

DUELO

TRATAMIENTO
BASADO EN
LA TERAPIA
DE ACEPTACIÓN
Y COMPROMISO
(ACT)



José Ignacio Cruz Gaitán
Michel André Reyes Ortega
Zenyazenn Ivonne Corona Chávez



Manual Moderno[®]

**DUELO: TRATAMIENTO BASADO EN LA
TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO
(ACT)**

DUELO: TRATAMIENTO BASADO EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

José Ignacio Cruz Gaitán

Clínica de Duelo por Suicidio, Guadalajara, Jalisco.
Instituto de Ciencia y Terapia Conductual Contextual, Ciudad de México.

Michel André Reyes Ortega

Instituto de Ciencia y Terapia Conductual Contextual, Ciudad de México.

Zenyazenn Ivonne Corona Chávez

Clínica de Duelo por Suicidio, Guadalajara, Jalisco.

Editor responsable:

Lic. Georgina Moreno Zarco

Editorial El Manual Moderno



Manual Moderno®

Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

Av. Sonora 206 Col. Hipódromo, C.P. 06100 Ciudad de México

Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S.

Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

IMPORANTE

Los autores y la Editorial de esta obra han tenido el cuidado de comprobar que las dosis y esquemas terapéuticos sean correctos y compatibles con los estándares de aceptación general en la fecha de la publicación. Sin embargo, es difícil estar por completo seguro que toda la información proporcionada es totalmente adecuada en todas las circunstancias. Se aconseja al lector consultar cuidadosamente el material de instrucciones e información incluido en el inserto del empaque de cada agente o farmacoterapéutico antes de administrarlo. Es importante, en especial, cuando se utilizan medicamentos nuevos o de uso poco frecuente. La Editorial no se responsabiliza por cualquier alteración, pérdida o daño que pudiera ocurrir como consecuencia, directa o indirecta, por el uso y aplicación de cualquier parte del contenido de la presente obra.

Nos interesa su opinión, comuníquese con nosotros:

Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

Av. Sonora 206, Col. Hipodromo, Deleg. Cuauhtémoc. 06100 Ciudad de México, México

(52-55) 52-65-11-00

info@manualmoderno.com

quejas@manualmoderno.com

Duelo: tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

D.R. © 2017 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

ISBN: 978-607-448-635-3 (versión electrónica)

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida sin permiso previo por escrito de la Editorial.

Para mayor información sobre

Catálogo de producto

Novedades

Distribuciones y más

www.manualmoderno.com

Director editorial y de producción:

Dr. José Luis Morales Saavedra

Editora de desarrollo:

Tania Flor García San Juan

Diseño de portada:

Lic. Luis Alejandro Valera Bermejo



CONTENIDO

Prefacio

Capítulo 1. Duelo y duelo complicado

- Síntomas comunes presentes en el duelo
- Modelos explicativos del duelo
- Modelo de procesamiento dual del duelo
- Características del tipo de muerte y su influencia en el manejo del duelo
- Características sociales y culturales que influyen en el manejo del duelo
- Duelo complicado
- Evitación y duelo complicado

Capítulo 2. Contextualismo funcional

- Contextualismo funcional
- Terapia de aceptación y compromiso (ACT)

Capítulo 3. Trastorno de evitación experiencial

Capítulo 4. Mindfulness, aceptación y flexibilidad psicológica

- Aceptación
- ¿Qué es el mindfulness?
- ¿Qué es la flexibilidad psicológica?

Capítulo 5. Evaluación y análisis funcional

- Formato de entrevista inicial
- Instrumentos psicométricos sugeridos
- Análisis funcional como herramienta de evaluación
- Conceptualización de caso

Capítulo 6. Desesperanza creativa: buscando una nueva manera de convivir con su dolor

- [Desesperanza creativa](#)
- [Primera sesión](#)
- [Segunda sesión](#)
- [Tarea 1. Ejercicio de mindfulness](#)
- [Tarea 2. Traer una fotografía del fallecido](#)

Capítulo 7. Defusión cognitiva

- [Defusión cognitiva](#)
- [Tercera sesión](#)

Capítulo 8. Valores y acción comprometida

- [¿Qué son los valores?](#)
- [Caminando en dirección a los valores: acción comprometida](#)
- [Cuarta sesión](#)
- [Quinta sesión](#)

Capítulo 9. Yo-como-contexto

- [Poder del yo en contexto](#)
- [Sexta sesión](#)
- [Septima sesión](#)
- [Sesión de seguimiento 1](#)

Capítulo 10. Consideraciones clínicas del tratamiento

- [Pacientes con riesgo suicida](#)
- [Pacientes que no hacen tareas](#)
- [Duelo en niños](#)

El manual incluye recursos electrónicos descargables para el terapeuta y para el paciente: www.manualmoderno.com/cruz

PREFACIO

La experiencia del duelo después de una muerte es una reacción humana, universal y normal que ocurre dentro de un contexto sociocultural y con frecuencia es trabajada por los profesionales de la salud. Cuando se enfrentan a la muerte de un ser querido, la mayoría de las personas logra recuperarse de la pérdida sin gran problema, manteniendo una trayectoria relativamente estable de salud y funcionamiento a lo largo del duelo (Boelen y Lensvelt-Mulders, 2005; Bonanno, 2004; Bonanno y Kaltman, 2001). Sin embargo, la evidencia clínica de varios estudios muestra la existencia de una prevalencia de 7 a 20% de duelo complicado (Langner y Maercker, 2005; Bonanno y Kaltman, 2001; Jacobs, 1999).

En el duelo complicado el dolor se intensifica y no conduce a la asimilación de la pérdida, sino a comportamientos estereotipados y repetitivos, así como a problemas de funcionamiento (Malkinson, 2007; Boelen, 2006).

Este manual ha sido escrito con el propósito de brindar directrices específicas para que el profesional se familiarice con los modelos actuales que explican el funcionamiento del duelo, identifique los síntomas del duelo complicado y pueda hacer una intervención adecuada integrando los conceptos anteriores. El plan de intervención ha sido diseñado con una orientación al contextualismo funcional, teoría que busca la rigurosidad científica basada en evidencias, pero sin perder la parsimonia, estructura y sencillez, de tal forma que cualquier terapeuta, con independencia del enfoque en el que base su práctica clínica, pueda entenderlo y aplicarlo sin mayor problema.

La primera parte incluye la fundamentación teórica de este manual; se describen las características teóricas, etiológicas y sintomáticas del duelo, así como el modelo explicativo en el que se basa la intervención psicológica. En la segunda parte se establecen, sesión por sesión, las actividades que se realizarán en cada una de ellas; se inicia con una breve descripción del formato de la sesión, se incluye el material requerido y se revisa cada segmento a detalle, con las metas, la lógica y diálogos de ejemplo. En los **Anexos para el terapeuta** hay documentos de apoyo para el terapeuta. En la sección **Material para el paciente** se encuentra todo lo necesario para hacer varios de los ejercicios que se trabajan en sesión, así como para algunas de las tareas, con las instrucciones para que el paciente pueda realizarlas con mayor facilidad.

Estos recursos de apoyo son materiales electrónicos descargables a través de www.manualmoderno.com/cruz.

