetivamente por medio de cuestionarios. Uno se preguntaría qué eficacia tendría la medicación anti-esto y lo otro en cuestionarios de este tipo. Sobre estas medidas, la medicación, en vez de mostrar evidencia, probablemente, quedaría en evidencia.

Con todo, los cuestionarios no son inevitables, por más que la psicología actualmente esté en sus manos. La entrevista sigue siendo el método clínico por excelencia. Su única objeción es que se presta a sesgos subjetivistas. Esta posibilidad, que no inevitabilidad, es lo que ha llevado a la hegemonía de los cuestionarios. La entrevista no se puede desahuciar por subjetiva. Habrá que confiar en el "juicio" de los clínicos. Una entrevista semiestructurada define sus parámetros: cosas fijas a explorar y abiertas a valorar. La entrevista semiestructurada puede contar con propiedades psicométricas relativas a validez y fiabilidad, sin la constricción de los ítems cerrados de un cuestionario. En el marco de una entrevista, el clínico, a poca sensibilidad y orientación fenomenológica que tenga, puede captar expresiones (frases y párrafos) especialmente significativos del estado del

cliente (por ejemplo, antes y después de la terapia), utilizables como "viñetas" en los reportes científicos. Así, los reportes clínicos en una perspectiva fenomenológica ofrecen como principal material "viñetas", que resultan de lo más significativo para mostrar condiciones y cambios clínicos. Se refiere aquí a una perspectiva fenomenológica estructural, interesada en captar unidades significativas de la experiencia en primera persona, así como acciones y reacciones observables. Lo relevante en la observación clínica es captar y establecer conexiones entre experiencias, acciones y eventos, a menudo en un contexto interpersonal. A este respecto, el análisis funcional de la conducta sigue siendo el "secreto mejor guardado de la psicología clínica" que cada generación descubre.

8

Confrontaciones del enfoque contextual

Se refieren a la postura que el enfoque contextual tiene o debiera tener en relación con diferentes cuestiones que forman parte del mundo de la psiquiatría y de la psicología clínica, ante las cuales difícilmente se puede quedar indiferente. Y mejor que mantenerse al margen, so pretexto de que son ajenas, es tomar postura, siquiera planteando los puntos de interés. Al fin y al cabo, el enfoque contextual, además de un enfoque terapéutico, implica una filosofía con ideas sobre las diversas cuestiones del campo en el que se mueve. La confrontación aquí emprendida se va a centrar en tres cuestiones candentes en el mundo clínico: el papel del cerebro y de la medicación en los trastornos psicológicos, el estatus del diagnóstico psiquiátrico con ocasión del flamante DSM-5 y la aportación de la psicología positiva, si es realmente positiva.

8.1. El enfoque contextual frente al cerebro

El cerebro ha suplantado a la persona como sujeto de la acción y tema de estudio. Si esto ha ocurrido en relación con todas las actividades humanas, parece que fuera por derecho propio en el caso de los trastornos psicológicos, psiquiátricos o mentales. Las terapias contextuales no están exentas de esta cuestión, por más que se mantengan en el plano de las relaciones funcionales en el que se mueven y sostengan la noción de persona como concepto importante. ¿Qué tiene que ver el cerebro con la actividad humana? Más específicamente, ¿qué papel y qué lugar ocupa el cerebro en los trastornos psicológicos y en el cambio terapéutico? ¿Es que no tiene nada que aportar la neurobiología? ¿Y de la medicación, qué?

8.1.1. El cerebro como órgano mediador, no creador

Se empezará por dar la respuesta general a estas cuestiones, antes de plantear el razonamiento que lleva a ella. El cerebro es ante todo un órgano mediador de la experiencia, la acción y la interacción, no creador ni agente causal de ellas. En términos experimentales, se puede decir que el cerebro es más una variable dependiente de la propia

conducta y condiciones ambientales, que variable independiente que las causara. El poder y el genio del cerebro no están en crear y causar, sino en mediar y posibilitar los cambios y adaptaciones que los organismos necesitan para vivir, de acuerdo a las disponibilidades y constricciones del medio en el que viven. La plasticidad cerebral, como una de las propiedades inherentes al desarrollo y funcionamiento del cerebro, está en la base de este papel mediador y posibilitador. Para una debida justificación de estas ideas, puede verse El mito del cerebro creador (Pérez Álvarez, 2011).

El fenómeno de la plasticidad cerebral otorga al cerebro un papel más humilde que el de creador, pero no menos fascinante. A pesar de que la neuroplasticidad fue puesta de relieve por la neurociencia, la neurociencia parece proponer y sostener la idea del cerebro creador, como sede, centro de referencia y lugar donde investigar los asuntos humanos, incluyendo el yo y la conciencia, por no mencionar los trastornos psicológicos, como si ya fueran enfermedades del cerebro por derecho propio.

Para situar el cerebro en su sitio, en relación con las experiencias, acciones e interacciones humanas, no está de más empezar por recordar y tener presentes dos obviedades. Una es que el cerebro está implicado en toda actividad, por el mero hecho de estar realizada por un organismo vivo con sistema nervioso central. Acaso la excepción sea el célebre pobre pollo decapitado, Mike the Headless Chicken de Colorado (EE. UU.), que sobrevivió y dio dinero y fama a su dueño durante 18 meses, sin más que el tronco encefálico y gracias a un coágulo que impidió que se desangrara. La otra obviedad es que, con ser un órgano vital, el cerebro no deja de ser un órgano más del cuerpo. Ni que decir tiene que como órgano forma parte estructural y funcional del cuerpo (embodied), el cuerpo, a su vez, en sinergia con todo un andamiaje cultural (embedded), sin el cual nada sería.

De acuerdo con esto, el organismo como un todo es el denominador común, que podemos considerar bajo dos aspectos: como cuerpo-sujeto (Lieb, cuerpo vivido) y como cuerpo-objeto (Körper, cuerpo como "cosa" o imagen). El primero denota el cuerpo como centro de la experiencia subjetiva e intersubjetiva (empatía, compasión) y el segundo el cuerpo como sistema instrumental, incluyendo el cerebro como órgano mediador o relacional. Siendo el cerebro un órgano del que no tenemos experiencia, difícilmente podría ser sujeto de la experiencia y de la acción, ni tampoco sujeto o tema de atención y entrenamiento, como no sea la plasticidad resultante, inherente a las propias acciones del organismo. El organismo como denominador común tiene su conceptualización más cabal en la persona, como noción que incorpora y abarca ambos aspectos: el cuerpo vivido y el cuerpo objeto. La persona como concepto primitivo (primordial) que define al individuo de

la especie humana implica la sociedad, sin la cual, ni cerebro que valga habría. Siendo el cerebro humano el más potente entre las especies por su capacidad para adquirir nuevas organizaciones funcionales debidas a las influencias sociales, es también el más impotente si carece de ellas.

En esta perspectiva, la cuestión de la relación mente y cerebro se replantea en términos de ciclos de interacción dinámica que constituyen y estructuran el organismo como un todo en sinergia con el medio o mundo de la vida. La mente sería el proceso continuo de relación del organismo con el ambiente, donde el organismo se transforma continuamente en estructuras cada vez más estables de disposición, incluyendo "redes neuronales". El cerebro sería el órgano mediador de estos ciclos, de modo que tanto es moldeado y estructurado por ellos como, por lo mismo, facilita y predispone a su estabilización: para bien cuando perfecciona la habilidad y para mal cuando supone rigidez. La mente, entendida como procesos relacionales, sería la que, en realidad, moldea, estructura y "usa" el cerebro, en vez de suponer que emerge de él o reside allí. A este respecto, Thomas Fuchs describe tres ciclos o modos de interconexión funcional entre el organismo y el medio (Fuchs, 2011):

1. Ciclos de autoorganización del organismo.

2. Ciclos de ajuste entre organismo y ambiente.

3. Ciclos de interacción intersubjetiva.

Los ciclos de autorregulación organísmica se refieren al sinfín de conexiones e influencias recíprocas en constante feedback entre el cerebro y el resto de órganos del cuerpo (embodied) y siempre, ni que decir tiene, en relación con el medio. De estos ciclos surge la experiencia propioceptiva y prerreflexiva del llamado yo básico o yo mínimo.

Los ciclos de ajuste entre organismo y ambiente se refieren, ante todo, a la percepción y la acción. La percepción y la acción se integran en un espacio sensorial común. El mundo se ofrece como disponibilidades y cosas a la mano que, a su vez, reajustan el sistema perceptivo-motor y el propioceptivo (el arte del tiro con arco, sería un ejemplo). Ya desde el nacimiento, las funciones interactivas crean las estructuras cerebrales correspondientes que, de paso, modifican las interacciones sucesivas. El ambiente induce el desarrollo de las condiciones orgánicas necesarias para interactuar con él. Incluso estructuras corticales que normalmente tienen unas funciones, por ejemplo, auditivas, se reorganizan para tener funciones distintas, por ejemplo, visuales, como muestran los célebres experimentos con

hurones de Mringanka Sur y colaboradores, a los que intercambiaron las modalidades sensoriales. Oír relámpagos y ver truenos, es posible, lo que haría las delicias de William James, que especulaba con esta posibilidad (El mito del cerebro creador, p. 161). Reorganizaciones similares ocurren después de lesiones cerebrales. Quiere decir que el cerebro se adapta a los estímulos recibidos y a las acciones realizadas.

Las acciones puestas en juego por mí suponen un sujeto corpóreo en el que todo el organismo está implicado de una forma más o menos ostensible, incluyendo las redes neuronales correspondientes. Las acciones no son algo disparado por la mente interior o un epifenómeno de la actividad neuronal. En las habilidades que uno domina, como escribir, jugar al fútbol, tocar el piano o conducir un coche, los instrumentos están incorporados en las propias operaciones, de una manera incluso desatenta y desapercibida, lo que podría dar a entender que derivan de una supuesta mente interior o de una no menos supuesta actividad neuronal. Pero, como en el tiro con arco, el yo incorpora con temple y aplomo una larga práctica, constituyendo por así decir un yo ecológico, coextensivo con las disponibilidades a propósito de cada habilidad. Como seres vivientes, estamos articulados con el mundo (embedded), en la medida en que la interacción con él está ocurriendo (Fuchs, 2011, p. 205).

Los ciclos de interacción intersubjetiva enfatizan el carácter corporal y afectivo de la intersubjetividad. Nuestros encuentros cotidianos con los demás consisten en relaciones yo-tú, donde el entendimiento se crea conjuntamente en un proceso interactivo momento a momento. Esto incluye procesos de sincronización y resonancia, covariación rítmica de gestos, expresión vocal y facial, conducta complementaria o antagónica, etc. Percibimos los "estados mentales" de los otros a través de nuestra interacción corpórea con ellos, porque los estados mentales están encarnados en su propia interacción con nosotros. Las interacciones cotidianas excepcionalmente necesitan un proceso representacional del tipo de leer la mente, elaborar una teoría acerca de la teoría de la mente del otro o hacer una simulación de la situación del otro sobre la que inferir sus intenciones. Esto lo hacen los psicólogos cognitivos creyendo que así lo hace la gente. Si acaso, se hace algo de eso en situaciones de ambigüedad y lo hacen profesionalmente los ladrones y los policías cuando están de servicio. Es posible que ni los psicólogos cognitivos funcionen así cuando no están de servicio, haciendo teorías de la mente.

El descubrimiento de las "neuronas espejo" contribuyó a esta concepción mecanicista representacional al suponer que hay unas neuronas que reflejan como si fueran un espejo las actividades de otros, de modo que se "disparan" como si las estuviera haciendo uno mismo. Dos malentendidos de este fenómeno han hecho presa de neurocientíficos y

aficionados incautos. El primero es que las neuronas para responder "en espejo" tienen que ser "entrenadas" a través de la experiencia sensomotora en orden a reaccionar en correspondencia a las situaciones sociales. Las neuronas no están ahí "hechas" con esta función. Los niños tienen que aprender y de hecho aprenden tempranamente que los otros son "como yo" en el curso de la interacción social. Difícilmente se puede concebir (más que conforme a una teoría intelectualista de la mente) que los niños entienden los objetivos de las acciones de los otros mediante los neuronas espejo antes de que ellos las entiendan en la práctica social. Una visión meramente transversal pierde el carácter biográfico y articulado con las cosas de los sistemas del "cerebro social". Estos sistemas, como las neuronas espejo, constituyen "bucles abiertos" que se desarrollan y funcionan dado un espacio común de interacciones corporales y significativas (Fuchs, 2011, p. 209).

El segundo malentendido, derivado del anterior, pero que se podría ahorrar a poco que la gente se atuviera al sentido común, se refiere a considerar que la empatía es "cosa" de neuronas espejo y que éstas explican ese "extraño" fenómeno humano, conocido de siempre. Sin haber leído a Aristóteles, ni haber visto Blade Runner o leído la novela en la que se basa de Phillip Dick ("¿Sueñan los androides con ovejas eléctricas?"), por sentido común se sabe que la empatía es constitutiva del ser humano, incluyendo los mecanismos fisiológicos que sea, faltaría más. Por ser humana, la empatía tiene sus "grados", dependiendo probablemente de los contextos e historias de aprendizaje, dentro de las cuales entra el cerebro, con su plasticidad. Hablar del "circuito de la empatía" es poner el carro delante de los bueyes. Y hablar del "gen de la empatía" para concluir que los factores biológicos y los factores sociales son muy importantes es tocar todo para no decir nada que no se supiera, como hace Simon Baron-Cohen.

8.1.2. Bucles de vulnerabilidad y de genialidad

La noción de ciclo interactivo, por lo que tiene de dialéctica y de codeterminación mutua de las entidades en juego, lleva a la noción de "bucle", para referirse a circuitos interactivos con el ambiente que terminan por meter a uno en una situación de difícil salida, como a menudo son los trastornos psicológicos. Aun cuando la situación sea un contexto ambiental, una suerte de "nicho", "ecosistema" o "forma de vida" particular en la que uno está, el organismo cambiado de esa manera, implicando los correspondientes circuitos neuronales, "facilita", predispone y hace a uno vulnerable a tal situación. La noción de vulnerabilidad, como predisposición y sensibilidad a algo, probablemente es más un factor biográfico, dependiente de experiencias y contextos, que un factor biológico, independiente, de supuesto origen genético, como se suele entender. Así, alguien entrenado concienzudamente en una habilidad, sea por caso la música o el fútbol, que viva en un

ambiente dominado por sus valores, etc., tendrá, cómo no, los circuitos neuronales y todo lo demás cambiado (sensibilidad perceptiva, elasticidad muscular, coordinación sensomotriz, etc.), alterado y adaptado en función de estas prácticas y formas de vida.

Lo mismo quien se cric en ambientes caracterizados y dominados por el estrés, el agobio, la inseguridad, el apego desorganizado, el doble vínculo y los modelos ansiosos, depresivos, melancólicos o psicóticos: también su organismo, incluyendo los circuitos neuronales que sean, estará cambiado, alterado y adaptado acorde con semejantes condiciones de vida. No sin paradoja, se podría hablar de "vulnerabilidad" a la música o al fútbol y de "genio" para la neurosis o la psicosis. Es cosa de ambientes, de sobrevivencia, de formas de vida y de aprendizaje. El genio y la vulnerabilidad se aprenden, si bien el genio propiamente no prende con la facilidad con que lo hace la vulnerabilidad. El hecho de que ciertos trastornos corran en familia, lo que se toma como evidencia de herencia genética, probablemente se deba más a transmisiones culturales, conductuales y epigenéticas, que a genéticas. La religión y el idioma corren en familia y no son genéticos. Una revisión del determinismo genético en la perspectiva epigenética puede verse en González Pardo y Pérez Alvarez (2013). Al final, son más deterministas los genetistas que los propios genes.

