

Dificultades y barreras del terapeuta en el aprendizaje de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Carmen Luciano*

Universidad de Almería, Madrid Institute Contextual Psychology, España

Francisco J. Ruiz

Fundación Universitaria Konrad Lorenz

Bárbara Gil Luciano

Madrid Institute Contextual Psychology, España

Luis Jorge Ruiz Sánchez

Universidad de Almería, España

ABSTRACT

Difficulties and Therapist's Barriers while Learning ACT. Contextual therapies are at its peak nowadays, as plenty of workshops, expertise courses, conferences on this matter are given every year around the world. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is a contextual therapy that gathers a vast empirical evidence, and its application is currently widespread to multiple contexts. Nevertheless, when learning ACT some difficulties can arise, especially when theory and practice, as the two sides of the same coin, are set apart. Learning ACT involves the theoretical-applied dimension about the laws concerning human behavior, especially about human language. Moreover, about the conditions under which these laws applied to the processes and methods to generate psychological flexibility. While learning ACT, one of the main problems is related to learn ACT methods or tools without a basic, systematic, precise and contextualized training. An additional problem is related to the difficulties that emerge in the therapists themselves when interacting upon their clients behavior. Their actions might not to be frequently adjusted to the function of their clients' behaviors -and, consequently, there should not be the appropriate context for helping the client to interact with his/her own private events without losing the direction of a valued-life. These latter difficulties have been named "the therapist's barriers". The present article addresses part of this problem. The experience gathered in researching and training professionals in ACT is briefly described, and some effective interventions are presented. This study advances over the need in isolating, experimentally, these ways of proceeding.

Key words: ACT, psychological flexibility, experiential avoidance, therapist's barriers, private events, ACT training.

How to cite: Luciano C, Ruiz FJ, Gil-Luciano B, & Ruiz-Sánchez LJ (2016). Dificultades y barreras del terapeuta en el aprendizaje de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) [Difficulties and Therapist's Barriers while Learning ACT]. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16, 357-373.

Novedad y relevancia

¿Qué se sabe sobre el tema?

- Las terapias contextuales, de tercera generación, especialmente la Terapia de Aceptación y Compromiso, están en auge.
- En el proceso de aprendizaje y aplicación de la terapia surgen dificultades en los terapeutas al entrar en contacto con las conductas de los pacientes. La reacción inefectiva de los terapeutas a los eventos privados que la interacción produce se ha catalogado como barreras del terapeuta.

¿Qué añade este artículo?

- Describe parte de las dificultades en el aprendizaje y aplicación de ACT a partir de la experiencia acumulada en la investigación y formación de profesionales.
- Presenta diferentes claves para abordar las barreras de los terapeutas.

* Dirigir correspondencia a: Carmen Luciano, Departamento de Psicología, Universidad de Almería, 04120 Almería, España. E-mail: mluciano@ual.es. The preparación de este artículo ha sido posible, en parte, gracias al proyecto PSI2014-59610-P (Ministerio Economía y Competitividad, España) bajo la dirección de la primera autora.

En los últimos años, las terapias contextuales o de tercera generación están de moda por buenas razones. Probablemente, la más importante radique en el cambio en la perspectiva que la terapia cognitiva ofrecía sobre la función y el modo de abordar los eventos privados (pensamientos, emociones, recuerdos, etc.). El papel de los eventos privados pronto se convirtió en el talón de Aquiles para la terapia de conducta, debido a que son conductas difíciles de entender y modificar. Las terapias contextuales han profundizado en una visión funcional de los eventos privados avanzando desde los lineamientos de Skinner (1945, 1957), quien ya contempló estas conductas como fundamentales, a pesar de que en esa época no se dispusiera del conocimiento necesario para poder ofrecer una explicación cabal de las mismas, de su influencia y de cómo alterar su función. Las terapias contextuales, y la relativamente moderna teoría funcional del lenguaje y la cognición denominada Teoría del Marco Relacional (TMR; Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001), han ofrecido una visión funcional del sufrimiento y de la terapia psicológica que ha permitido vislumbrar cómo se organizan las emociones y surgen los pensamientos, y cómo estas conductas se enmarcan para actuar en una dirección u otra.

En los últimos años han comenzado a multiplicarse los eventos sobre las terapias contextuales en forma de cursos introductorios, de especialización, expertos, másteres, congresos, etcétera. Las terapias contextuales han abierto puertas que estaban cerradas o permanecían sólo entornadas, dando sentido a muchas prácticas que, en parte, ya estaban ahí. Estas terapias han profundizado en el conocimiento de los procesos por los que la conducta de los humanos se convierte primero en un problema y luego en un trastorno, para finalmente obligar a gastar la energía disponible en solucionar lo que, en ocasiones, no resulta posible resolver u obliga a pagar un elevado costo por hacerlo, llevándose en el empeño una parte importante de la vida. La visión contextual del comportamiento, como obra humana viva, ha ido cambiando en su forma de decir y hacer (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999, 2012; Villatte, Villatte y Hayes, 2015; Luciano, 2016). A día de hoy, disponemos de re-formulaciones de los problemas y estrategias para permitir que los pacientes, en particular, y los humanos en general, podamos hacer inversiones conductuales más efectivas en el tiempo que disponemos desde que somos conscientes hasta nuestra desaparición.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) es una terapia contextual enraizada en la filosofía del Contextualismo Funcional, y enroncada en los datos obtenidos por el análisis funcional de la conducta y la visión contextual del lenguaje desde la TMR. ACT está explícitamente centrada en alterar la *inflexibilidad psicológica*, entendida como una clase funcional de reacción rígida y evitativa a la función de los pensamientos y las emociones, que se hacen presentes al actuar e interactuar con el mundo -con los otros y con nosotros mismos. Dicha forma de reaccionar limita la vida del individuo produciendo, poco a poco, un estado de insatisfacción que provoca más sensaciones de profundo malestar. El contrapunto al patrón de inflexibilidad psicológica es generar un nuevo repertorio caracterizado por la *reacción flexible* y con significado personal a las funciones de cualesquiera pensamientos y sensaciones, en lugar de reaccionar oponiéndose a estos eventos privados y, como consecuencia, limitando la vida personal. Generar este repertorio flexible es el horizonte

que sustenta el trabajo en ACT de principio a fin, y el moldeamiento de dicho repertorio, como no puede ser de otro modo, tiene lugar en el ámbito de las interacciones entre la conducta del paciente y la conducta del terapeuta.

El proceso para sacar al paciente de un patrón de evitación experiencial, de inflexibilidad psicológica, y moldear un patrón de flexibilidad, puede ser descrito de acuerdo a tres ángulos o estrategias señaladas por Törneke, Luciano, Barnes-Holmes y Bond (2015).

Primero, la estrategia dirigida a ayudar al cliente a discriminar su respuesta inflexible ante ciertos eventos privados. Así, en ciertos momentos, la acción del terapeuta irá dirigida a que el paciente *discrimine su propia conducta y el resultado de ella*: qué le pasa, qué tiene que resolver, qué sentimientos y pensamientos vienen con ello, qué ha hecho o hace para resolverlo, qué consigue al hacerlo y qué pasa a la larga, qué cosas no están funcionando y cuáles sí. En esta estrategia, se pretende que el paciente caiga en la cuenta de lo que evita, las reglas que está siguiendo y el producto final de su forma de reaccionar ante sus eventos privados: el patrón de evitación inflexible y limitante. El terapeuta ayudará al paciente a identificar muestras de ese patrón dentro y fuera de la sesión.