• **Cómo usar este manual**

Este manual tiene el objetivo de servir como guía para los clínicos que desean trabajar con pacientes que presentan problemas en el manejo del duelo; es útil tanto de forma preventiva, para disminuir el riesgo de un duelo complicado, como para la intervención, si ya se manifiesta este conflicto en el paciente. Asimismo, es útil para diferentes tipos de pérdidas, tanto las resultantes de una muerte violenta o traumática como las derivadas de una muerte no violenta. Es importante considerar las características del paciente y el entorno en que se desarrolla la pérdida, poniendo el énfasis primordial en el análisis funcional del problema (capítulo 5) y adaptando las directrices del manual a las necesidades del paciente.

José Ignacio Cruz Gaitán

CAPÍTULO 1

DUELO Y DUELO COMPLICADO

*“La idea de que uno morirá es más cruel que morir:
pero menos que la idea de que otro ha muerto.”*

Marcel Proust

El duelo es la pérdida de la relación, la pérdida del contacto con el otro, que rompe el contacto con uno mismo. Es una experiencia multidimensional que afecta no sólo biológica y emocionalmente, sino que también trastoca las acciones privadas (p. ej., cogniciones, emociones, creencias, etc.) y públicas presentes en contextos específicos que están mediados por antecedentes históricos personales, y por distintos factores como la relación que tenía con el fallecido, el tipo de muerte, las variables sociales, las tensiones actuales, el tipo de apoyo social disponible y la cultura en la que está inmersa.

• SÍNTOMAS COMUNES PRESENTES EN EL DUELO

El *Manual DSM V* define al duelo V62.82 (Z63.4) como una reacción normal ante la muerte de un ser querido; algunos individuos presentan síntomas característicos de un episodio depresivo mayor, como sentimientos de tristeza con síntomas asociados, como insomnio, falta de apetito y pérdida de peso. En la versión anterior del *DSM* existía una restricción en los criterios del trastorno depresivo mayor F32.x (296.2x) que no permitía establecer este diagnóstico en los dos meses posteriores a un duelo, misma que en el *DSM V* fue retirada, por lo que ya puede diagnosticarse independientemente de la presencia o no de un duelo en ese lapso.

Las manifestaciones más comunes del duelo se aprecian en: 1) emociones (p. ej., tristeza, angustia, apatía, enfado, ira, culpa, soledad, abandono, impotencia, insensibilidad, extrañeza con respecto a sí mismo o ante el mundo habitual); 2) sensaciones físicas (p. ej., vacío en el estómago, boca seca o ambos, opresión en tórax/garganta, falta de aire, palpaciones o ambas, hipersensibilidad al ruido, sentido de despersonalización, falta de energía/debilidad); 3) cogniciones (p. ej., incredulidad, confusión, preocupación, rumiaciones, pensamientos e imágenes recurrentes, sentido de presencia, alucinaciones visuales, auditivas o ambas, dificultades de atención, concentración y memoria, distorsiones cognitivas); y 4) conductas (p. ej., alteraciones del sueño y, o la alimentación, conducta distraída, aislamiento social, llorar y, o suspirar, llevar o atesorar objetos, visitar lugares que frecuentaba el fallecido, llamar y, o hablar del difunto o con él, hiper o hipo actividad, evitar recordatorios del fallecido) (Worden, 2004).

• **MODELOS EXPLICATIVOS DEL DUELO**

Las primeras clasificaciones sobre las diferencias individuales del duelo se basaron en la observación clínica o en bases de datos integradas de pacientes psiquiátricos (Lindemann, 1944; Parkes, 1965), y se enfocaron principalmente en clasificar las reacciones de duelo entre dos categorías “normales” y “patológicas”, describiendo en detalle su curso a partir de etapas (Bowlby, 1980; Kübler Ross, 1969), fases (Ramsay, 1979; Sanders, 1989) y estadios (Rubin, 1997), centrando su intervención en el trabajo de duelo, el cual deriva de una serie de etapas que la persona necesita pasar para hacer frente a su pérdida. Cabe resaltar que, a excepción del Modelo de Tareas de Worden (2004), no fueron consideradas las relaciones interpersonales en el trabajo de duelo.

Recientemente, esas concepciones de duelo han sido puestas a discusión en un plano teórico (Rosenblatt, 1983; Stroebe, 1992; Stroebe y Schut, 2001) por la falta de claridad al definir el trabajo de duelo (Stroebe y Schut, 1999), deficiencias para su verificación empírica (Stroebe y Stroebe, 1991), presentar limitantes inherentes al proceso de duelo y por la posibilidad de generar expectativas inapropiadas en los dolientes (Payás, 2010), ya que, según este modelo de trabajo de duelo, pareciera que el doliente sólo tiene que concentrarse en el dolor con el fin de asimilar la experiencia en esquemas preexistentes o cambiar esos esquemas para dar cabida a que el mundo cambie; sin embargo, aunque esto es importante para llegar a una aceptación de la pérdida, es necesario trabajar otros procesos.

El duelo es, entonces, un proceso dinámico vivido tanto en un contexto social como interpersonal (Stroebe y Schut, 1999) en el que el individuo, en la medida de lo posible, elige ignorar o concentrarse en uno u otros aspectos de la pérdida (p. ej., llorar por la muerte, extrañar a la persona fallecida, ver su fotografía), así como adaptarse al cambio en su vida posterior a la misma (p. ej., retomar sus actividades, adoptar nuevos roles, experimentar cosas nuevas).

• **MODELO DE PROCESAMIENTO DUAL DEL DUELO**

Stroebe y Schut (2001), por su parte, plantean el Modelo de Procesamiento Dual del Duelo, el cual integra una taxonomía que describe las maneras en que la gente llega a un “acuerdo” con la pérdida del ser querido, explicando cómo los dolientes están orientando de modo constante y alternado su atención hacia la pérdida (p. ej., vivir la experiencia de duelo) o hacia la restauración (p. ej., adaptarse a su nuevo contexto). Este modelo, además, ayuda a conceptualizar de una manera más “genuina” cómo funciona el duelo en la vida cotidiana del individuo, ya que no necesariamente se transita por determinadas etapas de forma lineal para afrontar la pérdida, sino que se está oscilando de forma constante entre sentir y recordar hechos específicos de la pérdida o enfocándose en situaciones inherentes a la vida, como buscar actividades y relaciones nuevas para contrarrestar las sensaciones de anhelo y vacío que dejó la pérdida del ser querido o simplemente para evitar el dolor que esta pérdida conlleva.

Cabe señalar que aunque cada individuo puede focalizar su atención de forma alternada entre la pérdida o la restauración, la manera de actuar en cada estadio influirá en su funcionalidad y recuperación en su contexto o en la posible aparición del duelo complicado, debido a que cada proceso (p. ej., a la pérdida o a la restauración) se puede dirigir hacia el acercamiento o la evitación. Cuando el doliente está **acercándose**, aceptará las reacciones y síntomas posteriores al duelo, evaluará de modo adecuado las consecuencias de la pérdida, permitiéndose continuar expresando su afecto, hará una revisión constructiva de sus objetivos y metas y actuará activamente para conseguirlas; en contraste, cuando el doliente se mueve hacia la **evitación** invertirá demasiada energía rumiando acerca de las causas o consecuencias de la muerte y se enfocará en intentar disminuir y controlar los síntomas inherentes al duelo, generando estrategias de evitación y aplanamiento emocional (Romanoff, 2012; Polk, 2014), lo que quizá derivará en la aparición de un duelo complicado.