Las alteraciones neurobiológicas implicadas en los trastornos psiquiátricos puede que sean bucles generados por las respuestas a las condiciones de vida y las interacciones sucesivas, en vez de causas originales, típicamente genéticas. Una vez establecido, el bucle predispone a cierta vulnerabilidad e interacciones que terminan por crear su propio contexto de mantenimiento, a la vez que hacen improbables otras posibilidades. La idea es que las alteraciones neurobiológicas asociadas a trastornos psicológicos se entienden mejor como formando parte de un circuito interactivo, que como presuntas causas originales. De las alteraciones neurobiológicas asociadas a los trastornos mentales, lo más que se puede decir de ellas es que son correlatos, no causas. Aunque los correlatos no implican relación causal, lo más probable en este caso es que sean consecuencia de los esfuerzos y condiciones de vida en las que se ven envueltos los individuos. Una vez dados, los correlatos pueden tener su influencia en el trastorno, formando parte de un bucle.

Recuérdese el conocido hallazgo del hipocampo aumentado de los taxistas de Londres. Tal alteración no es la causa, sino la consecuencia de ser taxista. La causa de ser taxista no es la alteración del hipocampo, pero como consecuencia de serlo, el cerebro se adecua a la necesidad. Los esfuerzos por ser taxista empezando por el examen y la propia práctica profesional, alteran el cerebro y, por supuesto, el resto del organismo coordinado y en sinergia con el coche y la ciudad. El organismo cambiado de esta manera facilita "ser

taxista". Algo similar puede ocurrir en las alteraciones neurobiológicas asociadas a los trastornos psiquiátricos: que sean antes consecuencia que causa y terminen por formar un bucle.

Siendo así las cosas, es de pensar que las alteraciones neuronales puedan ser reversibles, cuando la práctica cesa y en su lugar se instaure otra. Las terapias psicológicas pueden producir cambios cerebrales, cómo no, a resultas de los cambios experienciales, conductuales y ambientales que producen. De hecho, cuando se hacen los estudios correspondientes, se muestra que la mejoría clínica está asociada también a cambios neuronales. Sería sorprendente que no los hubiera, conocida la plasticidad del cerebro. Si las técnicas de neuroimagen fueran suficientemente sensibles, mostrarían cambios "imperceptibles" en relación con cualquier actividad humana, a poco habitual que sea. Otra cosa es si la eficacia de las terapias psicológicas se debe constatar o confirmar en cambios cerebrales. La respuesta es, obviamente, que no. El cambio psicológico se define y justifica por su propia funcionalidad, realización y dimensión práctica (satisfacción, mejoría, flexibilidad, apertura de la vida, etc.). La profesionalidad de un taxista se mide por cómo hace su trabajo, no por lo agrandado de su hipocampo. Las habilidades de futbolistas y pianistas no necesitan ser constatadas ni confirmadas mediante neuroimágenes: se encuentra en lo que hacen.

El objetivo de las terapias psicológicas no es cambiar el cerebro, sino las experiencias, conductas y formas de vida que constituyen una situación problemática. A resultas de ello cambiará lo que corresponda en la escala molecular, estructural y funcional del organismo. Tomar el cerebro como objeto de atención y cuidado puede añadir una reflexividad más que distraiga de lo que realmente hay que cuidar y cultivar, que es la persona y sus circunstancias.

8.1.3. Cuatro cosas sobre la medicación

¿Qué pensar de la medicación? ¿Y qué hacer con ella? Por lo que aquí respecta, se van a decir cuatro cosas:

1. La medicación psiquiátrica, no se ha de olvidar, es meramente sintomática, como los antigripales, no etiológica. Su denominación como antidepresivos, antipsicóticos o estabilizadores del humor es más un eslogan comercial que propiamente un efecto psicofarmacológico con "conocimiento de causa".

2. La medicación psiquiátrica, como también las drogas ilegales, produce una alteración

en el normal funcionamiento del cerebro. Como dicen Hyman y Nestler, en un artículo clásico, bajo medicación "el cerebro del paciente funciona de una manera cualitativa y cuantitativamente diferente del estado normal" (Hyman y Nestler, 1996, p. 161). De manera que los desequilibrios neuroquímicos son, en realidad, posteriores a la medicación, no anteriores, por los que supuestamente se toma. Lo que justifica la medicación es que, como "efecto secundario" de la anormalidad y desequilibrio que produce, puede producir de paso alivio y reducción de algunos síntomas que definen un trastorno. Lo malo es que el cerebro no distingue entre drogas ilegales y legales, de modo que éstas también tienen los inconvenientes de aquéllas: su adicción. No por casualidad el segundo mayor problema de la adicción a sustancias es la adicción a medicamentos.

3. La medicación psiquiátrica puede también producir cambios neuronales por lo mismo que las terapias psicológicas: a través de cambios conductuales. La reducción de síntomas debida a la medicación - consistentes en experiencias, reacciones y acciones hasta entonces habituales-, hace cesar la correspondiente activación cerebral, revirtiendo así la alteración o correlatos observados. Por su parte, las posibles nuevas actividades que se pudieran dar en su lugar harían lo propio en el cerebro.

4. La medicación psiquiátrica no tiene por qué se proscrita, pero tampoco prescrita de manera compulsiva como se hace. Su utilidad, siquiera fuera por el alivio sintomático, como los antigripales, no se puede negar, ni rechazar. Parece sensato aprovechar lo bueno de la medicación y lo bueno de la terapia psicológica, en problemas donde todo es poco. Sin embargo, esta integración, por razonable que parezca, no es necesariamente ventajosa. Sabido que el tratamiento combinado de medicación y psicoterapia está principalmente apoyado por la industria farmacéutica, debiera ya dar que pensar. Para la industria, con tal de que la medicación no falte, bienvenida sea la terapia psicológica y tanto más si se utiliza para facilitar la adherencia a la medicación. Los estudios muestran que los efectos de la medicación y de la terapia psicológica no se suman, como se suponía. Y no resulta extraño que sea así. Hay tres maneras de combinación, pero sólo una verdaderamente honesta.

•Los tratamientos combinados

Una manera, la usual, es la medicación compulsiva como primera línea de actuación y después terapia psicológica, si pareciera necesaria. En este contexto, la terapia psicológica tiene un papel secundario, cosmético, sin poder enfocar el problema de raíz. Eso cuando

los casos que llegan a terapia psicológica no son los "desahuciados" por y para la medicación. La cuestión es que la medicación está probablemente en la base del creciente empeoramiento de la salud mental: una paradoja supuesto que cada vez se dispone de mejor medicación (Whitaker, 2010). Otra manera sería combinar simultáneamente ambos tratamientos. El problema es que no está mostrada su utilidad, ni se la espera. El estado medicado ("drogado") impide llevar a cabo terapias psicológicas, como las terapias contextuales, que requieren la experiencia plena y, por lo demás, no cifran la mejoría en la mera reducción de síntomas, sino en el cambio de su relación con ellos. Aparte, es muy posible que una terapia psicológica en el contexto de estar tomando medicación para lo mismo no sea tomada en serio, más que como charla psicológica, ni por el paciente, ni por el clínico. Aun cuando fuera el mismo clínico quien administre ambos tratamientos, difícilmente confía en ellos por igual. Si confía en la psicoterapia, ¿por qué da medicación?

La manera probablemente más honesta sería ofrecer terapia psicológica como primer abordaje, sin descartar la medicación, si fuera necesaria o conveniente. Al fin y al cabo, si en algo estaba acertado el DSM es en excluir de la condición de psiquiátricos los trastornos debidos a condiciones propiamente médicas. Se reconoce el trastorno mental por su primordial naturaleza funcional, psico(pato)lógica o psiqu-iátrica. Porque si tuviera una causa orgánica determinada, no sería psiquiátrico sino, por ejemplo, neurológico. El criterio sería empezar con terapia psicológica y valorar la conveniencia de la medicación no antes de, por ejemplo, unas diez sesiones, que es cuando se puede ver su utilidad. En todo caso, lo honesto sería informar al usuario acerca de la medicación y de las terapias psicológicas: sus pros y contras, honestamente. Incluso en la esquizofrenia, es hora de introducir la elección de los pacientes (Morrison, Hutton, Shiers y Turkington, 2012), sabido que muchos de ellos no necesitan medicación (Harrow, Jobe y Faull, 2012), que la medicación contribuye a la cronificación (Whitaker, 2010) y que, por lo demás, existen psicoterapias eficaces (Pérez Álvarez y García Montes, 2012; Pérez Álvarez et al., 201l).

8.2. El enfoque contextual frente al DSM-5

Se toma aquí como referencia el DSM-5 por su flamante estreno, pero se refiere igualmente al sistema CIE y, en general, al diagnóstico psiquiátrico. El diagnóstico psiquiátrico presenta varios problemas y, probablemente, ninguna utilidad, más que la espuria, debida a su propio uso como manual diagnóstico y estadístico, ofreciendo diagnósticos sin validez y por lo mismo estadísticas falaces. Siendo, como es, influyente y hasta definitorio del campo de la psicopatología, la psicología clínica no puede ser indiferente ni conforme con el diagnóstico psiquiátrico. Antes bien, tiene que confrontarlo y ofrecer alternativas.

8.2.1. El diagnóstico psiquiátrico, rechazado por la propia psiquiatría

La verdad es que el diagnóstico psiquiátrico está puesto en entredicho por parte de al menos dos importantes sectores dentro de la propia psiquiatría:

-La International Critical Psychiatry Network (ICPN) encabezada por Sami Tamimi, con su campaña dirigida al Colegio de Psiquiatras del Reino Unido pidiendo la abolición de los sistema al uso (Infocop, 2013a).

-El Instituto Nacional de Salud Mental de EE. UU. (NIMH, por sus siglas en inglés) capitaneado por su director Thomas Insel, con una declaración diciendo que no utilizarán el DSM-5 por su falta de validez (Infocop, 2013b).

Además están eminentes psiquiatras que, de forma particular, también son rebeldes con causa, como Allen Frances en su libro Saving normal de 2013, Christopher Lane en su libro La timidez: cómo la psiquiatría y la industria farmacéutica han convertido emociones cotidianas en enfermedad de 2011, Daniel Carlat en su libro Unhinged: the trouble with psychiatry de 2010, David Healy en su libro Pharmageddon de 2012 y Joel Paris en su libro Prescriptions for the mind de 2008, entre otros. De manera que la crítica de parte de la psicología no es una cuestión gremial: la misma psiquiatría es crítica con el diagnóstico psiquiátrico y éste no carece de adherentes en psicología.

El diagnóstico psiquiátrico presenta varios problemas, como se decía: aumento de la estigmatización (a pesar de que algún diagnóstico parece tener prestancia, como el bipolar, asociado a famosos y a la creatividad), inutilidad a la hora de tomar decisiones sobre el tratamiento que se va a elegir (la medicación como tratamiento de elección es una convención y una conveniencia, no sustentada por la evidencia de que es mejor así), empeoramiento del diagnóstico a largo plazo (la medicación está en la base de la epidemia de trastornos psiquiátricos, como muestra Robert Whitaker en Anatomy of an epidemic, 2010), colonización de los problemas de otras culturas ("volviéndolos locos como nosotros", como muestra en este caso Ethan Waters en Crazy like us, 2010), detrimento de modelos alternativos existentes (entre ellos, la psiquiatría crítica citada y la perspectiva contextual de este libro), pero la madre de todos los problemas es la falta de validez. Si fueran diagnósticos válidos, sería lo que habría, y no habría mucho más que hablar que perfeccionarlos y usarlos adecuadamente. Pero no es el caso.

8.2.2. El diagnóstico psiquiátrico: sin validez

El diagnóstico psiquiátrico puede que tenga fiabilidad, referida a que distintos clínicos

coinciden en definir un diagnóstico por la presencia de determinados síntomas fáciles de identificar, pero ello no asegura que tenga validez. Una medida puede ser fiable y sin embargo carecer de validez para lo que se necesita. Las pecas son fáciles de identificar y describir (distintos observadores pueden coincidir), pero no tienen validez clínica para diagnosticar un cáncer de piel (Angell, 2011). Los diagnósticos psiquiátricos, tipo DSM, carecen de validez, en las tres dimensiones como ésta se mide:

1. Validez discriminante o de contenido: no sirve para discriminar entre un diagnóstico y otro, lo que da lugar al artefacto de la comorbilidad, ni entre la normalidad y la patología, lo que da lugar a la creciente patologización de la vida cotidiana. Esta falta de validez discriminante tiene que ver, en algunos casos, con que el diagnóstico con base en un listado de síntomas superficiales deja fuera el contenido más relevante del fenómeno, como pueden ser experiencias subjetivas que sólo una entrevista clínica pondría de relieve. En otros casos puede que el problema mismo presentado no sea más que un problema normal de la vida, como la fobia social (Lave, 2011) y el TDAH (García de Vinuesa, González Pardo y Pérez Álvarez, 2014), debidamente empaquetado como trastorno.

2. Validez predictiva: no sirve para predecir la evolución de un trastorno dado, ni la respuesta a los distintos tratamientos posibles. Así, en los ensayos clínicos sobre medicación, no deja de ser irónico que el mejor predictor suele ser el laboratorio que patrocina el estudio: su preparado es el que mejor predice el resultado hallado (mejor que el preparado de la competencia o características del trastorno o del paciente). En realidad, el mejor predictor es la cualidad de la relación terapéutica percibida por el paciente, no el diagnóstico. La supuesta medicación específica (por ejemplo, "antidepresiva") no "respeta" los diagnósticos sobre los que fue probada y aprobada. Al final, la misma medicación se aplica a diferentes diagnósticos, como las psicoterapias son también transdiagnósticas. Quiere decir que el diagnóstico no predice el tratamiento que le es apropiado.

3. Validez conceptual o de constructo: no sirve para establecer entidades clínicas, como las médicas, que se tienen como modelo (modelo de enfermedad). Así, en la perspectiva del diagnóstico psiquiátrico, después de todo, no se sabe qué es el fenómeno clínico diagnosticado: si una entidad unitaria, si varias, si un síndrome o si siquiera existe, como pasa, por ejemplo, en re lación con la esquizofrenia. El problema se cifra en que no se han identificado, aún, marcadores biológicos para ningún diagnóstico, incluyendo aquellos que se da por hecho que son de naturaleza neurobiológica, como la esquizofrenia. Todo ello, a pesar de los encarecidos

esfuerzos en tal sentido. Esta falta de validez conceptual por falta de marcadores está llevando a la industria farmacéutica lejos de la psiquiatría. Lo cierto es que en los últimos cuarenta años no ha habido nada nuevo en psicofarmacología (aparte de sagaces eslóganes), ni se espera, como se ha dicho en el capítulo 3.

El problema no es que los trastornos psiquiátricos o psicológicos no sean reales, que lo son, ni carezcan de entidad clínica, sino que su naturaleza no es la de una enfermedad propiamente médica. El problema de la psiquiatría es que funciona como una especialidad médica más cualquiera por legítima que sea y los psiquiatras "juegan a médicos" (y los psicólogos a psiquiatras), siendo que tratan con entidades distintas de las propiamente médicas, muchas de ellas de mayor sufrimiento y complejidad que la mayoría de las enfermedades. Las entidades psiquiátricas son otra cosa, para empezar, entidades interactivas (no naturales), subjetivas e intersubjetivas, ligadas a contextos sociales y culturales, como se apuntó en el capítulo 3. Las entidades psiquiátricas habría que verlas más como condiciones humanas en una perspectiva antropológica (según se ha apuntado en el apartado 7.2), que como condiciones naturales en una perspectiva orgánica.