Segundo, la estrategia dirigida a ayudar al cliente a detectar su conducta y enmarcarla en relación jerárquica con el déctico Yo. Es decir, en otros momentos, la acción del terapeuta estará más ocupada en que la persona *fabrique espacio entre él y sus emociones y pensamientos y experimente la continuidad inclusiva del yo mientras actúa con sentido*, en acciones tanto dentro como fuera de sesión.

Tercero, la estrategia dirigida a ayudar al paciente a detectar las funciones de *augmental* y las acciones coordinadas con ellas. De este modo, en otros momentos, la acción del terapeuta estará más dirigida a *clarificar la dirección con significado* del paciente, a *ampliar el horizonte* con acciones dentro y fuera de la sesión, *mientras* conecta y está abierto a cualquier pensamiento y emoción que surja en el proceso.

Estas tres estrategias *están presentes unas en otras*, de modo que al trabajar en una se está trabajando también en las otras, debido a que todas están canalizadas a un único objetivo: generar un repertorio de flexibilidad en el paciente que se define técnicamente por enmarcar la propia conducta en jerarquía con el déctico Yo (Törneke *et al.*, 2015).

En la última década, se ha observado que uno de los principales factores que dificultan el avance del tratamiento en ACT -y en otras terapias de tercera generación como la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991)-, está directamente relacionado con las habilidades que los terapeutas han de desplegar en sesión ante sus propios eventos privados, al entrar en contacto con la conducta de los clientes (Batten y Santanello, 2009; Follete y Batten, 2000; Luciano, 2011; Luoma, Hayes y Walser, 2007; Machado, Beuthler y Greenberg, 1999; Pierson y Hayes, 2007; Strosahl, Hayes, Wilson y Gifford, 2005; Strosahl, Robinson y Gustavsson, 2015; Wilson y Sandoz, 2008). Dicho de otro modo, los terapeutas están en sesión con *sus propias ideas, emociones y recuerdos, debiendo aprender a situarlos al servicio de llevar a cabo la acción más efectiva posible para el paciente en cada momento*. Y esto es así, porque su conducta será la herramienta principal que, como antecedente y consecuente, irá moldeando el nuevo patrón de conducta en el paciente.

Con lo anterior estamos haciendo referencia al proceso de aprendizaje de ACT: *la teoría y la práctica como los dos lados de una misma moneda*. Este proceso implica

fabricar ambos lados de la moneda de modo que se aúnen para cumplir la principal función, que no es otra que observar la efectividad de la conducta del terapeuta en la conducta del paciente. Sin embargo, no ha de extrañar que se produzcan problemas. Un problema general, viene dado por un entrenamiento práctico impreciso que no reúna los múltiples ejemplos necesarios para aprender el funcionamiento y versatilidad de las herramientas y procesos en los que se sitúan. Un problema específico es que *las conductas del paciente producirán funciones en el terapeuta*, y si éste no tiene generada *la moneda con ambos lados*, no podrá ser útil al paciente. Las ideas, emociones y pensamientos entrelazados del terapeuta, sus gestos, su modo de expresar, en suma, su *estar en el mundo*, representan la coherencia fomentada a lo largo de su vida y harán acto de presencia en el curso de la terapia como lo hacen en el curso del resto de sus actividades. Si el terapeuta sólo ha aprendido un lado de la moneda, será una moneda inacabada, y responderá sólo bajo la fuerza de lo que su historia personal le permite, sin el cuerpo conceptual necesario o la suficiente flexibilidad para ajustar la reacción a sus propios eventos privados de acuerdo a aquellas acciones que serían más terapéuticas para el paciente.

La tecnología para *producir una moneda completa* parece estar disponible, y aunque una publicación más detallada y extensa sobre esto está en marcha, este artículo tiene como objetivo *compartir la información acumulada tras largos períodos de investigación, docencia, y práctica clínica* y hacerla disponible más allá de las fronteras del laboratorio, y de quienes por colaboración o participación en la formación han accedido a ella en primer término.

EL PACIENTE MOSTRARÁ EJEMPLOS DEL REPERTORIO INFLEXIBLE Y EVITATIVO

El paciente *mostrará*, tanto dentro como fuera de la sesión, lo que siente ante la vida que lleva y las circunstancias actuales, sus reglas de funcionamiento para desenvolverse y las acciones que emprende para resolver los problemas que encuentra. Mostrará respuestas, públicas o privadas, que estarán bajo control de las reglas que enmarcan pensamientos/emociones y acciones, y que habrá derivado como adecuadas para salir al paso de los enredos con los que se tope. Por ejemplo que “cuando se siente angustia, no se puede continuar con una vida normal”. Mostrará que su angustia y depresión son sus problemas, mientras que son sólo, aunque no poco, señales que reverberan lo que está haciendo con su vida. De este modo, el verdadero problema estará más en lo que persigue en la vida, y lo que persigue cuando la angustia se presenta (por ejemplo, deshacerse de ella). Ante el problema que siente, su angustia y depresión repleta de pensamientos, el paciente habrá desplegado una serie de soluciones con el paradójico efecto de que éstas no le han obsequiado con algo de sentido o satisfacción por lo que hace, con tranquilidad y algo de paz.

Sirva como ejemplo una paciente que se queja de un profundo sentimiento de depresión. La vida le va muy mal porque no puede evitar los recuerdos dolorosos, ni la angustia al imaginar su futuro. Ante esto, reacciona con una cascada de quejas, dudas sobre su existencia, lamentos, llantos, bloqueos y abandono de actividades hasta, finalmente, cerrar el bucle con la cama, el alcohol o las pastillas. Gasta sus energías

en pelear con y esquivar sus emociones, en dar vueltas a lo que le pasa tratando de buscar alguna explicación que la tranquilice, o aislándose en silencio. Sin embargo, el resultado es una multiplicación de sus pensamientos negativos y la interrelación de emociones que producen un gran malestar, oyéndola decir: “no tiene arreglo”, “nada va a servir”, “no tengo suerte como los demás”, “lo mejor es dejarlo todo”, “la vida es así de cruel”, evocando un pensamiento sobre sí misma que funciona como jefe de los demás. Por ejemplo, “soy peor que los demás y estoy aislada” (Luciano, Ruiz y Törneke, 2015; Ruiz, Riaño Hernández, Suárez Falcón y Luciano, 2016). Esta rumia prolongada le produce un gran cansancio y le lleva a buscar más explicaciones y al abandono de ser como le gustaría. De mantenerse reaccionando así, no sólo seguirán multiplicándose estas emociones y pensamientos, que se harán cada vez más presentes y ampliarán su fuerza, sino que su vida quedará más y más empobrecida y ella más débil, insatisfecha y cansada.

Por su condición humana, los pacientes han generado a lo largo de su historia un sistema de coherencia que les envuelve y mantiene en ella, en una dirección que, en el fondo, no es la que quisieran. Este sistema de coherencia transforma lo que ocurre, provocando que los pacientes queden “pillados” en una trampa verbal que transforma las contingencias. En el ejemplo anterior, dar vueltas en forma de quejas, auto-inculpación, comparación, etcétera, conduce a rumiar todavía más y, finalmente, a otras conductas de evitación como abandonarse. Estas reacciones inflexibles de evitación/escape del malestar, como estrategia para resolver el problema, resultan coherentes al paciente pero son escasamente efectivas; ya que, a corto y/o largo plazo, limitan su vida (e.g., Hayes *et al.*, 1999; Luciano, Valdivia y Ruiz, 2012; Törneke, 2010; Villate, Villate y Hayes, 2016; Wilson y Luciano, 2002).