- **CARACTERÍSTICAS DEL TIPO DE MUERTE Y SU INFLUENCIA EN EL MANEJO DEL DUELO**

Existen diversos factores asociados al duelo, entre ellos la causa de muerte, la cual ha sido dividida para su estudio en muertes violentas y no violentas. Entre las muertes violentas se encuentran las que resultan de accidentes, suicidio y homicidio (Cleiren, 1991; Mancini, Prati y Bonanno, 2011). De acuerdo con estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), en 2012 las lesiones causadas por el tráfico fueron la octava causa de muerte prematura a nivel mundial, mientras que la violencia interpersonal se ubicó como la décimo octava. En México, en el mismo año las muertes violentas representaron más de la mitad (55.9%) de las defunciones acontecidas entre los jóvenes de 15 a 29 años; sin embargo, la cantidad de defunciones entre la población masculina es tres veces mayor que en la femenina (Inegi, 2014).

Por lo común, las muertes violentas son repentinas y tienen mayor probabilidad de provocar complicaciones en el duelo (Kaltman y Bonanno, 2003; Mancini, Prati y Black, 2011; Murphy, Johnson, Chung y Beaton, 2003), puesto que las personas apegadas a la víctima se encuentran vulnerables no sólo a los niveles de ansiedad característicos de las muertes no violentas, sino a los pensamientos de remordimiento, venganza y miedo recurrente relacionados con la muerte violenta ocurrida (Rynearson, Schut y Stroebe, 2013). Varios estudios han demostrado que hay mayor intensidad en el duelo posterior a una muerte violenta que en el ocasionado por muerte no violenta (p. ej., Currier, Holland, Coleman y Neimeyer, 2008; Dyregrov, Nordanger y Dyregrov, 2003; Mancini *et al.*, 2011). Currier *et al.* (2008) refieren el homicidio como la causa de muerte más perturbadora, seguida del suicidio, accidentes, muerte natural repentina y muerte natural anticipada.

- **CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN EL MANEJO DEL DUELO**

La cultura influye de forma importante en cómo se conceptualiza la muerte y, por tanto, en cómo se lidia con ella. La duración y la expresión del duelo “normal” varían considerablemente entre distintos grupos culturales. Cada cultura tiene su propio enfoque

para lidiar con la pérdida, y aunque éste puede estar más o menos estandarizado, la mayoría involucra un núcleo de entendimientos, creencias espirituales, rituales, expectativas y etiquetas. El llanto, miedo y enojo son tan comunes que se consideran casi universales y la mayoría de culturas aprueba la expresión de estas emociones a través de ritos funerarios y costumbres de luto; sin embargo, existen algunas culturas occidentales que tienden a desalentar la expresión abierta de emociones (Rosenblatt, Walsh y Jackson, 1976).

Un aspecto cultural y social presente en varios estudios, y que influye en el manejo del duelo, es la **estigmatización** que algunos dolientes pueden llegar a experimentar, misma que, en gran medida, puede complicar su proceso (Cvinar, 2005; Dunn y Morrish-Vidners, 1987; Jordan, 2001; McIntosh, 2003). El **estigma** hace referencia a un atributo profundamente desacreditador que convierte a la persona de un conjunto en un individuo contaminado e inferior (Goffman, 2009), lo que, en ciertos casos (p. ej., suicidio, homicidio, enfermedad de transmisión sexual), puede ocasionar que las expectativas de recibir apoyo y consuelo por parte de otros no se satisfagan y que, por tanto, los dolientes se sientan ofendidos, heridos o abandonados (Neimeyer y Jordan, 2002); además, el sentimiento de vergüenza que con frecuencia experimentan los dolientes coloca una enorme presión sobre ellos, afectando su habilidad para interactuar con la sociedad (Worden, 2004). Entre las formas de estigma que se enfrentan con mayor frecuencia destacan: a) un **muro de silencio**, cuando sus seres queridos evitan cualquier conversación acerca del fallecido; b) la **ausencia de interés**, cuando a los dolientes rara vez se les cuestiona sobre su bienestar y si lo hacen, tiende a ser de forma superficial; c) los **consejos que no ayudan**, cuando las sugerencias que otros les hacen ignoran por completo la naturaleza transformadora que a largo plazo puede tener un duelo en la vida del doliente, con comentarios como: “Es hora de que sigas adelante” o “¿Por qué sigues asistiendo a un grupo de apoyo?” (Feigelman, Gorman y Jordan, 2009).

Existe también la posibilidad de que los dolientes presenten **autoestigmatización** (Dunn y Morrish-Vidners, 1987), que es cuando asumen que otros los están condenando o juzgando y perciben sus acciones como reflejo de sus juicios negativos, o incluso pueden actuar de forma que provoquen la evitación y el rechazo de otras personas (Feigelman *et al.*, 2009).

• DUELO COMPLICADO

Se define como una forma de duelo caracterizada por un persistente e intenso anhelo por

la persona fallecida (p. ej., ansiedad respecto a la separación), pensamientos e imágenes intrusivas, aplanamiento emocional, enojo o culpa relativa a la pérdida, sensación de vacío y respuestas reactivas ante el entorno (Horowitz *et al.*, 1997; Prigerson, 2004; Shear, Frank, Houck y Reynolds, 2005). Al mismo tiempo, las personas con duelo complicado suelen evitar a otros, así como los lugares asociados a la pérdida, debido a la intensa ansiedad que los recuerdos les provocan. También tienden a presentar fluctuaciones entre la preocupación y la evitación de los recuerdos sobre el fallecido y, con frecuencia, tienen dificultades para redefinirse a sí mismos (Mancini y Bonanno, 2006), por lo que experimentan complicaciones para encontrar nuevas relaciones que les sean satisfactorias o para involucrarse en actividades potencialmente gratificantes.

En el *DSM V* se ha incluido, en la sección 309.89 (F43.8), “Otros trastornos relacionados con traumas y estrés especificado”, el **trastorno de duelo complejo persistente**, que se caracteriza por un duelo intenso y persistente y por reacciones de luto. Aunque esto podría parecer un avance, la comunidad científica ha mostrado resistencia a adoptar este término debido a la falta de evidencia empírica que demuestre la validez de los criterios que lo definen, además de que la heterogeneidad de este constructo no coincide con los avances obtenidos hasta ahora sobre el entendimiento de lo que constituye un duelo disfuncional (Boelen y Prigerson, 2012).

• EVITACIÓN Y DUELO COMPLICADO

Después de un duelo es frecuente que las personas eviten aceptar ciertas emociones, como la ansiedad o la tristeza, puesto que creen que afrontar la realidad de la pérdida (p. ej., sentimientos, pensamientos o recuerdos relacionados con el fallecido) dará lugar a la “locura” y pérdida de control, o que las consecuencias serán insoportables; por tanto, evaden la confrontación con esta realidad para protegerse de tal amenaza (Horowitz *et al.*, 1986; Ramsay, 1979). Del mismo modo, para evitar la realidad de la pérdida los dolientes mantienen una fuerte conexión con la persona muerta (Field y Friedrichs, 2004), por lo que constantemente hablan sobre el fallecido y lo que harían si estuviera vivo, guardan objetos relacionados con él o intentan tener conversaciones con él, esto con el fin de continuar con la conexión que tenían antes de su muerte y evitar la ansiedad que puede generar la confrontación de su realidad actual. El rumiar constante sobre las razones o circunstancias en que ocurrió la muerte es otra estrategia muy utilizada que tiene varias funciones de evitación, entre las que se puede incluir: a) intentar comprender una pérdida inesperada; b) enfocarse en el enojo hacia el fallecido para evitar

sentimientos de culpa (o viceversa); y c) preocupación por dejar de pensar en el fallecido, ya que esto indicaría falta de respeto o amor hacia él, o podría provocar que se olvidara la persona (Watkins y Moulds, 2012).