Curiosamente, después de tanto esfuerzo en buscar causas biológicas, el único diagnóstico del DSM que tiene causa reconocida, ésta no es biológica, sino psicológica, experiencial, como es el trauma respecto de los síntomas que definen precisamente el "trastorno de estrés postraumático". Por otra parte, hay un cuerpo sustancial de evidencia que vincula los más serios trastornos psiquiátricos, como las alucinaciones y la esquizofrenia, con adversidades de la vida (trauma, abuso, negligencia, apego desorganizado, derrota social, estigma). Razones hay para el abandono de los sistemas diagnósticos al uso y en su lugar encontrar sistemas alternativos.

8.2.3. Buscando alternativas

Los propios abolicionistas de los sistemas diagnósticos DSM/CIE proponen alternativas. Mientras que en la perspectiva del NIMH, capitaneada por Insel, se propone una alternativa ultrabiologicista como es el sistema RDoC, discutido en el capítulo 3, que de tener éxito convertiría a la psiquiatría en una especialidad médica, valga por caso, como la urología, en la perspectiva de la ICPN, capitaneada por Timimi, se propone un nuevo paradigma, él mismo crítico con la corriente dominante de la psiquiatría, en las antípodas del RDoC. Como dice la ICPN en su campaña, no en vano titulada No más etiquetas psiquiátricas, "tenemos toda la evidencia necesaria para trabajar en la reorganización de nuestros enfoques, local, nacional e internacionalmente, a fin de desarrollar servicios con base en la evidencia que puedan reducir la cantidad de daño que el DSM/CIE ha causado a

la vez que mejorar las prestaciones". A este respecto, señalan "algunos buenos puntos de partida".

En cuanto a la etiología, la ICPN dice: "La investigación que estudia la relación entre factores contextuales y grados de discapacidad, sin tratar de vincularlos a categorías diagnósticas formales, tiene una mayor probabilidad de éxito en desarrollar conocimiento científico útil acerca del estrés mental". Expresamente, propugnan un alejamiento de la búsqueda de anormalidades genéticas y neurológicas, lo que permitiría una mayor aceptación de la diversidad humana. "Dada la fuerte asociación entre la creciente aceptación del modelo diagnóstico médico y el creciente estigma, la abolición del DSM/CIE también ayudará a luchar contra el estigma".

Tocante a la práctica clínica, la ICPN señala que, mientras los resultados sobre la eficacia del tratamiento farmacológico no ha mejorado en 40 años de investigación, una "variedad de estudios (en áreas tan diversas como los servicios de psicoterapia, los servicios comunitarios en salud mental, abuso de sustancias e intervención con parejas) que han incorporado ideas de esta literatura, tales como el uso de feedback sesión a sesión acerca del resultado y de la alianza terapéutica, puede mejorar la eficacia". Asimismo, determinados movimientos con base en un enfoque de "recuperación" o "rehabilitación", en vez de en un modelo de enfermedad y de clasificación diagnóstica, así como los programas que defienden un modelo integrado de atención a la salud mental y física, "son buenos ejemplos de cómo existe evidencia que puede adoptarse para facilitar un cambio de la cultura institucional".

El desarrollo, de esta manera, de los conocimientos de base y de los servicios, daría a la atención de salud mental y a los profesionales una mayor oportunidad de mejorar la vida de los usuarios. Además, este "paradigma de base no diagnóstica puede proporcionar también ayuda a quienes presentan síntomas físicos inexplicados y condiciones crónicas, que inevitablemente impactan sobre su bienestar mental, sin necesidad de etiquetarlos como `enfermos mentales—.

Esta perspectiva crítica del diagnóstico psiquiátrico puede encontrar en la terapia contextual uno de los mayores desarrollos conceptuales y aplicados en su dirección. A su vez, y por lo que ahora importa enfatizar, la terapia contextual encuentra en la perspectiva crítica un contexto apropiado para establecer sus reales, más allá del modelo de terapia tradicional, con la que compite. Ya no se trataría de ir extendiéndose a todos los diagnósticos y de mostrar que es un tratamiento empíricamente apoyado (que también), sino de ofrecerse como alternativa, con beligerancia política. Si la perspectiva psiquiátrica

crítica puede ser una buena campaña y compañía para la terapia contextual, ésta puede contribuir al cambio cultural, mediante la demostración del carácter contextual de los problemas y el fortalecimiento de la persona. La noción de aceptación y el compromiso con el mundo, saliendo de la mente y entrando en la vida, pueden ser principios relevantes para la emancipación del subjetivismo y del desvalimiento que cultiva el sistema, haciendo a la gente, empezando por los niños, vulnerables, siempre en riesgo, sensibleros más que sensibles, víctimas.

Estar frente al DSM-5 y todo lo que representa supone abrir un frente en la dirección del cambio de un sistema sanitario insostenible sobre la concepción médico-psiquiátrica, incluyendo el cambio cultural de un modo en el que las personas sean capaces de hacerse cargo de sí mismas, con los problemas que conlleva la vida y con el compromiso de mejorar el mundo para todos. Reutilizando la respuesta de Skinner acerca de por qué no era un psicólogo cognitivo, podríamos decir que escogemos el camino equivocado ya desde el principio cuando suponemos que nuestra meta es cambiar los cerebros, las mentes y los corazones de hombres y mujeres en vez del mundo en que viven.

8.2.4. ¿Qué hacer con e1 DSM-5?

¿Sirve para algo, todavía? La petición de su abolición (ICPN) y la declaración de su invalidez para la investigación (NIMH) vienen a ser el acta de defunción de los sistemas de diagnóstico psiquiátricos. El problema es que buena parte de la asistencia y de la formación clínica, incluyendo asignaturas, textos, másteres y formación MIR y PIR está montada sobre los sistemas DSM/CIE que, de pronto, quedan en entredicho, como nunca lo estuvieron. Hasta ahora, las críticas recibidas parecían más disparos de fogueo que proyectiles a la línea de flotación. Ahora, los diagnósticos psiquiátricos ni siquiera cuentan con el favor de la industria farmacéutica, que bien se ha servido de ellos. Seguir utilizándolos en la formación y en la asistencia sería una especie de prevaricación, con el perjuicio de preterir las alternativas ya existentes. Hablar de una moratoria parece fuera de lugar. Por otro lado, dejar de hablar de categorías clínicas tampoco es posible. De hecho, la clasificación y disponibilidad de conceptos y categorías es inherente a la racionalidad científica y profesional.

¿Cómo se arreglaban antes del DSM o al menos antes del éxito inesperado que ha tenido a partir de 1980 cuando entró en la deriva de las categorías diagnósticas actuales? Con menos categorías que las actuales en circulación, sería suficiente, pensando por ejemplo en neurosis y psicosis o en ansiedad, depresión, trastorno maníaco-depresivo y esquizofrenia o quizá en trastornos o estilos de personalidad. Dicho sea, por repensar las

cosas de raíz, pero tampoco de la nada. Al fin y al cabo, el trabajo clínico consiste en estudiar el caso, en sus dimensiones subjetivas y biográficas, de acuerdo con las circunstancias y el mundo de la vida. Las grandes tradiciones psicoterapéuticas no necesitan diagnósticos formales (psicoanalítica, humanista, existencial, sistémica, conductual, contextual). Además, la ayuda psicoterapéutica o asistencial puede realizarse sin diagnósticos, en atención a los problemas presentados. ¿Quién los necesita? Acaso la mayor utilidad de los sistemas al uso esté, todavía, en servir para informes forenses, partes de baja y facturas para seguros.

8.3. El enfoque contextual frente a la psicología positiva

La psicología positiva (PsP) es probablemente el movimiento más importante de la psicología en lo que va de siglo, sin olvidar mindfulness y el propio enfoque de las terapias contextuales. La PsP se ha extendido por todas partes, desde la psicología académica a la psicología popular, incluyendo las escuelas, las empresas y los pabellones militares. Como movimientos importantes que son, la PsP y el enfoque contextual tienen aspectos en común. Para empezar, suponen una nueva generación de la psicología, contradistinta de la "tradicional", respecto de la que gustan diferenciarse. Ambos movimientos exhiben el marchamo científico como bandera. Comparten también un afán proselitista. Asimismo, por más que de marca científica, no dejan de tener un aspecto espiritual, acorde con la tradición religiosa americana (como también tiene el movimiento mindfulness), más notable en la PsP, pero también perceptible en la terapia contextual y, en particular, en ACT. Así, un reportaje de Time Magazine del 13 de febrero de 2006, haciéndose eco de la nueva ola de terapia, refiere el lenguaje de Hayes como el de una "nueva religión" (Cloud, 2006).

8.3.1. El delicado papel de criticar la PsP

Más allá de estos aspectos externos comunes, son enfoques esencialmente distintos y en relación con la felicidad se podría decir que opuestos. Mientras que la PsP explota el giro de la felicidad y promueve una especie de "hapiología" a cuenta de la ciencia del bienestar, la ACT habla de la felicidad como una trampa, pensando en el libro de Russ Harris La trampa de la felicidad y el citado reportaje de Time titulado "La felicidad no es normal" (Cloud, 2006). Si la felicidad es el referente de la PsP, no quiere decir que la infelicidad y el sufrimiento lo sean de la ACT sino, en su lugar, los valores. Los valores estarían por encima de la felicidad y el bienestar, en la medida en que implican la aceptación de lo que no se puede cambiar (y acaso uno hubiera querido cambiar) y el compromiso de actuar en su dirección a pesar del malestar.

La PsP tiene que ser confrontada desde la propia psicología, siquiera fuera por la división que introduce en su seno, una especie de "pecho bueno" y "pecho malo". Pero también porque la PsP puede que sea más un síntoma de la época, que una nueva ciencia. Ya hablar de ciencia de la felicidad o del bienestar, debiera dar que pensar. Con la dificultad de que la psicología misma sea una ciencia, comparable a las ciencias naturales, como para que haya ahora, de pronto, una ciencia de la felicidad. Si la invocación de la ciencia es por marchamo y reclamo, el punto ya está ahí, en la frivolidad y engaño con que se quiere vender. Si realmente creen que puede haber una ciencia de la felicidad, el problema es mayor. No es que la felicidad no merezca estudio. De hecho, se viene estudiando desde hace 24 siglos y desde muchos lados (filosofía, ética, religión, historia cultural), un tema perenne, como para ser ahora acotado en un redil científico. Las objeciones en la perspectiva contextual apuntan a que la persecución de la felicidad puede ser más un problema que una meta saludable.

El que aparezca ahora una psicología abanderada de la felicidad, más que ciencia, puede que sea, en realidad, síntoma del giro subjetivista, hedónico, propio del malestar inherente a la sociedad del bienestar. Una ideología camuflada de ciencia, sin menoscabo de la buena conciencia y voluntad de sus promotores y defensores, pero la "falsa conciencia" también existe. La cultura terapéutica, la literatura de autoayuda, el revival budista a cuenta de mindfulness y la búsqueda de "algo más" son tendencias de la época en relación con las cuales se ha de ver el florecimiento de la PsP, no como una nueva ciencia naciente.

Resulta delicado poner objeciones a la PsP. Lo fácil es darla por buena y loable. Todo lo que sea positivo, por definición, debiera ser bien recibido. Siempre es mejor estar bien que mal. La crítica a la PsP no implica, para nada, que uno esté defendiendo, en su lugar, una psicología negativa (que por lo demás no existe), ni que esté en contra de que la gente se sienta bien y feliz. No hay en el mundo seguramente ningún psicólogo que no quiera lo mejor para sus clientes y pacientes, incluyendo que sientan bienestar y felicidad. Lo que se defiende es la psicología, que ni es positiva ni negativa, y dentro de ella un enfoque contextual, cuyas aportaciones se exponen en este libro. De lo que se estaría en contra es de una psicología que divide en dos lo que la psicología debiera estudiar sin divisiones. De hecho, las mismas cosas pueden ser "positivas" o "negativas" según el contexto. El punto de vista contextual es genuinamente psicológico. Si la psicolo gía es una ciencia difícil como es o acaso imposible es precisamente porque todo depende del contexto.

Con todo, no se está diciendo que la PsP no tenga nada bueno. Sin embargo, lo que tiene de bueno, como el desarrollo de potencialidades, el florecimiento, la potenciación de fortalezas, no es nuevo. De hecho, son lugares comunes de la psicología. La propia

expresión "psicología positiva" se debe a la psicología humanista. Pero lo que tiene de nuevo, no es bueno, como se tratará de mostrar.

8.3.2. Evidencia tautológica

Formando parte de su marchamo científico, por el que trata de diferenciarse de la psicología humanista (cuando ésta fue, en realidad, de las primeras en estudiar la eficacia de la psicoterapia), la PsP ofrece abundante evidencia de su eficacia, referida a "mejorar el bienestar y, en algunos casos, a aliviar síntomas depresivos" (Bolier et al., 2013). Las técnicas de intervención derivadas de la PsP son, entre otras, el saboreo consistente en tomar conciencia del placer e intentar que permanezca (recreándose en recuerdos agradables y felicitándose por las cosas buenas que suceden), sentirse agradecido (reconocer, recordar y celebrar los aspectos positivos de su vida) y el uso de fortalezas como la amabilidad, consistente en recontar todos los actos amables realizados durante el día (Otake et al., 2006; Park, Peterson y Sun, 2013).

Sumariamente, los resultados de estas intervenciones son los siguientes: "Las personas que saboreaban habitualmente son más felices y optimistas, además de estar menos deprimidas que aquellas que no saborean". Y, por su parte, los participantes que continuaron haciendo ejercicios de agradecimiento "informaron de menores niveles de depresión y mayor felicidad" (Park, Peterson y Sun, 2013, p. 17). Lo mismo en relación con la amabilidad: el hallazgo más importante, refieren los autores, es la estrecha asociación entre amabilidad y felicidad, sugiriendo que el recuento de de actos de amabilidad durante una semana aumenta la felicidad subjetiva (Otake et al., 2006).

Dejando aparte la trivialidad de las intervenciones y la escasa calidad reconocida incluso de los mejores estudios que entraron en los análisis de metanálisis (Bolier et al., 2013), la cuestión que se quiere plantear, por el momento, es el carácter tautológico de los hallazgos. La idea es que las cosas que se ponen en juego en las intervenciones (saboreo de la vida, agradecimiento, amabilidad, todo ello poco menos que "sentirse bien" con uno, con los demás y con la vida) son prácticamente las mimas por las que se define la "buena vida", el bienestar o la felicidad. Así, establecen relaciones entre emociones positivas, satisfacción con la vida y bienestar o felicidad. No faltaría que si tienes alegría, estás contento, te sientes bien, sientas felicidad. Y al revés o por donde quiera que empieces. La PsP muestra que "mantener buenas relaciones con los demás, involucrarse en lo que uno hace, tener sentido y propósito vitales, sentirse competente utilizando las capacidades y talentos personales, ser capaz de encontrar humor en la vida cotidiana, saborear las cosas buenas, liberarse de los rencores, sentirse agradecido y expresar gratitud construyen la felicidad"

(Park, Peterson y Sun, 2013, p. 13). Y ahora la PsP entiende que la felicidad consiste en estas cuatro áreas (Park, Peterson y Sun, 2013, p. 12), prácticamente, las mismas que la construyen:

-Experiencias subjetivas positivas (felicidad, plenitud, fluir).

-Rasgos individuales positivos (fortalezas del carácter, talentos, intereses, valores).

-Relaciones interpersonales positivas (amistad, matrimonio, compañerismo).

- Instituciones positivas (familias, escuelas, negocios, comunidades).