Como señalábamos, los pacientes darán en sesión muestras de su repertorio evitativo, inflexible, cargado de coherencia, y lo harán en la forma de *conductas clínicamente relevantes* (en términos de FAP). Es ahí donde el terapeuta interactuará con lo único disponible, su conducta, con el fin de ayudarles a discriminar que la angustia y la depresión están ahí como señal de algo que es mucho más importante y de lo que se están alejando o a lo que no se están dirigiendo. El terapeuta debe ayudarles a experimentar el verdadero problema y a que trasladen su energía hacia aquello que les haga sentir lo que verdaderamente quieren de sí y para sí, abriendo puertas en su horizonte.

EL TERAPEUTA INTERACTUARÁ CON LA CONDUCTA QUE EL PACIENTE “LE SIRVE”

Como en cualquier interacción, en terapia se activan funciones. La terapia es sólo un tipo especial de interacción, en la que las conductas de ambos se afectan con el objetivo de lograr cambios en la del paciente. Es por ello que la relación terapéutica y las habilidades de los terapeutas han sido el talón de Aquiles para casi todos los modelos de terapia psicológica. De forma genérica, se ha señalado que las interacciones entre la conducta del paciente y la del terapeuta son la base del éxito o fracaso del proceso terapéutico. En este sentido, es preciso hacer notar que las interacciones no son efectivas o inefectivas sin más, sino que lo serán respecto de algún criterio o dirección, y las terapias varían sustancialmente en este punto.

En el caso de ACT, las interacciones entre terapeuta y paciente llevarán la *dirección* de que éste desarrolle un patrón flexible de reacción a sus eventos privados que le permita mejorar su vida, y en este sentido, el terapeuta tendrá como objetivo generar las condiciones para que las conductas de ambos vayan en la misma dirección. Por definición, lo que haga el terapeuta tendrá una dirección y si no se hace explícita, el cliente derivará o le dará sentido a las acciones del terapeuta en la dirección potenciada a lo largo de su historia personal. Paradójicamente, esto puede dar lugar a que terapeuta y paciente trabajen juntos pero con rumbos opuestos.

Siguiendo a Strosahl *et al.* (2005, 2015), el terapeuta ha de procurar que las interacciones con el paciente sean tan útiles como si fueran las únicas ocasiones que ambos tuvieran. En la misma línea, el terapeuta debe procurar que sus acciones, en el tiempo disponible, sirvan para que el paciente pueda reaccionar de un modo que no sea seguir la lógica que no le ha funcionado (Törneke, 2010). Es decir, el terapeuta debe poner su conducta (preguntas, gestos, metáforas, ejercicios...) en dirección o al servicio de que el paciente use sus energías, dentro y fuera de la sesión, en actuar *eligiendo* y *haciendo espacio* al producto de su condición como individuo verbal e histórico.

La conducta del paciente es el principio y el fin del material con el que los terapeutas han de trabajar y, al hacerlo, no podrán utilizar otra herramienta que su propia conducta para dismantelar esa reacción coherente pero ineficaz e, incluso, destructiva. El encaje o no de esta interacción, hará que la terapia fluya y resulte efectiva o se estanque. Aprender el modelo contextual (en este caso, ACT) no resultará de repetir lo que se lee o lo que se ve, sino de hacerse uno mismo con un repertorio global flexible, hecho de múltiples acciones útiles para conseguir objetivos con sentido para el paciente. Aprender el modelo contextual, es ser consciente de que cualquier movimiento del terapeuta tendrá una función (un significado, si se prefiere) para el paciente, y la conducta de éste la tendrá para el terapeuta. En ese juego de intercambio funcional, de interacción humana, es donde se ha de dar el cambio en la conducta del paciente, y sólo se producirá con la habilidad del terapeuta para contextualizar lo que hace de modo que paciente y terapeuta vayan en la misma línea.

Para ejercer bien, ha de *vérselas consigo mismo* en la terapia para no quedar cegado por su emoción (“voy a fallar”, “me da pánico”, “no sirvo”, etcétera), o por las reglas que deriva ante ello (por ejemplo, “haz algo”, “pregunta...”, “haz un ejercicio...”), de forma que sus acciones quedaran al arbitrio de esas reflexiones, en lugar de pendientes de las necesidades del paciente, lo que provocaría que su hacer como terapeuta quedase muy comprometido. Dicho de otra manera, *el terapeuta tendrá que hacer lo mismo que intenta moldear en el paciente.*

Siguiendo el ejemplo anterior, ante la cascada de quejas y rumia de la paciente deprimida (“no podré hacer nada”, “eso siempre estará ahí”, “¿por qué me pasa a mí?”...), el terapeuta podría sentir miedo y tener pensamientos como “no sé qué hacer con esta paciente”. Si el terapeuta reacciona ante sus eventos privados cambiando de tema sin más o entrando en discusión (o sea, *desapareciendo* de la escena, cediendo ante “su máquina de dar razones” y dejando que “ésta” responda a la “máquina de rumiar” de la paciente), no estará permitiendo a su paciente una reacción distinta ante la angustia y el bloqueo, ni el giro hacia acciones de más significado. Es decir, no estaría generando

las condiciones para que la paciente pudiera aprender a hacer algo más efectivo que dar vueltas *en ese momento*. El terapeuta estaría dejándose llevar ante el desencadenante de su propia respuesta inflexible, frente a la respuesta inflexible de la paciente. Es más, podría estar generando las condiciones para que la paciente derivase que no se siente entendida, o que no está sirviendo lo que hacen en terapia.

Consideremos otro ejemplo de un paciente que muestra en sesión un estado de agitación y rabia al recordar un episodio familiar y trata de alejarse de ello abandonando la sesión, al igual que hace cuando algo similar le ocurre en su actividad diaria (lo que le ha generado aislamiento y limitación en diferentes facetas de su vida en las que, sin embargo, quisiera “estar”). Si ante la rabia y agitación del paciente, el terapeuta experimenta un gran malestar y escapa cambiando de tema, tratando de minimizar o calmar lo que el paciente está sintiendo, la interacción clínica no habrá sido probablemente efectiva para el paciente, más bien al contrario.

En los dos ejemplos, el terapeuta estaría dejando pasar la oportunidad para moldear flexibilidad en la reacción de los pacientes a sus eventos privados, de modo que pudieran aprender cómo reaccionar de manera más productiva a los ecos que sus historias les traen al presente en combinación con reglas de escapar de ellos. El terapeuta tiene que disponer de la habilidad de estar en contacto con el propio malestar que le genera la emoción de sus pacientes, de sentir lo que haya de ser sentido en ese momento, y servir de vehículo para generar las condiciones que les permitan reaccionar del mejor modo posible a lo que sienten/recuerdan. En resumen, si el terapeuta tiene dificultades para discriminar su propia conducta (lo que siente y piensa, lo que hace y para qué lo hace, o qué persigue al hacerlo) y tiene dificultades para situarla en el contexto de la perspectiva de la conducta de otros, tendrá importantes limitaciones para estar pendiente de los efectos de su conducta en la de su paciente y reaccionar ante ellos. Como la conducta es contextual, la pregunta que el terapeuta tendría que hacerse es si, reaccionando de estos modos ante la conducta de sus pacientes, está fortaleciendo las funciones del patrón inflexible aunque su intención sea otra. En tales circunstancias, discutir sobre lo que siente el paciente o cambiar de tema, probablemente no sea el puente adecuado para que éste aprenda a sentir que él está ahí, y que ahí están, también, sus pensamientos, sus emociones, sus reglas sobre el funcionamiento de las cosas, su modo de pelear con todo ello, lo que persigue al hacerlo y lo que pasa después. En cambio, el terapeuta ha de propiciar múltiples interacciones que puedan llevar al paciente a darse permiso para sentir lo que está sintiendo, a sentirlo como algo *que ocurre en la continuidad del yo, de uno, y desde esa perspectiva* habría un gran espacio para ejercer la acción elegida ligada a sus valores en cada momento.