Por otra parte, las estrategias de evitación ante sentirse deprimidos ocurren cuando los dolientes mantienen conductas de inactividad y huida, absteniéndose de actividades sociales, laborales y recreativas que podrían proporcionar un refuerzo positivo o eran importantes antes de la pérdida. Esto ocurre cuando los dolientes relacionan el emprender ajustes y actividades sin la persona fallecida con una falta de respeto y, por lo tanto, se abstienen de ello. Las expectativas negativas son importantes en la evitación de la depresión, en especial en las relativas a participar en comportamientos potencialmente útiles (p. ej., “Reunirme con amigos no me hará sentir mejor”) y la capacidad para hacerlo (p. ej., “Soy incapaz de asumir nuevas responsabilidades”) (Benight, Flores y Tashiro, 2001). Esta interrupción de las rutinas diarias puede causar una desregulación biológica que contribuye a la inestabilidad emocional (Ehlers, Frank y Kupfer, 1988), debilitando, además, el acceso a experiencias gratificantes y agradables en ausencia de la persona fallecida, e interfiriendo, así, en la incorporación de la pérdida en el conocimiento sobre sí mismo, el presente y el futuro.

CAPÍTULO 2

CONTEXTUALISMO FUNCIONAL

“Lo que pensamos de la muerte sólo tiene importancia por lo que la muerte nos hace pensar de la vida.”

Charles de Gaulle

• CONTEXTUALISMO FUNCIONAL

El conductismo radical es la filosofía desde la que B.F. Skinner (1953) construyó su perspectiva de la psicología. Representa un cuerpo unificado y coherente de conocimiento, aunque mantiene una postura ateórica o aontológica (Skinner, 1950); su objeto de estudio es la **conducta** y busca obtener **principios universalmente válidos** para poder predecirla e influirla (Törneke, 2010); adopta un método de construcción de conocimiento estructurado **de abajo hacia arriba** y su práctica puede dividirse en el análisis experimental de la conducta, el análisis conductual aplicado (Baer, Wolf y Risley, 1968) y el análisis de la conducta clínica. Estas ramas representan la aplicación consistente y universal de los principios derivados del conductismo radical a la comprensión e intervención de cada aspecto del comportamiento humano (la conducta motora, fisiológica y cognitivo-verbal) (Törneke, 2010).

En la actualidad se usa también el término **contextualismo funcional** (Gifford y Hayes, 1999) como alternativa al conductismo radical, ya que enfatiza la relación filosófica existente entre el conductismo de Skinner y otras aproximaciones contextuales, como el constructivismo social o el feminismo psicológico (Roche y Barnes-Holmes, 2003; Gifford y Hayes, 1999). Su elemento distintivo, a diferencia de otros tipos de

contextualismo, es la adopción de un criterio de verdad pragmática donde lo “cierto” sólo puede considerarse como tal en tanto permite predecir e influir los eventos de la realidad, no en función de la “precisión” con que la describe. De esta forma, la meta del contextualismo funcional es el desarrollo de principios que permitan influir en el comportamiento con precisión, profundidad y alcance (Gifford y Hayes, 1999). El contextualismo funcional busca, asimismo, los análisis que conduzcan a alcanzar la predicción y la influencia a partir de: a) identificar las características contextuales que facilitan la predicción de la conducta de interés; y b) demostrar que la manipulación de estas características contextuales afecta la probabilidad de ocurrencia de este comportamiento. Así, en el marco del análisis de la conducta clínica, el terapeuta busca e interviene sobre los factores contextuales que mantienen el comportamiento, puesto que “el contexto” en el cual tiene lugar la conducta es lo único que se puede manipular de forma directa (Hayes y Brownstein, 1986).

Por ejemplo, una persona en duelo podría actuar de acuerdo con el pensamiento “No puedo continuar viviendo ahora que él ya no está”, el cual funciona en un contexto de literalidad (construido socialmente) donde los pensamientos se viven en coordinación con los estímulos a los que representan. Ya que las personas no pueden elegir tener o desaparecer ese pensamiento, la intervención se dirige a cambiar el contexto (no literalidad o defusión en este caso) en que el pensamiento tiene lugar (véase capítulo VII, sobre defusión). Esto resulta útil porque en un contexto de “no literalidad” el comportamiento puede ser más flexible en presencia de ese pensamiento, ya que se relaciona con él como lo que es, actividad verbal, y no como una realidad o una causa ante la que “debe” reaccionar, por tanto, la persona podrá continuar con su vida aunque este pensamiento siga presente.

• Teoría de los marcos relacionales (RFT)

La Teoría de los Marcos Relacionales (RFT) es un postulado analítico-conductual sobre el lenguaje y la cognición, que permite su comprensión científica (Bach y Moran, 2008). La RFT se basa en la demostración de que la capacidad de relacionar un estímulo con otro es un comportamiento aprendido a partir del reforzamiento (Hayes *et al.*, 2001), y la “conducta verbal” propiamente dicha tiene como base la capacidad de relacionar estímulos de forma arbitraria (con independencia de sus características formales, como color, tamaño, etc.). La RFT explica que esta capacidad da lugar a la transformación de las funciones de los estímulos dependiendo de la forma en que se les relaciona con otros. Las características e historia del contexto regulan cómo los individuos relacionan los eventos; y otro conjunto de características e historia del contexto regulan las funciones de

esas mismas relaciones (Fletcher y Hayes, 2005).

La RFT tiene gran relevancia cuando se busca explicar los síntomas de individuos en duelo, ya que las respuestas ante la pérdida diferirán en cada uno debido a su historia de aprendizaje directo y verbal; así, es plausible afirmar que no existen diferentes tipos de duelo, sino diversas respuestas consecuencia de diversos contextos históricos. Por ejemplo, una persona en duelo puede relacionar la ausencia del ser querido con una sensación de emancipación y libertad, y tener pensamientos de alivio porque la pérdida se enmarca en contraposición a una vida de maltrato ejercido por el fallecido; en contraste, otra persona puede coordinar la pérdida con desamparo y, por lo tanto, reaccionar con vulnerabilidad, verbalizar soledad y pensar “No podré continuar la vida ahora que él ya no está”. Cada persona, en función de las relaciones que establezca con diversos estímulos, puede tener diferentes síntomas e interpretaciones sobre la pérdida, así como reacciones derivadas de la misma.