Abundando en los mismos descubrimientos, señalan: "Quizás el hallazgo más consistente en la psicología positiva es que las relaciones buenas con otras personas - amigos, familiares y compañeros de trabajo - son el factor que contribuye de manera más importante a la buena vida psicológica" (p. 15). Luego definirán la buena vida como consistiendo en todo eso. Como señala Alistar Miller, hay una inevitabilidad tautológica cuando decimos que la gente optimista, amable e imperturbable ante las preocupaciones y dudas es más feliz y definimos la felicidad como un modo de ser optimista, amable y despreocupado (Miller, 2008).

La eficacia en relación con la depresión tampoco es de extrañar, toda vez que estos aspectos que promueva la PsP son el contrapunto de la depresión. Dejando aparte que se refieren a depresiones banales, la depresión es de los problemas más agradecidos a las intervenciones psicológicas, por lo que la PsP no debiera entusiasmarse con esta evidencia. Dado el carácter tautológico, la eficacia de la PsP es infalible. Lo que sorprende es que no tenga más tamaño del efecto.

8.3.3. La hipóstasis de la felicidad

Con todo, más importante que el carácter tautológico de las cosas estudiadas por la PsP es la hipóstasis en la que incurre al entresacar la felicidad y sustantivarla como si fuera una entidad separada o separable de los asuntos de la vida. No es que no se pueda tomar la felicidad como objeto de estudio, solo que al hacerlo se sustantiva y puede así crear problemas donde no los había.

Tradicionalmente, la felicidad se ha entendido como resultado de las cosas buenas que nos ocurren en la vida, algo que se encuentra, más que se busca. Sin embargo, la PsP toma la felicidad como objeto e instrumento para conseguir otras cosas. Como objeto de estudio,

se tienen los hallazgos tautológicos antes apuntados. Como instrumento, se tiene su utilidad para una serie de mejoras y logros. Como dicen: los resultados "conducen realmente a mayores éxitos académicos y profesionales, mejores matrimonios, buenas relaciones, mejor salud mental y física, así como mayor longevidad y resiliencia" (Park, Peterson y Sun, 2013, p. 13).

El problema, desde el punto de vista científico, es que no está claro si estas mejoras y logros se deben realmente al bienestar y a la felicidad o estos estados resultan de los propios logros o todo depende de algo más. La PsP parece ser más que nada una ciencia de correlaciones, no de relaciones causales. En la salud, particularmente en relación con el cáncer, donde más se aplica la PsP, no hay evidencia establecida de que los estados psicológicos positivos alteren los procesos patofisiológicos, ni prolonguen la sobrevivencia. Lo que está establecido es el mantra de que el optimismo mejora la salud (Coyne y Tennen, 2010; Coyne, Tennen y Ranchor, 2010).

Lo cierto es que tomar la felicidad como objeto puede añadir un problema, donde acaso no había más que los problemas normales de la vida. Si ahora tienes que medir tu vida por lo bien que te sientes y lo feliz que te hacen las cosas y las personas, aparte de no estar ya viviendo la vida, sino distraído, midiéndola, estás centrado en ti mismo de una manera autorreflexiva, amén de egoísta. La búsqueda de la felicidad puede ser ella misma una condición patógena nueva, propia de nuestra época del consumo emocional, a añadir a las condiciones ya conocidas y descritas, caracterizadas por una suerte de entrampamiento vital y rumia (Harris, 2010; Pérez Álvarez, 2012b).

La PsP, como enfoque que "estudia lo que hace que la vida merezca ser vivida", somete la vida a una valoración sobre si merece la pena o no, lo que fácilmente lleva a analizar, comparar y juzgar lo que sientes y piensas, de una manera perturbadora. Como se sabe, "entrar en tu mente y salir de tu vida" es una buena manera de crearse problemas, de acuerdo con ACT (Hayes, 2013). Por otra parte, ¿qué pasa con la vida que no merece ser vivida?, cuando las cosas no te van bien o la experiencia no es óptima. ¿Sonreír o morir? ¿No puedes estar triste, indignado, cabreado? ¿Qué sería de tu vida si no sintieras vergüenza, culpa, angustia, miedo, timidez, remordimiento, envidia, pena, compasión?, todas ellas emociones "negativas". Precisamente, por ser "negativas", incómodas, desasosegantes, inquietantes, molestas, aversivas, es por lo que son muy positivas: en la vida social y en el desarrollo de uno como persona.

Después de estar esperando a Godot, supongamos que somos felices. Y ahora ¿qué? Varias cosas podrían pasar. Una sería la "cara de tonto" que te queda, como parece que

dijo o bien podría decir Michel Huellebecq. Sin llegar a tanto, una cierta credulidad parece ser el caso. Los participantes en un experimento a los que se les ha inducido un estado de humor positivo, "feliz", muestran una tendencia a aceptar la veracidad de las comunicaciones y menos capacidad para detectar el engaño. Lo contrario en quienes tenían un humor triste, que eran más escépticos y hábiles en detectar mentiras (Forgas y East, 2008). Lo cierto es que no se puede ir, por ahí, "alegremente". Hay quien dice que el feliz es un infeliz. Otra posibilidad es quedar "apalancado", en perfecto estado, sin que ya nada te falte, autorrealizado y autosatisfecho, un Buda feliz, supuesto que lo que se busca en la vida es ser feliz. Sin embargo, siempre habría algún "desgraciado" para quien la vida "apalancada" sea precisamente la que no merece ser vivida y, entonces, se pone a hacer algo interesante, quién lo diría.

Otra posibilidad más, si ya somos felices, es llevar una vida estándar, si estuviéramos de acuerdo con lo que se dice al comienzo de Ana Karenina, de que todas las familias felices se parecen unas a otras, mientras que las infelices, al menos, tienen un motivo especial para sentirse desgraciadas. En efecto, hay un modo y modelo estándar de ser feliz, el tipo extrovertido: sociable, sonriente, abierto, amable (Miller, 2008). Los estudios muestran que los extrovertidos son más felices que los introvertidos, pero éstos y cualquiera que se lo proponga puede ser feliz si y cuando actúa como un extrovertido. Los participantes de un estudio se sintieron más felices cuando se comportaron de manera extrovertida y menos cuando lo hicieron de manera pasiva y tímida (Fleeson, Malanos y Achille, 2002).

El estilo extrovertido, afable, amable, sociable, alegre, es seguramente preferible en el trato social, en tanto no resulte artificioso y empalagoso, al introvertido, retraído, evitativo, tímido, pesimista, cuyo trato puede ser más espeso y menos fluido. Siendo así, no es de extrañar que el extrovertido, "feliz", tenga más éxito social, más amigos, saque partido de las relaciones sociales y cosas por el estilo.

Sin embargo, el feliz no es necesariamente una bendición para los demás. Aparte de que puede ser un poco "crédulo", "infeliz", el estado de felicidad puede hacer a uno egoísta y descortés. Al menos, eso muestran estudios experimentales. No hay por qué creer las simplezas del Dalai Lama. Los participantes en el Juego del Dictador (un paradigma de economía experimental) a los que se les indujo un estado de humor positivo, hacen los repartos más en función de sus impulsos egoístas, que aquéllos en un estado de humor negativo, quienes ponen más atención a las normas de justicia. Estos resultados están en línea con otros que muestran que el humor negativo mejora la memoria de los testigos oculares, reduce los estereotipos y aumenta la buena educación (Tan y Forgas, 2010). Es como si por ser feliz te lo merecieras todo, haciendo bueno el eslogan "porque yo lo

valgo". En otro estudio, los individuos en estado de humor positivo mostraron niveles más bajos de cortesía, en comparación con aquellos en un estado de humor negativo. Los autores entienden que los individuos "felices" son más superficiales en valorar la situación, toman decisiones más rápidas y están más seguros de ellas. En contraste, los individuos "entristecidos" son más juiciosos y toman en consideración más detalles. Mientras que los individuos con humor positivo parecen ir "sobrados", sin tener que atender a los detalles ni a las normas de "buena educación" dentro de la interacción, con estilos más informales y descorteses, los individuos con humor negativo son más cautos y están más atentos a los detalles, a las normas y a los usos apropiados en las interacciones (Morse y Afifi, 2012).

Todas estas cuestiones, planteadas con ironía, revelan lo que pasa al hipostasiar la felicidad, entresacada del conjunto y transcurso de la vida, tomada como objeto y, lo que es el colmo, como instrumento para otras cosas. Cuando se suponía que era el fin de la vida, en todo caso resultante de cómo te va en ella, la felicidad viene a ser ahora, con la PsP, el medio para mejores matrimonios, empleos, puestos, relaciones sociales y estados de salud, que son las cosas de las que se creía que dependía la felicidad. El fin se ha convertido en instrumento para el propio fin. ¿Cómo es posible? Mediante la citada tautología, pero no a coste cero, sino a costa de la citada "trampa de la felicidad". Una nueva reflexividad potencialmente patógena en tomo a si eres feliz, cuánto, por qué no. Una forma como otra cualquiera de salir de la vida y entrar en tu mente. Es posible que la PsP como ciencia de la "industria de la felicidad", a través de la floreciente literatura de autoayuda, aumente la clientela de las terapias contextuales, para "deshabituarse" de la rumia de pasar todo por lo bien que te sientes. Y ya no digamos si se enseña la felicidad en la escuela, que además de distraer a los niños de lo que realmente tienen que aprender, les mete en una thermomix emocional. La buena noticia es que de la felicidad "se sale". Después de tanta felicidad, la gente puede querer volver a la normalidad, con todas sus cosas y consecuencias. Ulises prefirió la odisea de la vida a quedarse en una isla llena de felicidad.

En algún sitio entre Platón y el Prozac se perdió la asociación de la felicidad y la virtud, como cuestión ética de una vida buena, para hipostasiarse como objeto e instrumento. Esto ocurrió en el siglo XVIII, siendo Kant el gran separador de la felicidad de su entronque con la ética. A continuación vendrían el utilitarismo, aquello de "la mayor felicidad para el mayor número", y después, hoy, el liberalismo económico, el capitalismo consumista y el consumismo emocional, inestimables socios de la industria de la felicidad, con la PsP como cobertura ideológica so pretexto de ciencia. Todo ello, sin menoscabo de las buenas intenciones de sus proponentes, que pueden ser tan buenas como ingenuas.

9

Afinidades con otras terapias

Una vez vistos algunos frentes abiertos del enfoque contextual, así como ciertas confrontaciones, es el turno para las afinidades. Las afinidades se van a repartir en tres direcciones. En primer lugar, se van a resaltar similitudes y diferencias entre las propias terapias contextuales. Siendo de la misma generación, no tienen las mismas prestaciones. Lo bueno es que sus diferencias son complementarias. En segundo lugar, se va a hacer lo mismo respecto de la terapia cognitivo-conductual. Siendo de la misma familia, no tienen los mismos rasgos, ni intereses. La controversia entre ellas está servida, como en las mejores familias. Finalmente, se refieren afinidades con terapias de otras estirpes y tradiciones. Aquí, la idea es extremar las afinidades, en vez de las diferencias. Las diferencias existen, persisten y dificilmente serían salvables, pero tampoco habría por qué salvarlas. El "enemigo" de las terapias psicológicas no está entre las terapias psicológicas.

9.1. Similitudes y diferencias entre las terapias contextuales

Naturalmente, las distintas terapias contextuales tienen similitudes, por las que se identifican como formando parte de una misma generación. El aire de familia les viene de su raigambre conductista, consistente en entender los fenómenos psicológicos, incluyendo los clínicos, en términos de conductas en su relación de unas con otras y con las contingencias del entorno, de acuerdo con una historia de aprendizaje. Las cogniciones, pensamiento, ideas "racionales" o "irracionales" y demás actividades cognitivas se consideran propiamente conductas verbales, a menudo silentes, donde pensar es hablar consigo mismo en silencio. Las emociones, los sentimientos y, en general, las experiencias subjetivas se consideran distintos aspectos de la conducta: estímulos, respuestas, acciones, reacciones, consecuencias que, en cada caso, el análisis funcional pone de relieve. Las relaciones que se constituyen entre los distintos términos implicados: estímulos (privados o públicos), conductas verbales y no verbales, consecuencias, equivalencias funcionales con diferentes topografías, nuevas relaciones no entrenadas, etc., se entienden como unidades funcionales: contingencias de tres términos y marcos relacionales. La mente tradicional se refiere, en realidad, a relaciones funcionales que el sujeto mantiene con el mundo de una manera mutuamente constitutiva y consigo mismo. La mente son las relaciones con el mundo y consigo. El moldeamiento de la conducta se da a la par de la conformación del

mundo, por la que su indeterminación e indiferenciación se convierten en situaciones humanas significativas, habitables o, en su caso, inhabitables cuando son disfuncionales e inhóspitas.

Este aire de familia se traduce en la práctica clínica en varios aspectos comunes. Uno es, cómo no, el énfasis contextual, situando el problema en las relaciones que se han establecido con y dentro de determinados contextos: ambientales (circunstancias de la vida), interpersonales y personales (uno mismo con contexto de sus propias experiencias y acciones). Otro aspecto es la definición del problema en términos funcionales (transdiagnósticos) e ideográficos, centrados en el caso, no categoriales y nomotéticos. Otro aspecto más es la incorporación de la aceptación como forma de cambio, consistente en cambiar las relaciones con los propios pensamientos y sentimientos, en vez de insistir en la eliminación de cogniciones y emociones específicas. El propósito de las terapias contextuales es constructivo, más que eliminativo, tratando de desarrollar la capacidad de la persona para experimentar las emociones que sea y de reorientar la vida sobre un horizonte de sentido (de acuerdo a sus necesidades y valores).

Dentro de su similitud, las terapias consideradas tienen sus diferencias, no de enfrentamiento, sino de peculiaridad. Así, la peculiaridad de la PAF es la consideración de las relaciones humanas íntimas como parte esencial de la vida y de los problemas psicológicos, el énfasis en la relación terapéutica como el lugar propio del cambio y el uso del reforzamiento en sesión como operación terapéutica principal, plasmada en la empatía y feedback del clínico. Los aspectos técnicos más característicos son la taxonomía de las conductas clínicamente relevantes (CCR) dadas en sesión, así como las reglas terapéuticas. Dentro del análisis de la conducta, la habilidad más requerida para un terapeuta PAF es el análisis funcional de la conducta verbal en sesión (in situ, en vivo y en directo). No a pesar de él sino precisamente por su carácter conductista, la PAF tiene interés para toda terapia, y no solo para las contextuales, por la creación de relaciones terapéuticas intensas y su clarificación como nunca se ha hecho, al contar con toda una taxonomía de CCR y de reglas terapéuticas.

La peculiaridad de la ACT es la consideración de la ubicuidad del sufrimiento humano, como algo inherente al lenguaje mismo, más allá de cualquier problema particular, el énfasis en la aceptación como estrategia de cambio radical (cam blando la manera habitual de tratar con las propias experiencias) y el uso de los valores como aquello que "tira" de uno más allá de sí mismo y da sentido a su vida (dirección y significado). Los aspectos técnicos más distintivos de ACT son probablemente el uso de metáforas al servicio de percibir la situación de "inflexibilidad" en la que está el cliente, la realización de ejercicios

experienciales y la clarificación de valores, algo en lo que esta terapia es única. La aplicación de ACT con "conocimiento de causa" requiere de una sólida formación en la teoría del marco relacional, incluyendo su filosofía y paradigmas experimentales. Aunque su lógica parece clara y hasta algo que uno ya había pensado o cree estar haciendo, no es fácil de aplicar sistemáticamente, empezando por la paradoja de "dejar el problema de lado" que es por lo que el cliente fue a terapia y ocuparse de los valores por los que no fue. Es posible que los terapeutas que vienen de la terapia existencial o logoterapia entiendan mejor la lógica y el procedimiento de ACT, que aquellos primos hermanos que proceden de la terapia cognitivoconductual, según ésta enseña a "disputar" pensamientos irracionales y así.