Consideremos un tercer ejemplo de un paciente que solicita ayuda porque su vida no está funcionando, debido al nivel de angustia e impotencia que siente, principalmente cuando las cosas no ocurren como le gustaría. Cuando esto le sucede, se bloquea y acusa a otros de provocarle el malestar, abandonando su trabajo y sus actividades por miedo a generar conflictos. En sesión, este paciente podría *quedar en silencio y bloqueado ante la angustia* que le provoca una pregunta del terapeuta sobre su modo de funcionamiento diario, de manera funcionalmente equivalente a lo que hace fuera de sesión. Si el terapeuta se bloquea en dicha situación (p. ej., debido al miedo a que el

paciente le culpe por haber dicho algo que le ha producido malestar) y acaba la sesión rápidamente, no estaría aprovechando la ocasión para que su paciente pudiera emitir una respuesta flexible ante el bloqueo que siente cuando, ante la pregunta del terapeuta, percibe que no consigue lo que quiere.

Una respuesta así del terapeuta no favorecerá una acción distinta a la que el paciente hace ante su bloqueo y angustia. Por el contrario, si el terapeuta se sitúa presente con su bloqueo, estaría en condiciones de actuar y observar si su conducta permite que su paciente reaccione con flexibilidad a la sensación y pensamientos de ver que las cosas no funcionan como quiere. Por ejemplo, observando si su actuación en ese momento hace que su paciente se dé *permiso* para que la sensación y pensamiento de bloqueo estén ahí, a su lado, mientras que como “director” de sus acciones, emplea su energía en algo más útil que paralizarse, culpar a los demás y marcharse.

En los casos anteriores, el terapeuta no genera el contexto para el trabajo en ACT cuando reacciona de modo inflexible ante su propia conducta. En otras palabras, el terapeuta no estaría siendo fiel a su objetivo en terapia, que no es otro que emprender *múltiples acciones en respuesta a las acciones de su paciente*, que vayan orientadas a que éste *actúe con sentido personal mientras incluye el malestar o bienestar que puedan emerger al comportarse con sentido personal* (Hayes *et al.*, 1999; Luciano *et al.*, 2012; Törneke *et al.*, 2015). En ese proceso, ejercer de terapeuta supone, sí o sí, que se activen funciones que quizá no sean tan evidentes en otros contextos de su vida, pero que podrían funcionar como barreras para llevar a cabo un trabajo efectivo como profesional. Sin duda, entender la terapia de este modo sitúa al terapeuta en una zona sensible y vulnerable; y, en cierto modo, le coloca en el mismo nivel que su paciente para generar el canal adecuado que le ayude a conducir su conducta en sesión.

APRENDIZAJE DEL MODELO CONTEXTUAL Y FORMACIÓN DE HABILIDADES EN ACT: CÓMO ACUÑAR LOS DOS LADOS DE UNA MISMA MONEDA

Siguiendo con la metáfora anteriormente expuesta, aprender el modelo de terapia contextual de ACT puede verse como acuñar, construir, una moneda con dos caras: la teórica y la práctica. La primera sería la comprensión del modelo en términos teóricos y sus consecuentes correlatos prácticos para que el modelo no se tome por un mero listado de afirmaciones y técnicas, sino que se alcance la comprensión del mismo en *todas* sus vertientes. La cara teórica de la moneda implica *entender la naturaleza humana* (Hayes *et al.*, 1999, 2001; Niklas, 2010; Skinner, 1945, 1953; Wilson y Luciano, 2002): respondemos a funciones y la conducta es susceptible a las consecuencias. El entorno, la conducta de otros y la propia adquieren funciones y respondemos a ellas. Aprendemos lenguaje y las funciones al entorno y a nosotros mismos se multiplican sin condicionamiento expreso; aprendemos a formular y seguir reglas; aprendemos a diferenciar la parte de uno que está presente, de lo que *también* está presente y nos atañe (una emoción o pensamiento en particular). En torno a todo ello, se construyen los problemas psicológicos y se convierten en trastornos. Al conocer las condiciones en las que se construyen los trastornos, podemos reducir su impacto aprendiendo a desembarazarnos de la *función literal de los eventos privados* y al actuar enmarcándolos

en jerarquía con el deíctico Yo (Luciano, Ruiz y Törneke, 2015; Luciano *et al.*, 2011; Törneke *et al.*, 2015). Un terapeuta ACT en formación habrá aprendido una serie de reglas en torno a la naturaleza humana y al proceso de cambio, que servirán de puntos de apoyo constantes para construir la interacción clínica con cada paciente de un modo versátil, peculiar, personal y con la mira puesta en el efecto que su conducta tenga en la del paciente. La otra cara de la moneda es la *formación de la habilidad* o repertorio de conducta de aquellas prácticas que resultan en la resolución demandada de los problemas en los ámbitos de la clínica y de la salud, de la educación, laboral y empresarial, etcétera. Aprender las acciones que, con mayor probabilidad, pueden producir los efectos buscados, es acuñar ambas caras de la moneda. Un recorrido que transcurre a través de las características personales, lo que implica que el resultado será una moneda con matices personales. En este sentido, *no hay un único modo de hacer bien la terapia*. Lo que hay son *procesos funcionales*, estrategias de reacción ante la propia conducta, y estrategias que funcionan para mejorar la vida y otras que no. Por tanto, lo importante es que cada terapeuta genere su arsenal de respuestas en torno a los procesos efectivos, que pueden agrupar muchas *formas de hacer*. La formación práctica será un recorrido sistemático de entrenamiento y supervisión de las herramientas y procesos de la terapia que no abordamos en este artículo, que pone la atención en que el terapeuta se centre en rastrear el efecto de su conducta en sesión.

En la interacción entre terapeuta y paciente es donde surgen las dificultades que se han venido a denominar como *barreras de los terapeutas*. Entre las *barreras genéricas* destacan la de *quedarse en blanco, bloqueado, no saber qué hacer, sentirse inseguro, sentir vergüenza, tener miedo a hacerlo mal, dar muchas explicaciones, justificarse, intelectualizar la terapia, no estar implicado, perderse en terapia, precipitarse...* En suma, miedos a equivocarse, a no ayudar, a hacerlo mal, a no servir, a no estar a la altura, etcétera. Barreras que pueden ocurrir en reacción a cualesquiera conductas del paciente, entre ellas que éste *se bloquee, no sepa qué le pasa, no responda, quede en silencio, entre en un llanto continuado, se disocie, formule la intención de suicidarse, se queje de no avanzar, rete al terapeuta, entre en profunda depresión y quiera abandonar, hable de modo continuado, salte de unos temas a otros, etc.*

Para abordar todo ello, el terapeuta habrá de aprender a discriminar cómo responder del modo que pueda resultar más efectivo para su paciente. Por un lado, habrá de estar atento a la investigación que muestra los avances en los métodos y procesos para conseguir la flexibilidad psicológica en su paciente. Por otro, habrá de aplicarse esos conocimientos a sí mismo para lograr la flexibilidad que le permita lidiar con sus emociones y barreras.