• **TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)**

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una de las terapias de conducta de tercera generación sensibles al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos. ACT aplica procesos de aceptación y “conciencia”, así como el compromiso y procesos de cambio conductual para facilitar la flexibilidad psicológica. Dicha flexibilidad psicológica permite la aceptación del sufrimiento psicológico tal cual es, por lo que es posible aprender de él y cambiar el centro de atención hacia los comportamientos que realzan y dan sentido a la vida (Hayes *et al.*, 1999). Esta terapia ha sido validada en términos científicos para una gran cantidad de trastornos psicológicos y es consistente con el Modelo de Procesamiento Dual del Duelo (Stroebe y Schut, 1999; Romanoff, 2012) por lo que se puede aplicar en pacientes con duelo complicado. El modelo de la ACT considera la mente como un complejo conjunto de procesos cognitivos relacionados, que dependen del lenguaje y actúan sobre los sujetos desde fuentes internas y externas. Esta mente o cognición puede ser tanto una bendición como una maldición, ya que, por sí misma, tiene la capacidad de producir emociones y recuerdos dolorosos, así como predecir futuros inciertos; sin embargo, como refieren Wilson y Luciano (2002), “tener lenguaje es tener ambos lados del lenguaje. Un lado brillante como conocimiento cuyo uso resulta extremadamente útil en cuanto que controla acciones efectivas, eficaces y propiciadoras de bienestar, y un lado oscuro ante el cual puede reaccionar de modo que resulte limitante” (pp. 30-31). Los modelos psicológicos vigentes

basados en el “trabajo de duelo” no son muy descriptivos, no toman en cuenta las diferencias individuales de los dolientes y carecen de evidencias científicas que los respalden, de modo que ofrecen poca orientación al terapeuta respecto a la intervención (Stroebe y Schut, 2010; Walker, 2013). ACT, en cambio, proporciona una base teórica útil para ayudar a los terapeutas que piensan adoptar nuevas formas de trabajar con el duelo, ya que aborda aspectos comúnmente reportados, que incluyen no sólo problemas emocionales como ansiedad y tristeza, sino también pensamientos sobre el pasado y el futuro, cambios prácticos y problemas como la falta de ingresos y el cambio de roles; el objetivo central es la flexibilidad psicológica que emerge del nuevo yo, en un marco que puede alentar la esperanza hacia el futuro (Walker, 2013). Desde la perspectiva de ACT, una reacción más adaptativa implica que el individuo reconozca la pérdida, pueda permanecer en contacto con otros y crea que la vida aún puede tener significado y propósito, es decir, la aceptación en lugar de la evitación emocional (Walser y Hayes, 2006). Cuando la pérdida está relacionada con una situación traumática (p. ej., suicidio, homicidio, accidente, enfermedad prolongada, etc.), se intenta ayudar al doliente para que haga contacto directo con la experiencia vivida, para que pueda distinguir que ésta y su mente son dos cosas por completo distintas, pues su mente quizá pueda decir “No hablar sobre esto y hacer como que no pasó nada es lo mejor para lidiar con mi dolor”, sin embargo, la experiencia de soledad puede decir lo contrario (Follette y Pistorello, 2007).

• **Relación terapéutica en terapias contextuales**

La relación terapéutica es fundamental para que exista un cambio progresivo en el paciente, ya que la variación y conservación selectiva de conductas sociales nuevas permitirá relaciones fuertes y psicológicamente flexibles. La ACT considera las acciones y reacciones del terapeuta una fuente clave para modelar los procesos de flexibilidad psicológica, entendidos no sólo como el **objetivo** de la intervención, sino también como el **contexto** para que se lleven a cabo; para lograr esto el terapeuta busca establecer con el paciente una relación abierta, aceptante, coherente y consistente con los principios de la ACT, para lo cual se sugiere que se esfuerce por desarrollar las destrezas de flexibilidad tanto en el terreno profesional como en el personal (Hayes *et al.*, 1999).

Es vital tener presente en todo momento el rol crucial que juega el terapeuta, por lo que se recomienda estar atento al efecto que sus propias conductas tienen en el paciente. Un aspecto esencial en la relación terapéutica es la creación de un ambiente de seguridad y confianza, por lo que se sugiere que el terapeuta procure llegar a tiempo, mostrar confianza, revelar información personal importante, prestar atención, responder

apropiadamente, demostrar interés y preocuparse por los sentimientos del cliente, ya que estas conductas funcionan como reforzadores y modelo para la clase de conductas que se desea promover en el paciente (Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman y Loudon, 2012).

CAPÍTULO 3

TRASTORNO DE EVITACIÓN EXPERIENCIAL

“El hecho de que algunas cosas no puedan ser controladas resulta difícil de asumir ya que inferencialmente concluimos que es a nosotros a quienes les toca asumir el efecto interno que esas cosas nos producen.”

Hayes, Strosahl y Wilson

En la sociedad occidental se promueven de manera constante la búsqueda de la felicidad y la relajación como una forma de evadir pensamientos y sentimientos desagradables, colocando el “ser feliz” y “sentirse bien” como signos de salud mental y como lo normal (Molina y Luciano, 2003). Desde la perspectiva de ACT, el sufrimiento humano es una consecuencia de la fusión con las instrucciones mentales que animan a la supresión, el control o la eliminación de aquellas vivencias que se supone pueden resultar angustiosas; sin embargo, tener pensamientos y sentimientos tanto desagradables como agradables resulta psicológicamente saludable (Hayes *et al.*, 1999). Una paradoja inherente al intento de evitar, suprimir o eliminar las vivencias personales no deseadas es el incremento de la frecuencia e intensidad de la experiencia de evitar (Wenzlaff y Wegner, 2000), es decir, aunque a corto plazo puede ser aparentemente efectivo, a largo plazo las situaciones de evitación se multiplican y acrecientan, los pensamientos y sentimientos a evadir se vuelven más desbordantes y la capacidad de entrar en contacto con el momento **presente** y disfrutar de la vida se desvanece poco a poco (Hayes *et al.*, 1999), al tiempo que la persona se aleja de lo que quiere para su vida.

El Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) ocurre cuando una persona intenta de forma deliberada alterar tanto la forma como la frecuencia de las vivencias que le resultan angustiosas, así como las condiciones que las generan (Hayes *et al.*, 1996). El

TEE se observa en patrones depresivos, de ansiedad, alcoholismo y otras conductas adictivas, patrones obsesivos, delirios, alucinaciones, etc. (Molina y Luciano, 2003), incluido el duelo complicado.

Es común escuchar a los pacientes en duelo referir que quieren tener control sobre sus sentimientos o pensamientos, e incluso desaparecerlos. Por lo común, después de la muerte de un ser querido los dolientes manifiestan desear ya no estar tristes o dejar de recordar constantemente a la persona fallecida, de modo que perciben el control de sus eventos privados como la solución de su problemática. Sin embargo, los intentos de control y eliminación no sólo no consiguen neutralizar los contenidos angustiosos, sino que tienden a prolongar el curso de su duelo. Ellos responden a sus contenidos negativos intentando olvidarse, pensando en algo distinto o evitando pensar, pero la RFT indica que estas estrategias se vuelven poco efectivas porque aquello que utilizan para olvidar, distraerse o evitar tiene una relación bidireccional con el contenido que se quiere evadir (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001), y, por lo tanto, estará más presente. Por ejemplo, una mujer que acaba de enviudar quizá intentará ocuparse en actividades que la mantengan fuera de casa para distraerse y no tener que estar sola porque eso la entristecería, así que estará estableciendo una relación “Estar fuera de casa = no estar triste”, y la preocupación por no estar triste la hará verificar constantemente si la emoción está presente. Lo mismo sucede cuando se recurre a la racionalización de la conducta patológica, porque entonces se cae en el rumiar y en hacer cuestionamientos constantes sobre las causas, motivos o cosas que se pudieron hacer para que la muerte no ocurriera, de modo que en vez de que la persona logre librarse de los contenidos angustiosos se aleja de la vida que desea, siendo éste el aspecto más importante desde ACT: conseguir resultados vitales y alcanzables.