La peculiaridad de la activación conductual es la consideración de la quiebra del reforzamiento positivo (alicientes e incentivos de la vida) como condición de la depresión, el énfasis en la situación creada por lo que uno hace y deja de hacer como trampa vital y el uso de la activación para poner en contacto con las contingencias como manera de que "pase" algo, que algo pueda cambiar y que esto reobre sobre el estado de ánimo y reenganche al cliente con la vida. No se trata de una activación por estar activo, sino porque algo cambie. El aspecto técnico más comprometido de la AC es seguramente la activación de personas desmotivadas, sin motivos para hacer nada, acaso esperando estar bien para poder hacer lo que sea, pero no antes. El terapeuta AC funciona como un "abogado defensor" del cliente contra sí mismo, sacando motivos prácticamente de la nada y poniéndolos en juego, bajo la apuesta de que pasa o pase algo, con efecto en su estado de humor y actitud. La AC quizá es la menos sofisticada en bagaje conceptual y técnico de las terapias contextuales, pero no menos fundada.

Las tres terapias son complementarias. Los distintos aspectos del contexto que cada una enfatiza no son ajenos a las otras. El contexto de la relación terapéutica que "trabaja" la PAF es fundamental también para las otras. ¿Cómo se van a implicar los clientes en cosas tan paradójicas como "pasar por alto" las experiencias y centrarse en algo distinto (ACT) o empezar a hacer cosas antes de estar bien (AC), sin una relación terapéutica comprometida? Además, la relación terapéutica es una situación real de la vida, en la que las acciones del cliente ya están teniendo consecuencias (AC) y donde la aceptación y mindfulness se pueden poner en práctica (ACT). Asimismo, la PAF proporciona un modelo para la aplicación del reforzamiento en sesión, de importancia en toda terapia y, en particular, en la AC, que "vive" de ello. La PAF y la AC comparten la misma filosofía conductual radical y tienen su base en el reforzamiento, pero la AC carece de un modelo de reforzamiento para su aplicación en sesión, así como de reglas conductuales específicas,

entre ellas, el examen del potencial reforzarte del terapeuta. Por otra parte, la AC propone un modelo de patrón de evitación conductual que se puede utilizar en sesión como CCR1, así como crea condiciones para el reforzamiento fuera de la sesión (Busch et al., 2010).

Por su parte, la PAF, cuenta con cambios ambientales como los promovidos por la AC e intrapersonales como los de la ACT (aceptación, autodistanciamiento). La noción de CCR proporciona igualmente un marco para la AC y la ACT, relativo a identificar y definir conductas clínicamente relevantes de su interés, consistentes en problemas como, por ejemplo, patrones de evitación (retirada, rumia, pasividad) o en posibles mejorías (comportamientos que suponen flexibilidad y contacto con las contingencias). Por su parte, la puesta de la aceptación y los valores en primer plano, como hace la ACT, es de importancia para toda terapia que se precie, incluyendo la PAF y la AC.

Muchos clínicos utilizan complementariamente las terapias contextuales (López Bermúdez, Ferro García y Valero Aguayo, 2010; Martín Murcia, Cangas Díaz y Pardo González, 2011; Páez y Luciano, 2012). Aunque cabe utilizar la PAF mientras se aplica ACT, por ejemplo, para moldear la aceptación y el compromiso de acción, la ACT mientras se aplica PAF, por ejemplo, para reducir patrones de evitación de modo que facilite las relaciones interpersonales, y ambas a la vez, por ejemplo, la relación para construir procesos de aceptación y la aceptación para facilitar la relación (Kohlenberg y Callaghan, 2010), la idea general es que la PAF puede ser un marco comprensivo para ACT y AC (Ferro García, Valero Aguayo y López Bermúdez, 2009; Valero Aguayo et al., 2011). El mayor compromiso de la PAF con la lógica y los principios del análisis funcional, junto con su claridad conceptual, la disponibilidad de una teoría del yo y sus trastornos y su énfasis en la relación terapéutica, la hacen más cabal como marco terapéutico, para las propias terapias contextuales y afines.

9.2. Similitudes y diferencias con la terapia cognitivo-conductual

Las similitudes y diferencias entre la terapia cognitivo-conductual (TCC) y las terapias contextuales es cuestión controvertida. Las posiciones pueden ir desde la consideración de que las terapias contextuales no suponen en realidad novedad como para hablar de revolución, a la consideración de que representan toda una nueva generación o nueva ola. "Nueva ola o viejo sombrero" es una fórmula plan teada por autores que sostienen que la nueva ola de psicoterapia no representa un enfoque realmente nuevo (Hofmann y Asmundson, 2008). Las similitudes que sin duda tienen no deben oscurecer diferencias esenciales. El planteamiento de las diferencias hasta donde sea sostenible puede ser científicamente más responsable e interesante, en la medida en que contribuya al

esclarecimiento y elaboración de las teorías y procedimientos en juego, habida cuenta de que los enfoques contendientes proceden de la misma tradición. Acaso entre tradiciones hasta ahora distantes, amén de distintas, fuera más interesante extremar las similitudes, como se hará a propósito de las terapias de "otras" estirpes.

El planteamiento de las diferencias no necesariamente lleva a la exclusión, refutación o descalificación entre los enfoques, ni tampoco impide influencias mutuas que, por lo demás, no tienen por qué ser democráticas, sino en función de su potencia y evidencia. Si las terapias contextuales y cognitivas tienen su propias "montañas que subir", mejor es que lo hagan en conversación que mirándose de reojo (Arch y Craske, 2008; Hayes, 2008). Empezando por las similitudes, no es fácil calibrarlas, ahora, después de que las terapias de tercera generación se han establecido y triunfado como "nueva ola", puesto que ya han influido en la TCC tradicional, de manera que ésta se presenta ya como teniendo de toda la vida las "cosas" que aportan las nuevas que, como dicen, no son para tanto. De hecho, se ha producido una "evolución natural" reconocida de la TCC en la dirección de la aceptación y mindfulness (Chadwick, 2009; Tai y Turkington, 2009).

Por otra parte, las similitudes y diferencias dependen de las terapias concretas en comparación, habida cuenta que tanto la TCC como las terapias contextuales constituyen familias numerosas. Así, no es igual hacer referencia a la terapia racional emotiva de Albert Ellis que, por ejemplo, incluye la aceptación, aunque sea de una forma estoica, a la solución de problemas, más centrada en la búsqueda de alternativas que en la "disputa" de cogniciones, a la terapia metacognitiva, a veces ella misma incluida como terapia de nueva ola o la terapia cognitiva de Aaron Beck. Aquí se tomará precisamente la terapia cognitiva de Beck como referente, por ser la más típica y prototípica TCC que, no en vano, marca la segunda generación. Asimismo, dentro de las terapias contextuales, también hay distintas variantes, algunas de ellas evolucionadas de la propia TCC, de manera que no sería lo mismo tomar unas u otras como referentes. Aquí se tomarán como referencia las tres expuestas, sin duda las más representativas.

Por lo pronto, la TCC y las terapias contextuales, siendo de distinta generación, son de la misma familia. El tronco de familia les viene de la terapia de conducta. No por casualidad la terapia cognitiva es una terapia cognitiva conductual, en la que las técnicas conductuales figuran por derecho propio y, a menudo, como primera línea de intervención. Así, por ejemplo, la exposición, heredera de la primera generación, supone de alguna manera la aceptación de experiencias disconfortables, entre tanto se alcanza la "extinción" de las respuestas a situaciones aversivas. Alternativamente, la aceptación por encima del confort podría ser vista como una forma de exposición. Asimismo, la reestructuración

cognitiva, como tal re-estructuración del modo según uno percibe los eventos, podría ser concebida como una suerte de cambio del contexto en el que se tienen las experiencias constitutivas de un problema. A la inversa, el cambio del contexto socio-verbal o del yo podría ser concebido como una forma de reestructuración cognitiva.

Por otra parte, los clínicos de formación cognitivo-conductual suelen incluir en su repertorio profesional el análisis funcional de la conducta, además del A-B-C propio del enfoque cognitivo. La práctica del análisis funcional de la conducta, consistente en identificar un estímulo discriminativo (situación o evento) en cuya presencia la conducta tiene como consecuencia un reforzador (positivo o negativo), un castigo o extinción, sitúa al clínico cognitivo-conductual en la onda de la terapia de activación conductual o de la psicoterapia analítica funcional (PAF). El análisis funcional es una veta común que recorre las tres tradiciones de la terapia de conducta, siendo la depresión el terreno en el que mantiene sus reales: primero como terapia conductual de la depresión (Ferster, Lewinsohn), después como componente de la terapia cognitiva de Beck y finalmente como activación conductual. El análisis funcional sigue siendo trascendental en toda terapia cognitivoconductual que se precie. De todos modos, el uso más sofisticado y con conocimiento de causa del análisis funcional se encuentra en la PAF.

La evitación emocional como condición patógena también figura en la TCC, si bien con un sentido más restringido que la evitación experiencial o conductual propia de las terapias contextuales, donde cobra un papel central.

Aparte, estarían aspectos comunes a todas las terapias como el establecimiento de una buena relación terapéutica, enfatizada en la TCC como relación de colaboración y elevada en la PAF a contexto terapéutico, más que mero medio y acuerdo de trabajo. Asimismo, toda terapia incluye la racionalidad con la que se presenta a los pacientes o clientes, a veces en la TCC formando parte de la "psicoeducación". Podría ser tentador para el cognitivista capitalizar la rationale, explicación o educación al cliente acerca de cómo se entiende su problema y en consecuencia se va a proceder, como una actividad o intervención cognitiva más. Sin embargo, la rationale no es un mero proceso cognitivo del tipo que caracteriza a la TCC, sino toda una concepción, "mitología" o marco de referencia que él mismo da contexto y sentido a las intervenciones y procesos cognitivos implicados.

Las diferencias son notables, consustanciales a la propia razón de ser de las terapias contextuales, surgidas como contra-distintas de la propia TCC. La cuestión es si las diferencias son sustanciales. En la línea argumental de este libro, la respuesta es que lo son. Lo único que cabe aquí y ahora, a estas alturas del libro, es retomar y resaltar algunas de

ellas, sin ser exhaustivas, ni ir una por una.

La ciencia de la terapia cognitiva (Hofmann, Asmundson y Beck, 2013) y la ciencia contextual conductual (Hayes, Levin, Plumb-Vilardaga, Villatte y Pistorello, 2013) son distintas, empezando por las asunciones filosóficas y el modelo científico, de donde derivan el resto de diferencias. La TCC no está ligada a una tradición filosófica particular, como señalan Hofinann y colaboradores. Los propios autores fundadores, por antonomasia Ellis y Beck, se sitúan en la tradición del estoicismo antiguo y los estudios sistemáticos muestran su consistencia con este marco histórico (Robertson, 2010). No por ser antigua, ni estoica, ésta es una mala compañía. Otras terapias, incluyendo las contextuales, también podrían tener, si se busca, una filiación en la filosofía helenística, y a mucha honra.

De todos modos, un fundamento filosófico más estrechamente asociado con la TCC es el racionalismo crítico de acuerdo con una epistemología falsacionista popperiana (Hofmann et al., 2013). Sobre la peculiar teoría del falsacionismo de Popper -considerando la ciencia en términos negativos, de falsación, en vez de constructivos, de conocimiento acumulativo con las refutaciones que sea-, este racionalismo adoptado por la terapia cognitiva es un teoreticismo racionalista representacional, dualista, que supone la mente por un lado (como representación o espejo) y el mundo por otro y, entre medias, "hipótesis" lanzadas en busca de confirmación o refutación. Se supone que así funcionan los científicos y los sujetos psicológicos, incluyendo los clientes de la terapia cognitiva. Esta filosofía a la que se adscribe la TCC, en su carencia de fundamentos filosóficos coherentes, tiene dos consecuencias problemáticas para la terapia: una es que los pacientes más racionales y realistas son probablemente los que más se deprimen (confirmando el aforismo según el cual la lucidez conduce al pesimismo) y otra que la disputa de pensamientos irracionales puede contribuir todavía a más reflexividad patógena. La eficacia que, a pesar de todo, tiene la TCC puede que se deba a otras razones que las supuestas por ella misma como, por ejemplo, los componentes conductuales que pone en juego.

Por el contrario, la ciencia contextual conductual tiene su base filosófica en el contextualismo funcional, un tipo de pragmatismo filosófico que extiende las raíces del conductismo radical, adoptando un enfoque funcional de la verdad y del significado, interesado en la predicción y el control de la conducta de los organismos que, como un todo, interactúan en un contexto históricamente considerado (Hayes et al., 2013). La unidad básica de análisis es la acción en curso situada y propositiva: actos en contexto. A diferencia del racionalismo de la terapia cognitiva, se trata de una filosofía no dualista, coherente con la práctica científica y la conducta de la gente, donde los eventos privados no dejan de tener la considera ción de conductas en curso, situadas en relación con otras

conductas, a su vez, en relación con otros eventos del contexto ambiental e interpersonal. Las cogniciones no tienen un estatuto separado, hipostasiado, como sustancias, estructuras y procesos distintos de la conducta, por más que sean "interiores", silentes, abreviados, sin los requerimientos de la conducta "abierta".

Las cogniciones que la TCC sustantiva vienen a ser, en realidad, conductas verbales silenciosas que funcionan como reglas que influyen en otras conductas verbales y no verbales: metacogniciones o conducta gobernada por reglas. Como dicen Hofmann y Asmundson, sin estar pensando en la distinción skinneriana entre reglas y contingencias, los esquemas cognitivos, "que son creencias generales acerca del mundo, del yo y del futuro", "determinan la "reglas" generales que una persona ha adoptado, en expresiones absolutistas como habrías, deberías y tendrías que" (Hofinann y Asmundson, 2008, p. 10). ¿Por qué llamarlo cognición cuando en realidad quieren decir conducta verbal?

Por otra parte, la TCC tiene una concepción lineal de la cognición, como revela el esquema A-B-C, donde A - se recordará - representa un evento o acontecimiento, B la cognición o creencia y C la reacción emocional o conducta consecuente, como muestra el modelo estándar 1) en la figura 9.1.

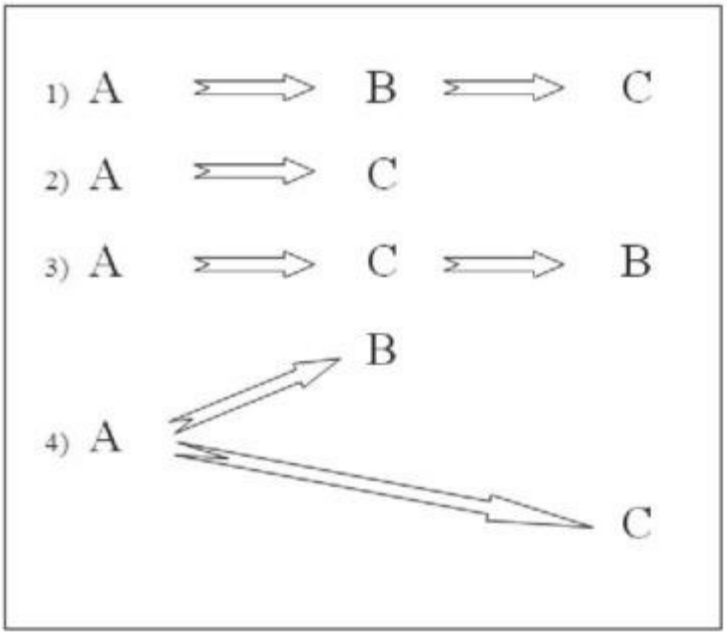


Figura 9.1. El modelo A-B-C de la TCC y su corrección por la PAF.