CONSTRUYENDO LA HABILIDAD DE HACER ACT COMO TERAPIA CONTEXTUAL. BARRERAS DE LOS TERAPEUTAS

En el ya largo recorrido de la investigación y desarrollo de las terapias contextuales, se han detectado dificultades y barreras (anteriormente mencionadas) en el aprendizaje del modelo contextual, parte de las cuales pueden ser debidas a: (1) una práctica sin suficiente fundamento al no haber sido enseñado el modelo de una

manera comprensiva, y no haber calado el conocimiento disponible sobre las leyes que regulan la conducta del ser humano verbal; (2) la extensa variabilidad del propio modelo, en frecuente cambio debido a su expansión generalizada; (3) los cambios en el modelo debidos a la investigación sobre los procesos involucrados y, en general, sobre la actividad verbal compleja (p.ej., Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Hussey y Luciano, 2015; Hughes y Barnes-Holmes, 2015; Luciano, 2016; Törneke *et al.*, 2015); y (4) la ausencia de un entrenamiento sistemático y supervisado, en múltiples ejemplos en el manejo de preguntas, metáforas y ejercicios, todo ello, en dirección a disponer de diversas acciones para producir el repertorio de flexibilidad. Tenido en cuenta todo lo anterior, las dificultades también pueden venir dadas, (5) porque el terapeuta no sea fluido en enmarcar sus propias emociones y pensamientos al hilo de la conducta del paciente y, consecuentemente, el objetivo central de la terapia quede en segundo plano.

Diferentes autores (*e.g.*, Follete y Batten, 2000; Kohenberg y Tsai, 1990; Luoma, Hayes y Walser, 2007; Strosahl, *et al.*, 2005; 2015; Wilson y Luciano, 2002), han llamado la atención en este sentido, apuntando al proceso de entrenamiento y supervisión para afrontar las barreras y señalando el paralelismo que éste tiene con el que el terapeuta ha de generar con su paciente. De hecho, las condiciones que generan cambios en el comportamiento de los pacientes son las mismas que los generan en los terapeutas, ya que la conducta *obedece a los mismos principios*. Por lo tanto, el primer paso para ayudar al terapeuta es facilitar que discrimine cuáles son los pensamientos o sensaciones que tiene durante la terapia, qué hace con ellos, y en qué medida lo que hace interfiere con lo que necesita el paciente. Esto abre la puerta a alternativas que amplíen el repertorio del terapeuta y lo hagan más flexible en presencia de las emociones y reglas que surgen en terapia.

Después de más de 30 años de recorrido en investigación y formación, congresos y supervisiones enseñando ACT y otras terapias de corte contextual, muchos han sido los pasos -y muchos los implicados- para mostrar el modo de *generar el repertorio profesional* necesario en este tipo de terapias (por ejemplo, Luoma, Hayes y Walsen, 2007; Luoma, Plumb y Vilardaga, 2013; véanse los recursos acumulados en *Association of Contextual Behavioral Science*, www.contextualpsychology.org). En esta línea, cobra sentido la experiencia de la autora senior de este artículo, acumulada a lo largo de más de dos décadas, en investigación sobre ACT, la práctica clínica que le da sentido y la metodología en la formación del enfoque contextual en estudiantes y profesionales. Una experiencia en la que el trasvase “tridireccional” entre investigación, clínica y docencia ha sido determinante para vislumbrar un *modelo de entrenamiento* sistemático, coherente y en constante actualización (modelo, principalmente, producto de la experiencia acumulada en la dirección del máster en *Análisis Funcional en Contextos Clínicos y de la Salud* desde 2004 en la universidad de Almería, la dirección -desde su inicio en 2009 a marzo 2016- de siete ediciones del *Máster en Terapias Contextuales* en el Instituto ACT, y la actual dirección del *-Máster en Terapias Contextuales* en el *Madrid Institute Contextual Psychology*, MICPSY).

Un buen resumen del recorrido realizado que ilustra la aplicación de los principios para facilitar la adquisición de habilidades en terapia se recoge en las siguientes líneas extraídas de Luciano (2011, 2015):

“(…) a lo largo de más de veinte años de actividad investigadora, clínica y docente en estos temas, el propio recorrido ha ido moldeando el modo de entrenamiento y de hacer clínica y el modo y objeto de estudio en el laboratorio. En consonancia con todo ello, en el entrenamiento de ACT es primordial que, igual que el paciente, el terapeuta aprenda a discriminar *in situ* lo que está haciendo y tenga la flexibilidad suficiente para hacer el giro consciente que requiere fomentar la habilidad en su paciente de estar presente y actuar con significado. Enseñar el conocimiento y las habilidades para ser un terapeuta contextual, se podría concebir como fabricar una caja amplia, flexible, con espacio para muchas herramientas también flexibles que el terapeuta irá añadiendo y creando poco a poco y que usará de diferentes maneras en interacción con la conducta del paciente. En sentido no metafórico, es aprender una operante y sólo se puede hacer a base de generar múltiples ejemplos en el recorrido de los terapeutas en formación. Al principio de este recorrido, en paralelo al *role-playing* se organizó una práctica general no sistemática, dirigida a que el terapeuta superase barreras y mejorase algunas áreas personales. Sin embargo, se observaban dificultades en la puesta en práctica de la terapia, la sensación era que “faltaba algo”. Deduje que una forma de abordarlo podía ser aplicar los principios de discriminación de bajo error (Lancioni y Smeets, 1986; Luciano, 1984) para facilitar que los terapeutas discriminasen sus propias conductas en sesión, mediante el uso de ayudas que se desvanecen mientras se lleva a cabo el entrenamiento a base de múltiples ejemplos en *role-playing*, y mientras se lleva a cabo la supervisión de las sesiones en terapia, aunque mejor, no resultaba suficiente. En un segundo intento, abordé el tema como trabajo personal del terapeuta en el que el objetivo fuese generar la reacción flexible, a modo de múltiples ejemplos, practicándola en facetas de la vida del terapeuta (traídas, luego, a su interacción con el paciente). Finalmente, ese modo de entrenamiento se llevó a cabo durante las primeras etapas en el aprendizaje de la adquisición de habilidades clínicas -incluso antes de abordar los problemas en sesión con el paciente. Esto último parece que aceleró el aprendizaje del modelo. Sin embargo, estos datos serían ejemplos más de mostrar que de demostrar. Aún queda mucha investigación sistemática que desarrollar...”

Los elementos de entrenamiento en las terapias necesitan ser evaluados para aislar las condiciones en las que funcionan y en las que no. Mucho camino queda todavía por recorrer para avalar las prácticas que resultan efectivas en este proceso, pues disponer de esa información requiere un tratamiento experimental del asunto, en línea con el trabajo que diferentes expertos llevan haciendo para formular protocolos de entrenamiento efectivos. Como conducta que es, el entrenamiento queda al arbitrio de la constante actualización y sincronía con los avances en la investigación (por ejemplo, en la coherencia de la formulación de reglas y su seguimiento, en lo relevante de las metáforas, en las claves o preguntas para permitir el efecto de transformación necesario entre uno y sus pensamientos y emociones, en los métodos de discriminación de reducido error para facilitar el aprendizaje, etcétera), y todos los esfuerzos en esta línea deben ser bienvenidos (*e.g.*, éste es, en parte, el camino emprendido en un proyecto combinado entre Universidad de Almería, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, MICPSY y otros colaboradores).