La evitación experiencial llega a afectar de tres formas: 1) puede incrementar la aparición de los eventos privados que se busca evitar, de modo que la persona entra en un ciclo que produce comportamientos extremos o disfuncionales; 2) algunas estrategias de evitación, como abuso de sustancias, disociación o aislamiento social, pueden parecer eficaces a corto plazo, pero conllevan afectaciones en los ámbitos social, físico o psicológico, y la solución se convierte en problema; 3) la aparición de los contenidos privados que se quiere evitar se puede convertir en el desencadenante de conductas de evitación patológicas, como ansiedad, enojo o tristeza que detonan la necesidad de volver a consumir alguna sustancia o medicamento (Hayes y Gifford, 1997).

Por ejemplo, un hombre cuyo hijo adolescente se suicidó en su casa puede recurrir a estrategias de evitación para intentar olvidar la imagen de su hijo ahorcado, porque eso lo entristece y lo pone ansioso, así que busca una distracción cada que el recuerdo regresa y se mantiene fuera de la casa trabajando. Esta estrategia le funciona sólo por periodos cortos; sin embargo, por las noches, justo antes de dormir, aparece de nuevo el recuerdo,

de modo que recurre a la ingesta de bebidas alcohólicas para poder dormir mejor y evadir esas imágenes. Al no resolver la aparición de los recuerdos, tal estrategia hace que la ingesta de bebidas alcohólicas se vuelva más frecuente. En este punto se establece esta relación: “Recordar a su hijo = sentirse triste = ingerir alcohol”, por lo que, con el tiempo, cada que se sienta triste sentirá mayor deseo de beber alcohol, incluso cuando la tristeza no esté relacionada con el recuerdo de su hijo.

CAPÍTULO 4

MINDFULNESS, ACEPTACIÓN Y FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA

*“Es paradójico que cuando me acepto a mí mismo,
tal y como soy, entonces empiezo a cambiar.”*

Carl Rogers

La evitación experiencial tiene como costo reducir el contacto con el presente que se vincula con la historia personal; al no ser consciente de qué se está evitando, el paciente no tiene oportunidad de considerar si está haciendo realmente lo que quiere hacer; por último, la evitación favorece los daños colaterales de la vida real, lo que impide la evolución de la conducta del paciente hacia estructuras más reforzantes y de mayor valor.

• **ACEPTACIÓN**

La aceptación se entiende como la voluntad de experimentar con plenitud los pensamientos, sentimientos y sensaciones preocupantes e incómodas. Desde la ACT se alienta al doliente a no rehuir el contacto con el dolor de su pérdida, ya que la evitación consciente y deliberada de los eventos privados es inservible cuando el acontecimiento (p. ej., la muerte) no se puede cambiar. Ningún control emocional puede deshacer la pérdida o modificar un evento (Hayes *et al.*, 1999; Walker, 2013); de hecho, se ha demostrado que entre más se intenta ocultar los pensamientos y sentimientos derivados de la pérdida, más aumenta su frecuencia e intensidad (Wegner y Zanakos, 1994). Al enfocarse en tener control de las experiencias desagradables, la persona pierde energía

emocional y física, dejando poca energía y control para otras tareas exigentes y necesarias (Baumeister, Gailliot, DeWall y Oaten, 2006). Hayes *et al.* (1999) reconocen que para las personas resulta difícil moverse en una nueva dirección debido al estrés psicológico y por no estar dispuestas a experimentar el dolor. Afrontar este dolor es crucial ya que “Permanecer en el aquí y ahora” y “Dando permiso” fomenta lo contrario de la evitación experiencial. Alentar a los pacientes a darse permiso para ser como son en el momento facilita una experiencia activa, positiva y no pasiva respecto a que no se trata de sucumbir a emociones angustiantes, sino de la voluntad de experimentarlas y aceptarlas (Walker, 2013).

• **¿QUÉ ES EL *MINDFULNESS*?**

Mindfulness (p. ej., conciencia plena) se define como “mantener la conciencia viva de la realidad actual” (Hanh, 1976); en la literatura ACT esto se describe como “prestar atención con flexibilidad, apertura y curiosidad”. Harris (2009) sugiere tres factores relevantes para la comprensión del *mindfulness*: 1) no es un proceso de pensamiento; 2) es preciso contar con una actitud de apertura y curiosidad; y 3) se requiere flexibilidad consciente y enfoque directo en todos los aspectos de una experiencia particular. El acto de rumiar, la preocupación por el pasado y los pensamientos sobre el futuro pueden desdibujar la conciencia de lo que está sucediendo en el momento presente. La atención plena también puede ser inhibida por enfocarse en varias tareas o preocupaciones que disminuyen la calidad de la conciencia de la experiencia presente (Walker, 2013; Deci y Ryan, 1980).

• **¿QUE ES LA FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA?**

La flexibilidad psicológica se define como “la habilidad de ponerse en contacto con el momento presente junto con los pensamientos y sentimientos que contiene, sin necesidad de defensa y, dependiendo de lo que la situación permita, la persistencia o cambio en la conducta para buscar lograr valores y metas personales” (Hayes, 2004; Luoma, Hayes y Walser, 2007; Hayes y Strosahl, 2004).

ACT describe seis procesos centrales que generan flexibilidad psicológica: atención

flexible al momento presente, valores personales, compromiso con la acción, yo-como-contexto, **defusión** y aceptación. A partir de estos procesos se forman díadas que corresponden a estilos de respuesta: **abierto** (defusión-aceptación), **centrado** (conciencia del presente, yo-como-contexto) y **comprometido** (valores-acción comprometida) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999).

• **Estilo abierto de respuesta: defusión y aceptación**

La fusión cognitiva es una forma de dominancia verbal en la regulación de la conducta. Algunos contenidos fusionados se pueden identificar por ser formulaciones repetitivas, monótonas, categóricas y evaluativas. Mediante la **defusión** se busca que el paciente se dé cuenta de la organización verbal que tiene del mundo y, de tal forma, influir sobre su contenido y manera de pensar. **Aceptación** psicológica es la adopción de una postura abierta, receptiva, flexible y sin juicios respecto a la experiencia que tiene lugar momento-a-momento, aun cuando el contenido resulte indeseable y angustioso. En conjunto, aceptación y defusión permiten la apertura personal a la experiencia directa (Hayes *et al.*, 1999).

• **Estilo centrado en la respuesta: el momento presente y el yo-como-contexto**

Cambiar la atención a lo que ocurre en el momento significa contactar tanto con estímulos internos, como sensaciones corporales, pensamientos y sentimientos, como con estímulos externos, como sonidos, aquello que se ve, olores y sensaciones (Fletcher y Hayes, 2005). El **yo-como-contexto** se refiere a un aspecto del yo que se caracteriza por la capacidad de percibir el contenido de la conciencia desde una perspectiva determinada: **yo/aquí/ahora** (Hayes *et al.*, 1999).

• **Estilo de respuesta comprometida: valores y acción comprometida**

Los **valores** cumplen la función de orientar al paciente en la determinación de un propósito y funcionan como “incrementadores” de transformación y de motivación. La **acción comprometida** se refiere a una “acción basada en valores, destinada a crear una

pauta de acción”; mantener un compromiso implica, en cada momento, redirigir la conducta hacia patrones más amplios, con el objetivo de mantener los propósitos de la persona (Hayes *et al.*, 1999).

CAPÍTULO 5

EVALUACIÓN Y ANÁLISIS FUNCIONAL

“Sorprenderse, extrañarse, es comenzar a entender.”