Pues bien, puede ser el caso que un evento (A) dé lugar directamente, sin mediación cognitiva (o verbal), a una reacción emocional o conductual (C), como muestra el modelo

2) de la figura 9.1. Puede ser también que un evento (A) dé lugar a una reacción emocional o conductual (C) a la que sigue la cognición (B), mostrado en el modelo 3). Todavía puede ser que un evento (A) dé lugar a una cognición (B) sin que esté relacionada causalmente con una reacción emocional posterior (C), mostrada en 4), de la citada figura 9.1. La TCC estaría únicamente indicada para el caso estándar 1), pero no para los otros, donde la activación conductual, la ACT o la PAF serían más apropiadas (Kohlenberg, Kanter, Tsai y Weeks, 2010).

En esta misma línea, la terapia contextual, tomando la ACT como referencia, dispone de un modelo de psicopatología, de intervención y de salud ligado a los principios conductuales: el modelo de flexibilidad. No hay uno de similar coherencia y potencia en el enfoque cognitivo, por más que se reitere y reproduzca el socorrido esquema A-B-C. De hecho, su aplicación ad hoc al trastorno de turno revela una adaptabilidad líquida, más debida a falta de solidez que a versatilidad. Una adaptabilidad que es "cómplice" del modelo médico extendido y propagado en psicología clínica, a título de cuadros diagnósticos. Ahora que la propia psiquiatría promotora de los sistemas nosológicos al uso ha reconocido su falta de validez como entidades diagnósticas, la psicología clínica está plagada de modelos cognitivos de esto y lo otro, a veces hasta varios para un mismo trastorno como, por ejemplo, para el trastorno de pánico. Frente a esta "metástasis" cognitiva está la propuesta transdiagnóstica de la flexibilidad (evitación experiencial y demás) liderada por las terapias contextuales.

En esta misma línea, son también notables las diferencias en cuanto a los objetivos de unas u otras terapias: la reducción de síntomas en la TCC y la flexibilidad psicológica en las terapias contextuales. Si bien la reducción de síntomas ha permitido a la TCC "medirse" con la medicación, también ha limitado su campo de acción. Un ejemplo de esta limitación es el papel de adjunta a la medicación que la TCC ha adoptado, "vendiéndose", por así decir, al modelo médico, en vez de hacer valer otras posibilidades. Como toda terapia psicológica, la TCC puede hacer más que meramente reducir síntomas (de ser posible y conveniente). El hecho de que la TCC exhiba ahora más funciones como, por ejemplo, la aceptación en vez de la disputa, se debe a la influencia de las terapias contextuales, más que a su propia naturaleza y costumbre.

Otra diferencia se encuentra en relación con el contenido versus la función de las cogniciones (pensamientos, creencias): mientras que la TCC se centra en el contenido, discutiendo su adecuación y racionalidad, las terapias contextuales se centran en la función, qué papel están teniendo (rumia, evitación, demanda de atención). Ni que decir tiene que el contenido importa y, en esto, "escarba" bien la TCC, pero una vez analizado y

considerado, cuando ya no dé más de sí, se hace relevante la función. Acaso la insistencia en disputas cognitivas, aunque sean a la manera socrática, puede ser una evitación á deux del clínico y del cliente.

En los cuadros 9.1 y 9.2 se presentan algunas de las diferencias entre TCC y ACT en ansiedad con base en Arch y Craske (2008) y entre TCC, activación conductual y ACT en la depresión.

Cuadro 9.1. Diferencias y semejanzas entre TCC y ACT en la ansiedad

	TCC	*ACT*
Tratamiento de los pensamientos	Reestructuración cognitiva de los sistemas de creencias preconscientes (esquemas).	Desactivación y aceptación (eludir el entrampamiento autoreflexivo).
Enfoque de los síntomas emocionales	Reducción de síntomas sobre la base de su predictibilidad y control.	Aceptación como actitud activa de apertura a la experiencia y abandono de la lucha.
Objetivos de eficacia	Reducción de síntomas	Vida valiosa
Mediadores del cambio	A pesar de su eficacia, "los mecanismos precisos de acción permanecen poco claros".	Aceptación y cambios en la evitación experiencial, parecen estar implicados.

Cuadro 9.2. Diferencias y semejanzas entre TCC, activación conductual y ACT en la depresión

	Terapia cognitivo-conductual	*Activación conductual*	*Terapia de aceptación y compromiso*
Postura conceptual del terapeuta	Los sentimientos de tristeza pueden ser cambiados, siendo la forma más eficaz a través del *cambio de los pensamientos* del cliente. El terapeuta trabaja desde el interior hacia el exterior, con un cambio en el contenido de los pensamientos (o esquemas) como mecanismo propuesto de acción (es decir, un modelo cognitivo mediacional).	Los sentimientos de tristeza pueden ser cambiados, siendo la forma más eficaz a través del *cambio en el comportamiento*. El mecanismo hipotético de acción es el reforzamiento contingente directo sobre el comportamiento programado para la activación.	Trabajar con el objetivo de cambiar los sentimientos de tristeza puede promover la rutina de control emocional y el rígido control de las reglas que alimentan la evitación experiencial. El terapeuta trabaja para *reducir el nexo verbal entre sentirse mejor y vivir mejor*, con un decremento en la evitación experiencial como mecanismo de acción propuesto.
Lo que explica el terapeuta al cliente (rationale)	Su forma de evaluar una situación tiene una influencia crítica sobre cómo se siente y actúa. El pensamiento negativo lleva a estados de humor negativos y comportamientos desadaptativos. Vamos a intentar cambiar cómo se siente cambiando lo que piensa y cómo interpreta las situaciones.	Por todo lo que ha ocurrido, usted está metido en una situación de la que es difícil salir. Ha intentado o esperado estar bien, sin resultados. Vamos a intentar cambiar cómo se siente trabajando desde el exterior hacia el interior porque es ahí donde tenemos mayor probabilidad de resultar exitosos.	Los intentos de cambiar la tristeza no han funcionado para usted. Se necesita una nueva estrategia. La gana es una alternativa: ¿tiene usted ganas de tener la tristeza e ir donde elija ir en la vida? Si lo hace puede que su tristeza disminuya, pero no hay garantías, puede que no lo haga.
Objetivos de eficacia	Reducción de síntomas depresivos.	Activación de conductas reorganizadoras de la vida.	Flexibilidad. Reorientación a valores *a pesar de* las experiencias.

9.3. Afinidades con otras terapias, sin eclecticismos

Para bien y para mal, para bien quizá por la pluralidad y para mal tal vez por la confusión, lo cierto es que existen diversos sistemas de terapia psicológica. Se refiere a sistemas, que cuentan con una concepción de los trastornos psicológicos, un cuerpo doctrinal o teoría, un procedimiento coherente y una forma de aplicación, así como criterios, modos e instrumentos de valoración de su eficacia. No se refiere a técnicas o terapias "sueltas" o "silvestres", sino a sistemas conceptuales, teóricos y técnicos, con su tradición, escuela, instituciones (sociedades, revistas), estándares de formación y requisitos científicos y profesionales. Así, se destacan y reconocen cuatro, al menos, grandes sistemas de psicoterapia: psicodinámico, humanista, sistémico y cognitivo-conductual, dentro del que se situarían las terapias contextuales, cada uno, a su vez, con variantes, a menudo, en tensión y disensión.

Sin ser un sistema más, alineable a la par de los otros, se destacaría todavía el enfoque fenomenológico, como concepción ante-teórica, que debiera orientar e informar la psicopatología y la psicoterapia que quieran atenerse y mantenerse en las "cosas mismas": las experiencias y modos de ser que presentan las personas con trastornos psicológicos o psiquiátricos.

Esta pluralidad de enfoques psicoterapéuticos, reducidos a unos cuantos sistemas, no se puede ignorar, ni dar por provisional, entretanto - se pudiera pensarse establezca un sistema eficaz o de mayor eficacia, y los demás pierdan la posición, desaparezcan o queden marginados. Nada de esto es de esperar, a estas alturas de la historia. Entre otras cosas, porque los diversos sistemas no se reparten entre eficaces y no eficaces, verdaderos y falsos o racionales y absurdos, sino que, con sus más y sus menos, todos tienen sentido y eficacia, en alguna medida y de acuerdo a algún criterio saludable, razonable y aceptable, empezando por la "satisfacción" de los propios clientes, "consumidores" o "usuarios".

Además, hay razones ontológicas y ciertos efectos psicológicos genéricos a toda psicoterapia formal, que contribuyen a su eficacia. Las razones ontológicas se refieren a la propia naturaleza interactiva y contextual de los trastornos psicológicos o psiquiátricos, por la que son susceptibles de diversos ajustes y reajustes saludables, como se dijo en el capítulo anterior. Por su parte, los efectos psicológicos (placebo, Barnun, Pigmalión) se refieren a aspectos inherentes a toda ayuda terapéutica que se precie y que pueden funcionar tanto o más en la medida en que el clínico esté convencido y comprometido con su sistema psicoterapéutico.

Con todo, no se está diciendo que todas las psicoterapias sean igual de eficaces. Como se dijo, la propia noción de eficacia está abierta a mejores criterios que, por el ejemplo, la

reducción de síntomas, pero también mejores que la mera "satisfacción". Satisfechos también pueden estar los usuarios de echadores de cartas y quitadores de mal de ojo. Por lo que aquí respecta, se proponen los cambios y criterios de las terapias contextuales con base en la aceptación (como desenredamiento de sí mismo) y en la recuperación del sentido, dirección y significado de la vida, con lo que a uno le importa y ésta comporta, sin jardines de rosas. De acuerdo con estos criterios, las terapias contextuales probablemente sean más eficaces que las otras, sin querer decir que éstas no lo sean también, y no sólo por las razones ontológicas y efectos psicológicos señalados, sino porque de una u otra manera contienen y ponen en juego los principios y procedimientos que se ponderan y por los que se pondera el propio enfoque contextual.

Dicho esto, dos cosas importan que queden claras. Una es que no se está tanto diciendo que todas las terapias son igual de eficaces, que probablemente no, como que ninguna es ineficaz, al punto de que merezca su desaparición o vaya a desaparecer sin más. La otra es que los criterios ponderados y abanderados por el enfoque contextual no son suyos exclusivos, sino que se encuentran en "otras" terapias. El reconocimiento de afinidades, a menudo, más sustantivas, reales, que electivas, reconocidas, entre las terapias contextuales y las terapias de otras tradiciones o sistemas, puede ser de interés mutuo, amén de científicamente honesto. Al final, las diversas psicoterapias, no son tan diversas. Es hora de que se extremen las afinidades, en vez de las diferencias que, en todo caso, es bueno aclarar y destacar. El diálogo no tiene por qué estar condenado a ponerse de acuerdo, sino que tiene también un buen destino cuando sirve para ponerse en desacuerdo.

Hasta ahora, las terapias psicológicas se han desarrollado unas frente a otras, se han definido contra ellas y nutrido de su crítica. Así, ha ocurrido típicamente en la terapia de conducta frente al psicoanálisis, en la psicoterapia humanista frente a la terapia de conducta y el psicoanálisis, en la terapia sistémica igualmente frente al psicoanálisis y la terapia de conducta, por no hablar de las tensiones y disensiones dentro de cada tradición, sin ir más lejos, las terapias contextuales respecto de las terapias cognitivas. Todo eso está bien: es real y por ello racional y lo racional que es enfrentar razones es también real, como diría Hegel (para quien "lo real es racional y lo racional real"). Gracias a eso, las psicoterapias no han quedado "apalancadas" en la autocomplacencia, ni permanecido en la "edad de la inocencia" (Fernández Hermida, Pérez Álvarez, Fernández Rodríguez y Amigo Vázquez, 2003), sino que se han hecho más competentes y competitivas.

Con todo, eso no carece de secuelas. Una es la endogamia y el chovinismo de los psicoterapeutas, lo que ha traído la ignorancia mutua: la ignorancia. Así, el psicoanálisis (ya) no es (ahora) lo que los terapeutas de conducta creen que es, ni al revés. Otra secuela

es equivocar el verdadero frente en el que se debate el ser o no ser de la psicoterapia, por así decir, equivocarse de "enemigo", que no es otro que el modelo biomédico dominante, no por ninguna razón gremial, por supuesto, sino por razones ontológicas, asistenciales y existenciales. El tema de nuestro tiempo en psicología clínica no es probablemente el enfrentamiento de unas terapias contra otras que, en todo caso, seguirá siendo real y racional, sino la confrontación del modelo médico, reduccionista, cuyas razones se expusieron en el capítulo 4 y en los apartados correspondientes del capítulo 9 (el enfoque contextual frente al cerebro y al DSM-5). Ahora importan las afinidades.

No se trata de hacer un recuento de afinidades posibles, sino de identificar algunas más importantes, por su alcance transterapéutico. Se toman como referentes la psicoterapia psicodinámica, humanista, existencial y sistémica.

•Psicoterapia psicodinámica

En relación con la psicoterapia psicodinámica es obligado empezar por la afinidad electiva, en este caso, de la PAF con el psicoanálisis, ya declarada en su nombre. Así, "psicoterapia analítica" sugiere psicoanálisis y, por su parte, "analítica funcional" sugiere análisis funcional de la conducta, viniendo a tomar el adjetivo "analítica" una doble referencia freudiana y skinneriana. Como a veces ocurre, contraria sunt circa eadem, es decir, los contrarios andan cerca unos de otros. El aspecto más característico de la FAF -su uso de la relación terapéutica como contexto interpersonal en el que se presentan los problemas del cliente y tiene lugar la intervención y el cambio terapéutico-, es también el más señalado descubrimiento del psicoanálisis: la transferencia. La transferencia psicoanalítica es entendida en términos de equivalencia funcional entre aspectos de la relación terapéutica y de otras relaciones significativas en la vida del cliente, sin dejar de ser el mismo fenómeno de identificación proyectiva y compulsión repetitiva de patrones neuróticos (Rosenfarb, 2010).

Aunque las bases sobre las que analizan el fenómeno son distintas: el psicoanálisis de acuerdo con la metapsicología freudiana y el análisis de la conducta de acuerdo con la psicología del aprendizaje, la "transferencia" es un material para la terapia de primera mano, para ambos enfoques. Los analistas de la conducta pueden aprender del enfoque psicodinámico que acaso la proyección no sea una simple respuesta generalizada, sino un patrón compulsivo, y los psicoanalistas, por su parte, podrían aprender del enfoque conductista a identificar las contingencias que rodean la conducta del cliente en sesión y ver cómo son similares y diferentes a aquellas que han aparecido en la historia del cliente (y de paso ganar en sobriedad interpretativa).

La interpretación es también una operación terapéutica común a psicoanálisis y análisis de la conducta, si bien centrada en "causas" distintas y distantes: motivos inconscientes del pasado y relaciones funcionales actuales, respectivamente. Para el psicoanálisis, la interpretación es la operación terapéutica principal y para la PAF es una regla terapéutica más, donde la operación principal es el reforzamiento positivo de las mejorías observadas en terapia.

Siendo la transferencia y la interpretación, junto con la relación terapéutica, hallazgos y conceptos fundamentales de la psicoterapia debidos al psicoanálisis, es de destacar que son esenciales en una terapia radicalmente conductista como la PAF, precisamente por ser radical, como lo es el psicoanálisis, tratando de ir a la raíz de los actos psíquicos (contraía sunt circa eadem). El propio Skinner ofreció en Ciencia y conducta humana una explicación (no una refutación) del posible funcionamiento de la psicoterapia, en términos de audiencia de punitiva, de manera que conducta del paciente hasta entonces impensada e impensable ("reprimida"), empieza a tener lugar. El paciente se "desensibiliza" a su propia conducta, dado un contexto permisivo, no punitivo, sin castigo, ni censura, como proporciona la relación terapéutica (Skinner, 1974).