Los elementos del entrenamiento deben tener dos puntos de apoyo: por un lado, el abordaje del contenido teórico y el entrenamiento de interacciones básicas de manera supervisada y sistemática, a través de múltiples ejemplos y con las herramientas debidamente contextualizadas a los objetivos que se persiguen. Por otro, el abordaje de la práctica rigurosa con las barreras que irán surgiendo al afrontar las conductas de los pacientes, por dos vías que exponemos a continuación, a modo de ejemplo, dejando para otra ocasión la exposición global del protocolo de entrenamiento y su uso sistemático.

CÓMO PRODUCIR UN REPERTORIO DE FLEXIBILIDAD EN PRESENCIA DE BARRERAS DEL TERAPEUTA

Imaginemos a Pedro, un terapeuta con dificultades durante las sesiones porque no se centra, siente que no lo hace bien y termina sintiendo una gran pena y culpabilidad porque los pacientes no acaban de entender y se estancan en sus problemas. Centrados en su último caso, Pedro manifiesta saber que tendría que dejar que la paciente pudiera sentir ahí, con él, el resultado de la pérdida que ha tenido, pero que no quiere sentir y con lo que se pelea. Dice saber que desvía la conversación tan pronto observa que la paciente siente tristeza y habla sobre su pérdida. En tales circunstancias, Pedro se centra en darle explicaciones sobre lo que le pasa y no crea las condiciones para que la paciente pueda “hacer espacio” a lo que siente, pueda ser compasiva con su dolor, y pueda sentirlo y girar la mayor parte de su atención a actuar en algo que tenga sentido para ella. Si las explicaciones no cortocircuitan el tema que le produce malestar, Pedro provoca un cambio de tema de modo que, al término de la sesión, ambos estén tranquilos. Sin embargo, Pedro siente que la terapia no está funcionando y que la paciente está tan estancada como al principio.

No es éste lugar para llevar a cabo un análisis del caso, pero sí para resaltar que el terapeuta, al dejarse llevar por lo que siente, emite conducta que aleja a la paciente de resolver su problema. La dirección de la conducta del terapeuta está yendo más en contra que a favor del objetivo en el que estaría trabajando como terapeuta ACT: procurar generar las condiciones para que la paciente (a) discrimine lo que siente y piensa, lo que hace y lo que ocurre y si está funcionando; (b) diferenciarse ella misma de la emoción y pensamiento que emerjan y experimentar que ella es, por encima de todo lo que sienta, un contexto de continuidad que contiene esos eventos privados y que elige actuar en una dirección u otra; y (c) abrir puertas u horizontes con sentido personal y con acciones puntuales conectadas a esos horizontes. En suma, *proporcionar oportunidades múltiples para que la paciente pueda generar un repertorio o patrón de flexibilidad*. En todos los casos, los movimientos de los terapeutas han de buscar objetivos parciales sin olvidar que son oportunidades para que el paciente aprenda a *incluir su emoción en aras a una acción más ajustada a lo que tenga sentido para ellos, les haga vibrar o por lo que estarían orgullosos de algún modo*.

El contexto de aprendizaje de las terapias contextuales es una circunstancia única para afrontar las incoherencias en la comprensión del modelo y en los modos de hacer, procurando que los dos lados de la moneda se acuñen correctamente yendo paralelos en su conformación. Según la información acumulada sobre el proceso de entrenamiento, el supervisor/profesor/entrenador (a partir de ahora, terapeuta/supervisor) puede optar por iniciar el trabajo consecutivo o secuenciado en dos vías paralelas que finalmente se unen para fomentar la flexibilidad en los alumnos/terapeutas/profesionales (a partir de ahora, terapeutas en formación). Una vía, que denominamos *genérica*, que consiste en organizar un sistema o protocolo de múltiples ejemplos dirigido a que los terapeutas en formación aprendan a estar presentes con sus pensamientos/emociones y a actuar en dirección a los objetivos que les interesen en diferentes áreas de su vida. Este entrenamiento en flexibilidad se aplicaría luego en un nuevo contexto (en este caso,

con las barreras específicas en su trabajo), para sentir su propia conducta en sesión y aplicar la mejor acción para propiciar el movimiento flexible en su paciente.

La segunda vía, que denominamos *específica*, consiste en trabajar directamente con el terapeuta en formación en relación al problema en concreto que presente, llevándole desde ahí a ampliar su repertorio a través de múltiples ejemplos fuera y dentro de la sesión.

Los ejemplos que siguen están centrados en esta segunda vía y se organizan en tres partes: (1) detectar lo que siente en sesión, lo que hace y el efecto en él mismo y en su paciente; (2) detectar o derivar lo que sería ajustado a lo que necesita el paciente; y (3) ejercitarse fuera de la sesión para ampliar o fabricar el repertorio de flexibilidad que facilite la generalización al contexto de la terapia. Seguimos tomando como ejemplo el caso del terapeuta anterior, quien asume que los problemas con su paciente tienen que ver con él y piensa en abandonar la profesión. El diálogo comenzaría dirigido a la primera parte orientada a detectar y sentir la conducta que indica como problema en sesión:

Terapeuta/supervisor (S): ¿Puedes traer aquí ese momento en el que estás en sesión y ves a tu paciente pasarlo mal?

Pedro (terapeuta en formación: T): Sí, lo tengo, ayer mismo... Es como si la viera ahora mismo... Siento una gran pena cuando ella sigue contándome lo que siente y llorando... Me da mucha pena cortarla y me pongo nervioso... Al final, le doy explicaciones y se tranquiliza y yo también. Pero, al rato, vuelve a lo mismo y yo vuelvo a hacer lo mismo. Siento que no avanzamos...

S: ¿Qué estás sintiendo ahora mismo al decir esto?

T: Nervios en el pecho... y, en el fondo de esos nervios, lo de siempre... que yo no sirvo para esto, que no soy valiente. Una vez me dijo una persona con quien supervisé que como no era flexible, no podría hacer terapia y que me dedicara a otra cosa... a ser profesor o azafato del AVE..., creo que tenía razón y debí abandonar...

S: Curioso que no siguieras su consejo... Si me permites, podemos volver en otro momento a eso que te pasó hace tiempo. Ahora quisiera invitarte a situarte en el recuerdo de ti ayer con tu paciente, como si pudieras verlo en vídeo... ¿Lo tienes?

T: La tengo... Está muy triste... Me cuenta... Me explica lo mal que está... Que no merece la pena seguir...

S: Imagina que pudieras meterte, ahora, en la piel de Pedro en aquel momento... ¿Qué estaría pasando en su cuerpo?

T: Nervios en el pecho... Muchas turbulencias...

S: Imagina que pudieras poner un color a los nervios. ¿Cómo serían?

T: Azules.

S: Imagina que pudieras poner ahí sobre los nervios azules lo que la cabeza de Pedro, en ese momento, está diciendo...

T: Lo de siempre... no sirves para esto... déjalo y dedícate a otra cosa.

S: ¿Puedes verte ahí, con esos nervios y respondiendo a tu paciente? ¿Qué ves hacer ahí a ese Pedro?

T: Dejándose llevar por los nervios, por no sirve... (silencio)... Está estático mirando al paciente cuando le dice lo que siente y, luego, le veo cortando al paciente, y dando explicaciones de lo que le pasa.