José Ortega y Gasset

Realizar una evaluación previa ayuda al terapeuta a conocer el sistema de funcionamiento del paciente, así como a identificar los componentes básicos del duelo complicado y los valores y metas que el paciente quiere desarrollar. Entre los puntos a evaluar se recomienda conocer los antecedentes de otras pérdidas y la forma en que fueron enfrentadas, factores individuales de vulnerabilidad, la relación que llevaba con el fallecido, el tipo de vínculo y la historia del evento traumático.

Otro aspecto importante es reconocer la disponibilidad de la persona en cuanto al contacto con sus experiencias privadas (p. ej., los estados o sensaciones de su cuerpo, sus pensamientos, sus recuerdos, sus predisposiciones conductuales) y saber si altera deliberadamente la forma o frecuencia de tales experiencias privadas, así como las condiciones que las generan (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996).

• **FORMATO DE ENTREVISTA INICIAL**

Este formato de entrevista (véase anexo 1) ayuda al terapeuta como guía para la evaluación, pues hace énfasis en: 1) los factores circunstanciales de la pérdida más reciente; 2) las variables históricas relevantes; 3) los factores individuales de vulnerabilidad; y 4) el soporte personal. El último elemento consta de cuatro columnas en donde se anotará a la gente más cercana al paciente en la primera columna; en la segunda

se puntuará qué tan cercana es para el paciente la persona en una escala del 0 al 10, siendo 0 “Nada” y 10 lo más cercano que podría ser; en la tercera se apuntará el tipo de apoyo (p. ej., emocional, económico) que la persona brinda en diferentes áreas (laboral, personal, con los hijos); en la cuarta columna se indicará qué tan disponible cree el paciente que estará esa persona para brindarle soporte.

• Ejemplo de soporte personal

| Persona | Cercanía (0 a 10) | Tipo de soporte | Disponibilidad de la persona para ayudar (0 a 10) |
|-----------|-------------------|-----------------|---|
| Hermana | 7 | Emocional | 9. Es realmente importante |
| Jefe | 4 | Económico | 5. Depende de que cumpla con mis actividades |
| Sacerdote | 4 | Espiritual | 7. Importante como apoyo y consuelo |

Otro punto relevante es 5) otra problemática actual, en donde se indaga respecto a las situaciones complicadas agregadas en las cuales está inmerso el paciente en este momento, o que disminuyen su funcionalidad actual. En esta parte de la entrevista es necesario explorar la posible presencia de ideación suicida o pensamientos de muerte, sobre todo en los casos traumáticos (véase Capítulo 10. Consideraciones clínicas del tratamiento). Y por último, en 6) notas y comentarios, el terapeuta incluirá otros aspectos relevantes respecto a la problemática del paciente, así como sus impresiones sobre el caso.

• INSTRUMENTOS PSICOMÉTRICOS SUGERIDOS

• Inventario de Duelo Complicado Revisado (IDC-R-ECEP)

Consta de cuatro criterios: a) estrés por la separación que conlleva la muerte; b) estrés debido al trauma que supone la muerte; c) cronología y curso del proceso de duelo; y d) deterioro. Este instrumento brinda información indispensable para entender la manera en que la persona conceptualiza su pérdida.

• **Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II-YUC)**

Consta de 10 reactivos que se puntúan con una escala tipo Likert; miden la Evitación Experiencial (EE) y la aceptación psicológica.

• **Symptom CheckList 90 (SCL-90-R, Derogatis, 1996)**

Evalúa el grado de distrés psicológico mediante 90 reactivos que se contestan en escala de Likert (Cruz, López, Blas, González y Chávez, 2005).

• **Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)**

Este instrumento evalúa 12 áreas, cada una con cuatro reactivos. Dichas áreas son: 1) preocupaciones; 2) desempeño físico; 3) aislamiento; 4) percepción corporal; 5) funciones cognitivas; 6) actitud ante el tratamiento; 7) tiempo libre; 8) vida cotidiana; 9) familia; 10) redes sociales; 11) dependencia médica; y 12) relación con el médico.

• **ANÁLISIS FUNCIONAL COMO HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN**

El análisis funcional se lleva a cabo considerando los principios de la Terapia Analítico Funcional (FAP), la cual es una aproximación conductual que hace énfasis en la relación terapéutica y centra la intervención en la influencia que puede tener el terapeuta en el paciente. Desde este punto de vista, el terapeuta tiene tres posibles funciones: provocar, evocar y actuar en consecuencia a la conducta del paciente. Por tanto, la evaluación se enfoca en la identificación y definición de las Conductas Clínicamente Relevantes (CCRs) (Tsai *et al.*, 2012).

Las CCRs son comportamientos obvios y observables, así como eventos privados que el paciente manifiesta en las sesiones y también en su vida cotidiana, y que el terapeuta buscará reforzar positiva o negativamente (García y Pérez, 2003; Tsai *et al.*, 2012). Se dividen en tres tipos: a) las CCR1 son los **problemas del paciente que ocurren durante la sesión**, por ejemplo, que evite hablar sobre la persona fallecida o evada el tema,

niegue sus sentimientos o la expresión de sus emociones, o bien, que hable mucho del fallecido por miedo a olvidarlo, que evite seguir adelante con su vida por considerarlo una falta de respeto o aprecio por el fallecido, y que no se involucre en actividades que antes de la pérdida le producían satisfacción, etc.; b) las CCR2 son las **mejoras del paciente que ocurren durante la sesión**, como cuando alguien que evitaba la expresión de emociones llora o se enoja, o realiza un cambio en sus rutinas o cualquier otra conducta que implique afrontamiento de algo que se estaba evadiendo. El terapeuta debe reconocer CCR2 y reforzarlas, incluso cuando la mejora sea sólo una aproximación a la conducta objetivo. Finalmente, c) las CCR3 son **interpretaciones del paciente sobre su conducta** y se refieren a las verbalizaciones que hace sobre su propia conducta y sobre qué sucesos la provocan. Se considera que el mejor tipo de CCR3 comprende la descripción de la conducta propia en conexión con las circunstancias ambientales de las que deriva.

• Elaboración del análisis funcional

Una vez que se realizó la entrevista y se aplicaron los instrumentos psicométricos, es importante integrar esa información con la evaluación conductual, entendida como el reconocimiento de patrones de los conflictos de los pacientes a partir de la identificación de las relaciones funcionales entre: a) antecedentes; b) conductas; y c) consecuencias (p. ej., explicadas según su función), que ayudarán a organizar las CCRs del paciente (Kanter, Weeks, Bonow, Landes, Callaghan y Follette, 2009). En la tabla 5-1 se muestran varios ejemplos de la identificación de relaciones funcionales.

Tabla 5-1. Análisis funcional (Kanter, 2009).

| a) Antecedentes (Situación en que se presenta) | b) Antecedentes (Situación en que se presenta) | c) Consecuencias (Función) |
|--|--|--|
| Aniversario del fallecimiento de la pareja | Alejarse de lugares que le recuerden a la pareja | Evitar la tristeza |
| Charla con alguien que pregunta sobre la pareja | Decir “Se fue” o “Ya no está” en lugar de “Murió” al referirse a su pareja | Evitar aceptar la realidad del fallecimiento |
| Percibir un perfume similar al que usaba la pareja | Pensar en lo que pudo haber hecho para evitar la muerte | Evitar contactar con la experiencia |

Una vez identificadas estas conductas y su función es importante verificar si existe una relación entre ellas para definir aquellas con las que se trabajará, es decir, detectar cuáles se tendrán que reforzar positiva o negativamente. Cabe resaltar que en el ejemplo anterior se podría caer en una interpretación errónea de que la conducta ha tenido

consecuencias positivas porque evita el evento privado desagradable y, por lo tanto, disminuye el malestar; no obstante, como ya se explicó antes, los esfuerzos enfocados en la evitación de emociones, pensamientos, recuerdos, etc., conducen a una desaparición temporal de los síntomas, pero no garantizan su desaparición a largo plazo, sino que, por el contrario, crece la probabilidad de presentar duelo complicado.