Un concepto emblemático de las terapias contextuales como la evitación experiencial o conductual viene a ser un tipo de mecanismo de defensa. Aun siendo la evitación disfuncional, no deja de ser la manera que la persona sabe hacer, le "satisface" y le "protege", dadas las circunstancias. El "reforzamiento negativo" implicado en la evitación viene a ser una suerte de dinámica psicológica de impulsos enfrentados, satisfacciones ambivalentes, conflictos irresueltos, funciones disfuncionales o disfunciones funcionales, que no tiene por qué evitar términos psicodinámicos para su consideración o reconsideración. La evitación experiencial puede ir más lejos en compañía de los mecanismos de defensa y éstos salir de sus profundidades de la mano de la evitación experiencial.

El contextualismo funcional tiene su homólogo en el contextualismo fenomenológico que los psicoanalistas George Atwood y Robert Storolow han adoptado para su psicoanálisis fenomenológicamente orientado (Storolow, 2011; Storolow y Atwood, 2004). El contextualismo funcional es un marco del psicoanálisis que se caracteriza por tres aspectos. Es fenomenológico en el sentido de centrarse en la experiencia emocional, sin reificarla ni situarla más allá de la conciencia, es hermenéutico en el sentido de buscar interpretativamente estructuras de significado que organizan la experiencia y es contextual en el sentido de captar la experiencia dentro de sistemas contextuales interpersonales. Todo de acuerdo con una teoría de sistemas intersubjetivos. Así, tanto el desarrollo psicológico

como la patogénesis son conceptualizados en términos de contextos intersubjetivos específicos que conforman el proceso de desarrollo y facilitan u obstruyen la relación con el mundo, desde la infancia. La noción de inconsciente se deshipostasia y libera, como dicen, de "estorbos metapsicológicos" y se sitúa en la línea de fluctuación inconsciente-conciencia. La transferencia se entiende que es un sistema intersubjetivo que se constituye en la relación interpersonal, sin salir como un resorte, ni estar meramente evocada por estímulos. En esta perspectiva, el psicoanálisis se ofrece como un método dialógico que trae a la conciencia reflexiva la experiencia prerreflexiva (temida, no validada o no articulada). Si el contextualismo funcional se corresponde con el contextualismo fenomenológico, la teoría del marco relacional de aquél lo hace con los sistemas intersubjetivos de éste. El marco fenomenológico-existencial da vida al marco de la ciencia contextual funcional, un tanto asfixiada en su cientifismo.

•Psicoterapia humanista

En relación con la psicoterapia humanista, es interesante resaltar que su uso inadvertidamente del reforzamiento selectivo de conductas de mejoría del cliente (CCRs2), a pesar de su consigna proclamada de no directividad, sugiere una forma natural de reforzamiento como la reclamada por la PAF. Como ha mostrado C.B.Truax sobre el análisis de las interacciones durante 85 sesiones de un caso exitoso tratado por Rogers, Rogers mismo responde con afecto, respeto y empatía contingentemente a conductas que apuntan mejoría como expresión emocional, aclaración y similitudes con el estilo de terapeuta. Según resulta, el afecto, la empatía y la aceptación, en vez de ser actitudes indiscriminadas, dispensadas por igual ante cualquier conducta del cliente, están asociados a ciertas conductas apreciables como mejoría clínica. Lo cierto es que difícilmente podría ser de otra manera. Para que lo fuera, el terapeuta no directivo tendría que ser indiferente, neutral e insensible y si acaso inauténtico, para no corresponder con ninguna acción o reacción diferenciada al hilo y tono de lo que pasa, como seguramente hace en la vida cotidiana. Tendría que esforzarse y falsearse para hacerlo en sesión, con lo que no sería genuino, según pide que lo sea una psicoterapia supuestamente no directiva. Esta manera cálida, amable, comprensiva, no punitiva, crea, es de suponer, un contexto propicio para la autoexploración y el "florecimiento". Una forma natural de reforzamiento como la que, sin pretenderlo, se da en la psicoterapia humanista, pero con conocimiento de causa, es la que se espera en la PAF, sin la desnaturalizada profusión de reforzadores típica y tópica de la terapia de conducta (con derroche de parabienes por chorradas).

En relación también con la psicoterapia humanista, en la variante experiencial (Gendlin, Greenberg), se citaría el empleo de la aceptación y experienciación en el "trabajo con las

emociones" (Greenberg y Paivio, 2000), tratando de recuperarlas para su simbolización en el lenguaje (sentirlas y asirlas con palabras), en vez de eludirlas o eliminarlas. Así, la psicoterapia experiencial tiene como objetivo conseguir el contacto con los sentimientos, supuesto que ciertos problemas se enraízan en la evitación crónica o en el control excesivo de la experiencia afectiva. La focalización que propone consiste en la evocación de la experiencia emocional desadaptativa (abandonando la lucha inútil contra ella) y su simbolización por medio de palabras, de modo que los sentimientos queden asidos al lenguaje (en vez de seguir uno asido por ellos). Se trata, por un lado, de "aceptar aquello que no puede ser evitado" y, por otro, de "simbolizar lingüísticamente la emoción". Ahora soy yo quien tiene esto y no alguien que está tenido por ello. Igualmente, se citaría aquí la técnica del "diálogo de la silla vacía", procedente de la terapia gestáltica y adoptada para la psicoterapia experiencial, así como por la terapia cognitiva con base en la persona para las psicosis de Chadwick, ya inscrita en las terapias contextuales (Vallina-Fernández, Pérez-Álvarez, Fernández-Iglesias, Soto-Balbuena, Perona-Garcelán y GarcíaMontes, en revisión).

•Terapia existencial

La terapia existencial, y en particular la logoterapia de Viktor Frankl, tiene aspectos enteramente afines a la ACT. Así, la logoterapia tiene como objetivos expresos el autodistanciamiento y la autotrascendencia. El autodistanciamiento, que también figura en ACT con este nombre, se refiere a la toma de perspectiva de uno respecto de sus propias experiencias, a fin de cambiar el "patrón neurótico" de huida y de control mediante la intención paradójica de querer tener lo que se teme. La auto trascendencia consiste en ir más allá de uno mismo, despreocupándote de deseos o ansias que te meten en patrones neuróticos, en post de valores que trascienden el momento presente y dan sentido a la vida. Es significativo que la técnica de la logoterapia para este objetivo se denomina derreflexión: indicativa del enredamiento reflexivo en el que consisten los patrones neuróticos. En la base de la logoterapia está un modelo de reflexividad patógena que explica el problema y sugiere su salida de él. La ACT puede ser expuesta en términos de la logoterapia, sin reducirse a ella, pero sin ser tampoco otra cosa en el aspecto existencial que comporta. La logoterapia resulta a su vez reafirmada por ACT. Aspectos de la terapia existencial de Erwin Yalom, como la adquisición de fortaleza ante la muerte (Yalom, 2011) y la técnica de desidentificación (Yalom, 1998) tienen también su afinidad con ACT. Así, el ejercicio experiencial de desidentificación, para el fortalecimiento del yo, consistente en establecer la diferencia entre el yo como contexto trascendental respecto de los distintos eventos (emociones, pensamientos), como contenidos "eventuales", es enteramente

homologable en ACT, donde figuran ejercicios similares como el "observador de sí mismo" y el propio concepto de yo como contexto y yo trascendental.

•Terapia sistémica

La terapia sistemática y, en particular, la modalidad estratégica cuenta con una epistemología clínica similar a la sostenida por las terapias contextuales, no en vano invocando cambios del contexto (O'Hanlon y Wi1k, 1987). La epistemología clínica es un análisis conceptual del efecto sobre la práctica terapéutica de los cambios en las presuposiciones del terapeuta acerca del funcionamiento psicológico. La aplicación clínica de acuerdo con este análisis conceptual implica resoluciones terapéuticas mediante la alteración de las presuposiciones del cliente, así como de las asunciones del terapeuta acerca de sus problemas (qué los causa y cómo se solucionan). Supone, por tanto, una tarea de desenmascaramiento y de desafío de presuposiciones epistemológicas, tanto del cliente como del terapeuta, llevadas, según dicen los autores, conforme a un proceso de negociación.

Cuadro 9.3. Algunos conceptos afines entre las terapias tradicionales y las terapias con textuales

Conceptos de terapias tradicionales	*Conceptos de terapias contextuales*
Psicoterapia psicodinámica	
Transferencia	Relación de equivalencia (PAF)
Interpretación	Interpretación funcional (PAF)
Mecanismos de defensa	Evitación experiencia (ACT, AC)
Contextualismo fenomenológico (Sistemas intersubjetivos)	Contextualismo funcional (ACT) (Teoría del marco relacional)
Psicoterapia humanista	
Reforzamiento inadvertido	Reforzamiento natural (PAF)
Experienciación	Aceptación (ACT)
Diálogo de la silla vacía	Aceptación y atención plena (ACT)
Terapia existencial	
Autodistanciamiento y autotrascendencia	Autodistanciamiento y compromiso con valores (ACT)
Fortalecimiento de la persona (yo trascendental; desidentificación)	Fortalecimiento de la persona (yo como contexto; yo trascendental; observador de sí mismo) (ACT)
Terapia sistémica	
Epistemología clínica (cambiando contextos)	Cambio del contexto social-verbal (ACT)

Una de las primeras asunciones desafiadas es el supuesto de que las emociones, las sensaciones y los pensamientos son causas de la conducta, por señalar un punto igualmente relevante a la ACT. El principal empeño del terapeuta es conseguir alterar la visión que tiene el cliente de su dificultad de cara a que salga de la consulta dispuesto a hacer algo diferente (a lo que hacía hasta ahora, con el problema). La cuestión no está en reunir información, por ejemplo, relativa a las emociones y pensamientos porque fueran las supuestas causas del problema, sino en alterar cómo el cliente habla acerca de los hechos de la situación problemática, dependiendo de lo cual haga algo diferente. La epistemología clínica es una terapia estratégica que remueve el contexto social verbal (los presupuestos clínicos) antes de poner al cliente a hacer algo diferente que termine por descontextualizar el problema. La epistemología clínica es, así, una terapia estratégica radical, por cuanto plantea el problema de raíz, esto es, en el contexto de conocimiento en el que los clientes aprenden a hablar de los problemas que tienen y a tenerlos. La epistemología clínica se propone desmontar las concepciones psicológicas al uso en clientes y clínicos, de una

manera similar a la ACT, en la medida en que ésta también se propone desmantelar el contexto social verbal en el que se tienen los problemas que se tienen. El cuadro 9.3 presenta las afinidades señaladas en el texto entre las terapias tradicionales y las terapias contextuales, bien entendido que no son todas las posibles.

Epílogo

La exposición que se ha hecho de las terapias contextuales lleva implícita una determinada concepción de los trastornos psicológicos, psiquiátricos o mentales. Implícita, porque no ha sido sistemáticamente desarrollada, pero no oculta, ya que ha emergido en algunos pasajes y en momentos fue explícita, por ejemplo, al identificarlos como entidades interactivas, en vez de naturales. Al hilo del libro, parece estar clara la naturaleza contextual - histórico-cultural - de los trastornos psicológicos. La noción de "trastorno", aunque se ha introducido en clínica (empezando por el DSM) por evitar el término "enfermedad", no deja de tener una connotación médica que, seguramente, dice más de lo que quiere decir en una perspectiva radicalmente contextual. Sin dejar de considerar el término "trastorno" - bastante hace estando en lugar de "enfermedad"-, con todo, puede ser hora, al final del libro, de "dar una vuelta de tuerca" para resituarlo en su propio contexto: en el contexto de los problemas de la vida, cuando la vida se enreda.

Por su parte, las terapias contextuales tienen, por definición, un declarado carácter contextual, en varias dimensiones. Aunque se han contrastado con terapias psicológicas que no son contextuales de convicción, dado su carácter intrapsíquico al modo médico, cabe aquí y ahora, en este caso, "aflojar la tuerca" contextual y percibir que toda terapia psicológica es también contextual, en alguna medida y de alguna manera. La propia naturaleza contextual de los problemas psicológicos implica el correspondiente carácter contextual (interactivo, social, interpersonal) de las psicoterapias. Si se miran las terapias psicológicas al microscopio, de cerca, con cortas miras, se puede percibir que unas son clara y declaradamente contextuales y otras no, o no tanto, como aquellas que siguen un modelo internista, con énfasis en intervenciones específicas dirigidas a supuestos mecanismos averiados.

Sin embargo, si se miran con telescopio, de lejos, con amplias miras, todas las terapias psicológicas, con sus más y sus menos, cobran un aire contextual, interpersonal, diferente de una intervención y terapia médica típica: quirúrgica, radiológica o consistente en medicación. Después de todo, la terapia psicológica de corte médico se parece más a la terapia contextual que a intervenciones típicamente médicas. Aunque puede haber prácticas "borrosas" cuando el tratamiento médico tiene o tenga aspectos holísticos y ambientales (hipocráticos) y el psicológico se centre en el interior de uno, al telescopio se vería que las terapias psicológicas se distinguen de las médicas, al margen de la bata blanca y del lugar donde se apliquen.

La mirada telescópica la podría ofrecer un antropólogo extraterrestre. ¿Qué vería un antropólogo de Marte que tomara a los pacientes de trastornos psicológicos y a sus psicoterapeutas como indígenas? Si los antropólogos clásicos europeos y norteamericanos (para el caso, marcianos) iban a estudiar indígenas, primitivos, aborígenes o nativos a África, Oceanía u Sudamérica, se trataría ahora de adoptar esa mirada extraña, extrañada, curiosa, estudiosa, sobre los europeos y norteamericanos, indígenas, primitivos, aborígenes y nativos de la psicoterapia, donde los haya. ¿Qué vería el antropólogo de Marte? Para no hacerlo meramente fantástico, sino con los pies en la tierra y con criterio antropológico, se dispone de figuras de la antropología clásica que pueden dar cuenta de las figuras en las que consisten los trastornos y las psicoterapias en perspectiva antropológica.

¿Qué vería un antropólogo de Marte debidamente informado de la antropología clásica, en su estudio de campo de los nativos que tienen "trastornos psicológicos" y van a "chamanes", "hombres-medicina", "curadores", llamados "psicoterapeutas" - psiquiatras y psicólogos-, a que les curen o alivien de su males?

Pues bien, yendo directamente a sus hallazgos e informe final, nuestro antropólogo marciano con los pies en la tierra vería que los llamados "trastornos psicológicos", "psiquiátricos" o "mentales" son un tipo de dramas sociales y, por su parte, las llamadas "psicoterapias" son una especie de ritos de paso.

Los dramas sociales (Victor Tumer) refieren procesos inarmónicos o disarmónicos que surgen en situaciones conflictivas y suponen una ruptura en el ajuste y funcionamiento social. Se describen de acuerdo a cuatro fases: ruptura, crisis, remedio y reintegración, como también se podrían describir los trastornos psicológicos. La noción de drama social no meramente permite acoger los fenómenos característicos de sociedades modernas consistentes en "trastornos psicológicos" de acuerdo a esa figura antropológica pensada para sociedades tradicionales. La propia figura de drama social permite captar aspectos característicos de los fenó menos psiquiátricos, desapercibidos cuando se subsumen en la noción de enfermedad o trastorno, como cosa de mecanismos internos averiados. La noción de drama social capta precisamente el carácter social, interpersonal, subjetivo e intersubjetivo inherente a todo problema psicológico: más una crisis que una enfermedad.