S: ¿Puedes capturar ese momento como si de una foto se tratase? ¿La tienes?

T: Sí, la tengo...

S: ¿Qué sientes ahora que siente tu paciente ahí contigo?

T: Está perdida ante tanta explicación... Más triste aún.

- S: Y aquí, a mi lado, ¿qué sientes al verte haciendo eso?
- T: Deprimente, pena, no me gusta... Y la confirmación de que no sirvo, rabia.
- S: ¿Dónde sientes esa rabia?
- T: En el pecho, cuello, son los nervios como cuando estoy con el paciente... Y ... Además, mucha vergüenza por no servir, por estar aquí y que lo veas...
- S: ¿Qué sientes que te está aconsejando la rabia, la vergüenza? ... Si le dieras voz, ¿qué te estaría diciendo?
- T: Que me marche y abandone... Que suelte el rollo
- S: ¿Quieres hacerlo ahora aquí conmigo?
- T: No, esa es la razón por la que consulto.
- S: Entonces, ¿te gustaría aprender a hacer otra cosa cuando la rabia y la pena están circulando en tu cuerpo? ... ¿Están por ahí ahora?
- T: Sí, aquí andan... Con los nervios azules.
- S: ¿Me das permiso? ... Respira hondo y vuelve a ese momento con tu paciente cuando muestra su tristeza y te cuenta... En ese momento en el que surgen tus nervios y para la escena ahí. Avísame cuando lo tengas....
- T: Ya.
- S: Respira hondo y, ahora, imagina que notas tus nervios azules y pones tu atención en hacer algo que pueda ser útil para tu paciente.
- T: Sí, lo tengo, me veo acercándome y dándole oportunidad de que ponga ahí lo que siente y... dejando que veamos los dos si lo que hemos venido haciendo ha servido para que ella pueda hacer las cosas que querría hacer.
- S: Deja volar tu imaginación y mírate haciendo eso... Ahora, congela esa imagen de ti y dime si sientes que eso tiene que ver con hacer el trabajo que querrías hacer.
- T: ... Sin duda, siento orgullo al verme hacerlo y creo que le valdrá a mi paciente.

Con esta interacción, el terapeuta/supervisor facilita que el terapeuta en formación discrimine qué siente en esa situación, lo que hace, lo que consigue y lo que siente ante ello. Igualmente, facilita que el terapeuta en formación tenga la oportunidad de verse reaccionando de un modo más acorde para facilitar el repertorio de flexibilidad en su paciente. Para llevar a cabo la práctica, a modo de múltiples ejemplos, le invitará a practicar fuera de sesión con sensaciones y pensamientos parecidos. Por ejemplo, en otros momentos o aspectos en su vida en los que sienta rabia, le visite la pena o la sensación de no servir y la urgencia de escapar o dar explicaciones. En tales circunstancias, el terapeuta/supervisor le ayudará a crear las condiciones para que practique por un tiempo la habilidad de notar esas sensaciones y urgencias, y no necesariamente tener que responder abandonando la situación o dando explicaciones.

Otro ejemplo podría tratar de un terapeuta en formación que manifieste dificultades porque su paciente es lento respondiendo y él tienda a darle las soluciones. Tras observar un extracto de una sesión, el terapeuta/supervisor identifica los momentos en los que tiende a dar soluciones:

- S: ¿Qué crees que está pasando?
- T: Hablo mucho durante ese rato, como siempre, y le digo lo que tiene que hacer.
- S: Bueno, a veces eso puede servir, por ejemplo, lo hacen los políticos... Pero dices que eso no es lo que tu paciente necesita... ¿Por qué?
- T: Porque sigue atascado en lo mismo, no se separa de su miedo a equivocarse.
- S: ¿Qué sientes cuando se calla o va lento? Por ejemplo, ahí, en ese punto. ¿Lo tienes?
- T: Me veo ahí, es lo de siempre... Se lo digo yo y no dejo que él sienta que quiere hacer en cada caso... Me justifico... Es que es muy lento pensando. La verdad es que veo

- ahí esa necesidad que tengo siempre de solucionar los problemas y no perder el tiempo. Me ocurre en muchos sitios, pero aquí no me deja hacer el trabajo.
- S: O sea, a veces funciona, pero con el paciente es un problema... Te voy a pedir algo raro... Mira tu imagen ahí de nuevo haciendo eso e imagina que tu cuerpo fuera transparente para ver esas ganas de dar solución a los problemas que tu paciente tiene con su pareja y en su trabajo. Mira si puedes dar una forma a esas ganas...
- T: Sería como un saco abierto que se extiende por pecho y barriga y me empuja a ir rápido.
- S: Imagina que ese saco, tus ganas de solucionar, fueran como un ritmo dentro de ti y que tú funcionases a sus órdenes como haciendo una rápida marcha militar: uno, dos y tres. Un, dos y tres. Un, dos, tres... ¿Quién dirías que lleva la batuta en esto, tú o tu saco abierto como tu necesidad de hacer rápido?
- T: Puesto así, es el saco, mis ganas de acabar rápido, de dar solución rápido...
- S: ¿Están ahora también esas ganas de solucionar esto?
- T: Sí, claro.
- S: Vamos a hacerlo. Imagínate que tú eres el paciente y ahora yo soy el terapeuta... Haz ahora como tu paciente...
- T: ... Diría ... No sé bien qué ni cómo responder a mi pareja...
- S: Bueno, mira si puedes hacer... un, dos y tres, un, dos y tres... (a un ritmo rápido)... ¿Te seguiría tu paciente? ¿Qué sientes que estaría sintiendo tu paciente? ...
- T: No sé bien... Perdido... Que no se entera... Cuando ella va por el uno yo ya estoy por ni se sabe el número...
- S: ¿Cuál sería el ritmo que tu paciente necesitaría para no perderse?
- T: Más bien un uuuuuno [unos segundos], doooooos... y no darle el tres...
- S: ¿Dirías que tu paciente necesita que le des toda la colección de números o es mejor que él adivine los números que necesita para llevar el ritmo de su vida?
- T: Está claro... Iré despacio y le permitiré que elija el ritmo y la marcha que quiere tocar en su trabajo y demás... Ahora me vienen las ganas de explicarte cómo lo haría... Tengo el saco abierto por la barriga.
- S: ¿Y si paramos y notamos cada uno lo que hay por la barriga? ... Y notas el uno, dos, tres... Agolpándose en la garganta... Y déjalos distribuirse por la boca sin darles, necesariamente, salida...
- T: No estaría mal. A lo mejor entonces escucho la marcha del paciente.

La tarea del supervisor es tratar de crear el espacio necesario para que el terapeuta en formación pueda estar presente con lo que se deriva de su modo de actuar; experimentando lo que puedan sentir sus pacientes. Desde ahí, el supervisor podrá invitar al terapeuta en formación a buscar otros momentos en su actividad social en los que pudiera practicar, por unos días o semanas, el hecho de discriminar o ser consciente de sus ganas de dar soluciones rápidas y, sin embargo, no hacerlo y dejar que otros hablen, e ir más lento en su conversación.