Lo que hacen los "nativos" que entienden y atienden los "trastornos psicológicos" complementa y acaba por revelar su condición de drama social. ¿Qué hacen? Aunque lo hacen, como es propio y así seguirá siendo, a título de psicoterapia o terapia psicológica, lo que hacen, en una perspectiva antropológica, es una especie de "rito de paso". La noción de rito de paso (Arnold van Gennep) refiere una institución social dispuesta para promover

transiciones entre estados distintos, para el caso, de una crisis o ruptura en el orden, armonía o ritmo (disorder, trastorno), a un orden o funcionamiento más armonioso y satisfactorio (recuperado, mejorado, reintegrado). Se suelen distinguir tres momentos: separación de una situación anterior, situación liminal "entre uno y otro" y agregación o paso a una nueva situación. La noción de rito de paso, como la de drama social, no meramente permite acoger la psicoterapia en una figura antropológica clásica, lo que no dejaría de ser trivial, sino que permite también captar aspectos suyos esenciales, de otra manera diluidos, como si fueran una intervención específica al modo médico. Por lo pronto, permite captar el esencial carácter social, interpersonal, dado por la relación terapéutica, dispuesta al efecto de ayudar a pasar a uno de una situación problemática en la que está, a otra situación nueva, mejorada o cambiada, incluyendo la propia transformación de uno, si fuera el caso.

Esta perspectiva antropológica, marciana, que se propone como ejercicio intelectual o de pensamiento - para pensar, no meramente ficcional-, no es la última palabra en el estudio del funcionamiento de la psicoterapia, sino la primera, por donde habría que empezar. Primero se han de identificar los fenómenos y las figuras por sus junturas naturales, cómo se dan en el mundo. De ahí la perspectiva antropológica, como método de acercamiento y de aterrizaje, así como de puesta entre paréntesis de las concepciones y prácticas al uso con las que clínicos e investigadores fácilmente están identificados, fundidos y confundidos (como los pacientes de las psicoterapias lo parecen estar según las propias terapias). Se trata, en este ejercicio antropológico, de una especie de "terapia" de las concepciones y procedimientos de la psicoterapia o epistemología crítica. Una tal perspectiva antropológica, situando los trastornos y las psicoterapias en relación con figuras antropológicas clásicas, no es anticientífica, ni desvía, ni excusa los estudios científicos, con los métodos de las ciencias positivas, empezando por la psicología, sino que es antecientífica, anterior, previa, propedéutica de lo que hay que estu diar y enseñar. Antes de ponerse a estudiar algo científicamente hay que saber qué hay que estudiar: con qué tipo de realidad tratamos, en qué campo nos movemos, qué método y qué ciencia le corresponde.

De no ser así, podría pasarle a uno como a aquel que emprendiera la exploración del polo Oeste, sin preguntarse qué es un Polo. Tendría montones de datos, pero no sabría que son. El fracaso de la psiquiatría biológica tiene que ver con la investigación desnortada, como si fuera una especialidad orgánica. Tratando de convertir la psiquiatría en una ciencia del cerebro (neurociencia clínica), puede que termine por ser más especiosa que especializada. No por más neuroimágenes y pruebas de laboratorio es más científica. La

psicología clínica en la medida en que se empeñe en estudiar mecanismos y técnicas específicas puede incurrir, también, en una ciencia más aparente que real. Sin piedras no hay puentes, como sin técnicas no hay psicoterapias, pero lo que hace el puente es el arco, como lo que hace la psicoterapia es ayudar a pasar de una situación a otra.

Marco Polo describe un puente, piedra por piedra.

-¿Pero cuál es la piedra que sostiene el puente? - pregunta Kublai Kan.

-El puente no está sostenido por esta piedra o por aquélla - responde Marco-, sino por la línea del arco que ellas forman.

Kublai permanece silencioso, reflexionando. Después añade:

-¿Por qué me hablas de las piedras? Es sólo el arco lo que me importa.

Polo responde:

-Sin piedras no hay arco.

(Italo Calvino, Las ciudades invisibles).

Referencias bibliográficas

Con el propósito de poner en práctica unos principios ecológicos, económicos y prácticos, el listado completo y actualizado de las fuentes bibliográficas empleadas por el autor en este libro se encuentra disponible en la página web de la editorial: www.sintesis.com.

Las personas interesadas se lo pueden descargar y utilizar como más les convenga: conservar, imprimir, utilizar en sus trabajos, etc.

Barraca, J. (2009). La activación conductual (AC) y la terapia de activación conductual para la depresión (TACD). Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. eduPsykhé, 8, 23-50.

Barraca, J. (2010). Aplicación de la Activación Conductual en un paciente con sintomatología depresiva. Clínica y Salud, 21, 183-197.

Barraca, J. y Pérez-Álvarez, M. (2010). Adaptación española del cuestionario Reward Observation Scale (EROS). Ansiedad y Estrés, 16, 95-107.

Barraca, J., Pérez-Álvarez, M. y Lozano Bleda, J. H. (2011). Avoidance and Activation as Keys to Depression: Adaptation of the Behavioral Activation for Depression Scale in a Spanish Sample. Spanish Journal of Psychology, 14, 998-1009.

Carrascoso, F. J. (2002). Celos: un caso de aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional. Apuntes de Psicología, 20, 347-368.

Fernández, C., Villoria, E., Amigo, L, Padierna, C., Gracia, J. M., Fernández, R. y Peláez, I. (2011). Terapia de activación conductual en pacientes con cáncer. Anales de Psicología, 27, 278-291.

Ferro García, R., Valero Aguayo, L., y López Bermúdez, M. A. (2007). Novedades y aportaciones desde la Psicoterapia Analítica Funcional. Psicothema, 19, 452-458.

Ferro García, R., Valero Aguayo, L. y López Bermúdez, M. A. (2009), La conceptualización de casos clínicos desde la psicoterapia analítica funcional. Papeles del Psicólogo, 30, 255264.

Ferro García, R., Valero Aguayo, L., y Vives, M.C. (2000). Aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional. Un análisis clínico de un trastorno depresivo. Análisis y Modificación de Conducta, 26, 291-317.

García de Vinuesa, F., González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2014). Volviendo a la normalidad: TDAHy trastorno bipolar infantil. Madrid: Alianza Editorial.

García-Montes J. M. y Pérez-Álvarez, M. (2001). ACT como tratamiento de los síntomas psicóticos. El caso de las alucinaciones auditivas. Análisis y Modificación de Conducta, 27, 455-472.

García-Montes J. M. y Pérez-Álvarez, M. (2003). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 3, 107-122.

García-Montes, J. M. y Pérez-Álvarez, M. (2005). Fundamentación experimental y primeras aplicaciones clínicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el campo de los síntomas psicóticos. Revista Latinoamericana de Psicología, 37, 379-393.

García-Montes, J. M. y Pérez-Álvarez, M. (2010). Exposition in existential tercos of a case of "Negative Schizophrenia" approached by means of Acceptance and Commitment Therapy. International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy, 3, 1-18.

García-Montes J. M., Pérez-Álvarez, M. y Perona Garcelán, S. (2013). Acceptance and commitment therapy for delusions. En E.M.J.Morris, L.C.Johns y J.E.Oliver, eds., Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis (pp. 112-128). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

García-Palacios, A. (2006). La terapia dialéctico-comportamental: terapia individual. Psicología Conductual, 14, 453-466.

García-Palacios, A., Navarro, M., Guillén, V., Marco, H. y Botella, C. (2010). Estudio preliminar sobre la eficacia de la terapia dialéctico-comportamental en personas diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad y bulimia nerviosa. Psicología Conductual, 18, 197-216.

González Menéndez, A., Fernández García, P., y Torres, 1. (2010). Aceptación del dolor crónico en pacientes con fibromialgia: adaptación del Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) a una muestra española. Psicothema, 22, 997-1003.

González Menéndez, A., Fernández, P.Rodríguez, F. y Villagrá, P. (en prensa). Long-term results of a randomized controlled trial comparing ACT vs CBT in drug-dependent female inmates. International Journal of Clinical and Health Psychology.

González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2007). La invención de trastornos psicológicos. ¿Escuchando al fármaco o al paciente? Alianza Editorial.

González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2013). Epigenetics and its implications for Psychology. Psicothema, 25, 3-12.

Hayes, S. C. (2008). Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of ACT and traditional CBT. Clinical Psychology: Science & Practice, 15, 286-295.

Hayes, S. C. (2013). Sal de tu mente, entre en tu vida. La nueva Terapia de Aceptación y Compromiso. Bilbao: DDB (original de 2006).

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Wilson, K. G. (2012). Contextual behavioral Science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. Journal of Contextual Behavioral Science, 1, 1-16.

Hayes S. C. y Lillis, J. (2012). Acceptance and Commitment Therapy. Washington: American Psychological Associatio.

Jacobson, N. S., Dobson, K.S.Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 295-304.

Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (2008), Psicoterapia analítica funcional. Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas. Universidad de Málaga (original de 1991).

Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferro García, R., Valero Aguato, L., Fernández Parra, A. y Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. International. Journal of Clinical and Health Psychology, 5, 349-371.

López Bermúdez, M. A., Ferro García, R. y Valero Aguayo, L. (2010). Intervención en un trastorno depresivo mediante la Psicoterapia Analítica Funcional. Psicothema, 22, 92-98.

Luciano, C., y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de Evitación Experiencial. Revista

Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 1, 109-157.

Luciano, C., Molina, F., Gutiérrez-Martínez, O., Barnes-Holmes, D., Valdivia-Salas, S., Cabello, F., Barnes-Holmes, L, Rodríguez-Valverde, M., and Wilson. K. G. (2010). The impact of acceptance-based versus avoidance-based protocols on discomfort. Behavior Modification, 34, 94-119.

Luciano, C., Páez-Blarrina, M., y Valdivia-Salas, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de evitación experiencial. International Journal of Clinical and Health Psychology, 10, 141-165.

Luciano, C. y Valdivia, S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. Papeles del Psicólogo, 27, 79-91.

Luciano, C., Valdivia-Salas, S., Ruiz, F. J., Rodríguez-Valverde, M., Barnes-Holmesc, D., Dougherd, M. J., Cabello, F., Sánchez, V., Barnes-Holmes,Y. y Gutiérrez, O. (2013). Extinction of aversive eliciting functions as an analog of exposure to conditioned fear: Does it alter avoidance responding? Journal of Contextual Behavioral Science, doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.05.001.

Marco, J. H., García-Palacios, A. y Botella, C. (2013). Dialectical behavioural therapy for oppositional defiant disorder in adolescents: A case series. Psicothema, 25, 158-163.

Martin-Murcia, F., Cangas Díaz, A. y Pardo González, L. (2011). A Case Study of Anorexia Nervosa and Obsessive Personality Disorder Using Third-Generation Behavioral Therapies. Clinical Case Studies, 10, 198-209.

Páez, M. y Gutiérrez, 0., eds. (2012). Múltiples aplicaciones de ACT. Madrid: Pirámide.

Pérez Álvarez, M. (1996a). La psicoterapia desde el punto de vista conductista. Madrid: Biblioteca Nueva.

Pérez Álvarez, M. (1996b). Tratamientos psicológicos. Madrid: Universitas.

Pérez Álvarez, M. (2004). Contingencia y drama. La psicología según el conductismo. Madrid: Minerva.

Pérez Álvarez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. Papeles del Psicólogo, 28, 97-110.

Pérez Álvarez, M. (2011). El mito del cerebro creador. Cuerpo, conducta y cultura. Madrid: Alianza Editorial.

Pérez Álvarez, M. (2012a), Third-Generation Therapies: Achievements and challenges. International Journal of Clinical and Health Psychology, 12, 291-310.

Pérez Álvarez, M. (2012b). Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia. Madrid: Pirámide.

Pérez-Álvarez, M. (2013). Anatomía de la psicoterapia: el diablo no está en los detalles. Clínica Contemporánea, 4, 3-26.

Pérez-Álvarez, M. y García-Montes, J. M. (2006). Person, behaviour and contingencies (an aesthetic view of behaviourism). International Journal of Psychology, 41, 449-461.

Pérez Álvarez, M., y García-Montes, J. M. (2012). From neurochemistry to interpersonal chemistry: towards a psychotherapy of Schizophrenia. En A.J.Lancaster and O.Sharpe, eds., Psychotherapy: New Research (pp. 1-21). New York: Nova Science Publishers.

Pérez Álvarez, M., García-Montes, J. M., Vallina-Fernández, O., Perona-Garcelán, S., y Cuevas-Yust, C. (2011). New life for schizophrenia psychotherapy in the light of phenomenology. Clinical Psychology and Psychotherapy, 18, 187-201.

Pérez Álvarez, M. y Sass, L. A. (2009). Phenomenology and Behaviorism: A Mutual Readjustment. Philosophy, Psychiatry, and Psychology, 15, 199-210.

Perissutti, C. y Barraca, J. (2013). Integrative Behavioral Couple Therapy vs. Traditional Behavioral Couple Therapy: A theoretical review of the differential effectiveness. Clínica y Salud, 24, 11-18.

Perona-Garcelán, S., García-Montes, J. M., Rodríguez-Testal, J. F., Ruiz-Veguilla, M., Benítez-Hernández, M. M., López-Jiménez, A. M.,... Pérez-Álvarez, M. (2012b). Relationship of absorption, depersonalization and self-focused attention in subjects with and without hallucination proneness. Cognitive Neuropsychiatry, 18, 422-436.

Perona-Garcelán, S, García-Montes, JM, Rodríguez-Testal, JF, López-Jiménez, AM, RuizVeguilla, M, Ductor-Recuerda, MJ,... Pérez-Álvarez, M. (en prensa). Relationship between childhood trauma, mindfulness and dissociation in subjects with and without hallucination proneness. Journal of Trauma and Dissociation.

Rodríguez Naranjo, C. (1998). Principios terapéuticos y posibilidades clínicas de la Psicoterapia Analítica Funcional. Psicothema, 10, 85-96.

Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. International. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 10, 125-162.

Ruiz, F. J. (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, 333-367.

Ruíz, F. J. y Luciano, C. (2009). Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en la mejora del rendimiento ajedrecístico de jóvenes promesas. Psicothema, 21, 347-352.

Ruiz, F. J., Langer Herrera, A. L, Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltrán, 1. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire - II. Psicothema, 25, 123-129.

Valero-Aguayo, L., Ferro-García, R., Kohlenberg, R. T. y Tsai, M. (2011). Therapeutic change processes in Functional Analytic Psychotherapy. Clínica y Salud, 22, 209-221.

Valero-Aguayo, L., Ferro-García, R., López-Bermúdez, M. A. y Selva-López de Huralde, M. A. (2012). Reliability and Validity of the Spanish Adaptation of EOSS, Comparing Normal and Clinical Samples. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7, 151-158.

Vallejo Pareja, M. A. (2006). Atención Plena. EduPsykhé, 5, 231-253.

Vallejo Pareja, M. A. (2007). El mindfulness y la "tercera generación de terapias psicológicas". Infocop, 33, 16-18.

Vallejo Pareja, M. A. (2008). Mindfulness o atención plena: de la meditación y la relajación en la terapia. En F.J.Labrador (Coord.): Técnicas de modificación de conducta (pp. 225241). Madrid: Ed. Pirámide.

Villagrá, P. y González Menéndez, A. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for drug abuse in incarcerated women. Psicothema, 25, 307-312.

Villagrá, P., Fernández, P., Rodríguez, F. y González Menéndez, A. (en prensa). Differential effectiveness of two substance abuse treatments in female offenders. Journal of Clinical Psychology.

Zych, l., Buela-Casal, G., Sierra, J. C. y Gómez-Rodríguez, S. (2912). El conocimiento y la difusión de las terapias conductuales de tercera generación en psicólogos españoles. Anales de Psicología, 28, 11-18.