CONCLUSIÓN

En este artículo se ha expuesto una breve descripción de los objetivos de ACT y se ha apuntado a las dificultades que se han identificado en la enseñanza del modelo y su puesta en práctica a lo largo de más de tres décadas. El aprendizaje de ACT implica abordar sus diversas vertientes. Una, conocer su raíz filosófica y las leyes sobre el funcionamiento de la conducta, en general, y del lenguaje, en particular, la aplicación de estas leyes, tanto para dar razón de las condiciones en las que los problemas

psicológicos se desarrollan, a modo de patrón evitativo e inflexible, como para generar métodos e interacciones que alteren el repertorio inflexible del paciente permitiéndole construir un patrón de flexibilidad psicológica. Otra vertiente, hace referencia a cómo se transforma ese conocimiento en acciones puntuales del terapeuta como respuesta a las muestras o ejemplos de las conductas problemáticas del paciente. En este artículo, nos hemos centrado en parte de las dificultades que ocurren en el proceso de aplicación de ACT, especialmente, durante el periodo de formación. Dificultades que surgen cuando el contenido teórico y práctico no van al unísono. Las dificultades serían, en primer término, una consecuencia de la falta de un entrenamiento sistemático y preciso sobre las herramientas y los procesos involucrados en la aplicación del modelo. Serían, también, una consecuencia de no disponer de la habilidad necesaria para lidiar en sesión con las propias emociones y pensamientos que surgen en el contexto de las conductas que el paciente/cliente ofrece. Estos problemas se han catalogado como “barreras del terapeuta” y no serían más que una ineficaz manera de reaccionar a la propia conducta en sesión, que dejaría en segundo plano los objetivos de la terapia. En torno a este problema, hemos descrito parte de la historia desarrollada en el modo de entrenamiento y hemos presentado algunos ejemplos para facilitar la flexibilidad psicológica en sesión. En suma, el terapeuta podrá adquirir un repertorio flexible, dentro y fuera de sesión, que le permita transitar por esta última de un modo que facilite la construcción de ese mismo patrón en su cliente. La experiencia descrita ha resultado efectiva para que los terapeutas en formación adquieran la habilidad y la comprensión de ACT. Sin embargo, los numerosos elementos implicados en este proceso han de ser evaluados convenientemente.

REFERENCIAS

- Barnes-Holmes D, Barnes-Holmes Y, Hussey I y Luciano C (2015). Relational Frame Theory: Finding its historical and intellectual roots and reflecting upon its future development. En RD Zettle, SC Hayes, D Barnes-Holmes y A Biglan (Eds.), *Contextual Behavioral Science* (pp. 117-128). New York: Wiley Blackwell.
- Batten SV y Santaello AP (2009). A contextual behavioral approach to the role of emotion in psychotherapy supervision. *Training and Education in Professional Psychology*, 3, 148-156.
- Follette VM y Batten SV (2000). The role of emotion in psychotherapy supervision: A contextual behavioral analysis. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 306-312.
- Hayes SC, Barnes-Holmes D y Roche B (2001). *Relational Frame Theory. A post skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic.
- Hayes SC y Strosahl KD (2005). *Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer-Verlag.
- Hayes SC, Strosahl KD y Wilson KG (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes SC, Strosahl KD y Wilson KG (2012). *Acceptance and Commitment Therapy. The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.
- Hughes S y Barnes-Holmes D (2015). Relational Frame Theory: Implications for the study of human language and cognition. En RD Zettle, SC Hayes, D Barnes-Holmes y A Biglan (Eds.), *Contextual Behavioral Science* (pp. 179-226). New York: Wiley Blackwell.
- Kohlenberg RJ y Tsai M (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Lancioni GE y Smeets PM (1986). Procedures and parameters of errorless discrimination training with developmentally impaired individuals. En NR Ellis y NW Bray (Eds.), *International review of research in mental retardation* (Vol. 14, pp. 135-164). New York: Academic Press.
- Luciano C (1984). Implantación de conducta verbal en niños no verbales. *Revista Española de Pedagogía*, 2, 11-20.

- gogía*, 42, 257-282.
- Luciano C (2011). *ACT. Sus bases y su práctica*. Manuscrito no publicado. Universidad de Almería.
- Luciano C (2015). *Evolución y características del entrenamiento en ACT*. Manuscrito no publicado. Universidad de Almería.
- Luciano C (2016). La evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 41, 1-28.
- Luciano C, Ruiz, FJ, y Törneke, N (2015). *The self from a relational perspective*. Manuscrito no publicado. Universidad de Almería.
- Luciano C, Ruiz FJ, Vizcaíno R, Sánchez V, Gutiérrez O y López JC (2011). A relational frame analysis of defusion interactions in ACT. A preliminary and quasi-experimental study with at-risk adolescents. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 165-182.
- Luciano C y Valdivia MS (2012). Nuevas perspectivas en el tratamiento de los trastornos de la personalidad. En MA Vallejo (Ed), *Manual de Terapia de Conducta* (pp. 855-930) Madrid: Dykinson.
- Luciano C, Valdivia S y Ruiz FJ (2012). The self as the context for rule-governed behavior. En L McHugh e I Stewart (Eds.), *The self and perspective taking: Research and Applications* (pp. 143-160). Oakland, CA: Context Press.
- Luoma JB, Hayes SC y Walsler RD (2007) *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Luoma JB, Plumb J y Vilardaga, JP (2013). Improving therapist psychological flexibility while training acceptance and commitment therapy: A pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42, 1-8.
- Machado PP, Beutler LE y Greenberg LS (1999). Emotional recognition in psychotherapy: Impact of therapist level of experience and emotional awareness. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 39-57.
- Pierson H y Hayes SC (2007). Using Acceptance and Commitment Therapy to empower the therapeutic relationship. En P Gilbert y R Leahy (Eds.), *The Therapeutic Relationship in Cognitive Behavior Therapy* (pp. 205-228). London: Routledge.
- Ruiz FJ, Riaño-Hernández D, Suárez-Falcón JC y Luciano C (2016). Effect of a one-session ACT protocol in disrupting repetitive negative thinking: A randomized multiple-baseline design. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16, 213-233.
- Strosahl KD, Robinson PJ y Gustavsson T (2015). *Inside This Moment: A Clinician's Guide to Promoting Radical Change Using Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: Context Press.
- Strosahl KD, Hayes, SC, Wilson, KG y Gifford EV (2005). *An ACT primer: Core processes, intervention strategies, and therapist competencies*. En SC Hayes y K Strosahl (Eds.), *Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 31-57). New York: Springer-Verlag.
- Strosahl KD (2005). ACT with the multi-problem patient. En SC Hayes y K Strosahl (Eds.), *Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 209-248). New York: Springer-Verlag.
- Skinner BF (1945). The operational definition of psychological terms. *Psychological Review*, 52, 270-277.
- Skinner BF (1953). *Conducta Humana*. Barcelona, Fontanella.
- Skinner BF (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton.
- Törneke N (2010). *Learning RFT: An Introduction to Relational Frame Theory and Its Clinical Application*. Oakland: New Harbinger.
- Törneke N, Luciano C, Barnes-Holmes Y y Bond F (2015). Relational Frame Theory and three core strategies in understanding and treating human suffering. En RD Zettle, SC Hayes, D Barnes-Holmes y A Biglan (Eds.), *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 254-272). New York: Wiley-Blackwell.
- Villatte M, Villatte JL y Hayes SC (2016). *Mastering the clinical conversation: Language as intervention*. New York: Guilford Press.
- Wilson KG y Sandoz EK (2008). Mindfulness, values, and the therapeutic relationship in Acceptance and Commitment Therapy. En SF Hick y T Bein (Eds.), *Mindfulness and the therapeutic relationship*. New York: Guilford Press.
- Wilson, KG y Luciano C (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso*. Madrid: Pirámide.

Recibido, 16 Abril, 2016

Aceptación final, 21 Julio, 2016