• **CONCEPTUALIZACIÓN DE CASO**

Para la conceptualización de caso se recomienda basarse en la Matrix, modelo desarrollado por Kevin Polk (véase anexo 2), de tal suerte que el terapeuta distinga las conductas públicas y privadas que mantienen la evitación experiencial y las alternativas. A continuación se muestra, en la figura 5-1, un ejemplo de una conceptualización de caso con la Matrix.

En la figura 5-1 se aprecian las conductas públicas y privadas de una paciente cuyo cónyuge ha fallecido. Conceptualizar el caso a partir de la Matrix permite tener una descripción más clara de las conductas de evitación que el paciente está presentando y lo que es importante para él.

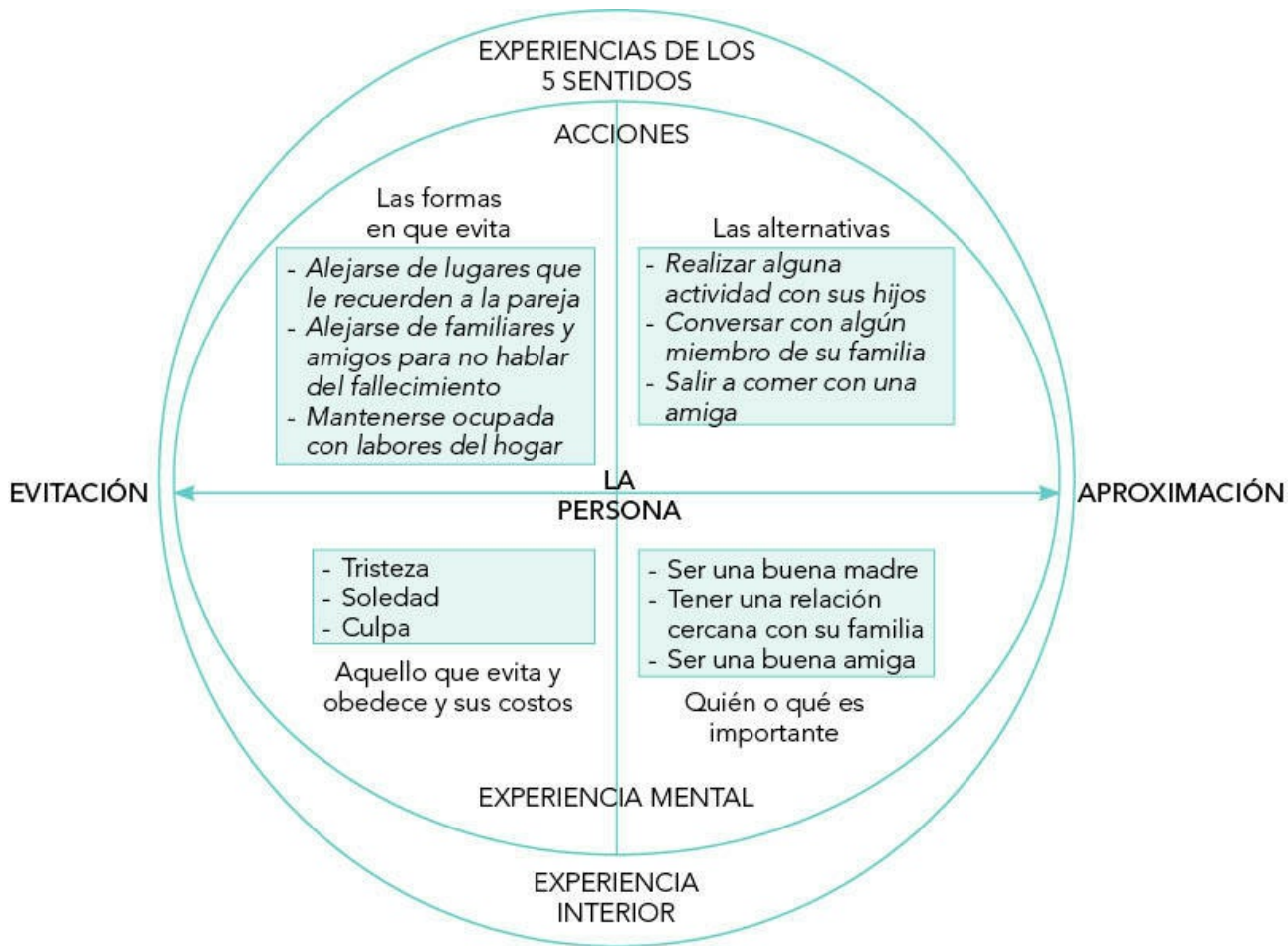


Figura 5-1. La Matrix de ACT (adaptado de Polk, 2014).

CAPÍTULO 6

DESESPERANZA CREATIVA: BUSCANDO UNA NUEVA MANERA DE CONVIVIR CON SU DOLOR

“Aprende a contactar con tu silencio interior y entérate de que todo el mundo tiene un motivo. No hay errores ni coincidencias. Todos los acontecimientos son bendiciones para que aprendamos.”

Elisabeth Kübler-Ross

Es muy frecuente que los dolientes prefieran evitar hablar, pensar, recordar al fallecido o la situación de la muerte (más cuando fue violenta o inesperada), como un medio de control de la experiencia; sin embargo, esto implica un desgaste emocional, cognitivo y físico muy alto, pues limita su capacidad de acción, los vuelve esclavos de estas estrategias de evitación y obstruye su capacidad de manejarse libremente en su vida.

La primera meta en la terapia es combatir las experiencias de control como un modo razonable de estimular la salud psicológica. La meta no es que los pacientes se sientan desesperanzados, sino enfocar dicha desesperanza sobre sus estrategias de evitación y escape hacia sus experiencias privadas a fin de vivir su vida efectivamente (Hayes *et al.*, 1999).

El objetivo es mostrar al paciente que los intentos de control de los eventos privados (p. ej., pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones) no le han llevado más que a aumentar de manera muy importante su sufrimiento. Se trata de hacerle comprender que los intentos de control del sufrimiento no son la solución, sino que potencian de forma tremenda el problema.

La desesperanza es dolorosa y confusa porque evidencia que la evitación ha generado más problemas y que el paciente está instalado en esa estrategia sin saber qué hacer. Esa

experiencia resulta nueva y contrapone el sentimiento de culpabilidad, por haber seguido un plan ineficaz, y de ser víctima frente a una actitud responsable, que es la inevitable elección al responder a esa situación (Molina y Luciano, 2003). Se le propone que abandone lo que no le ha funcionado y busque una alternativa diferente, que es la que propone esta terapia y que le llevará a reducir de forma fundamental su sufrimiento psicológico.

• DESESPERANZA CREATIVA

El término “desesperanza creativa” se utiliza para representar la postura en la que el cliente se encuentra a sí mismo después de abandonar los intentos inútiles de cambiar su experiencia, lo que da lugar al empleo de estrategias más efectivas (Walser y Westrup, 2007). El objetivo, como lo refieren Hayes *et al.* (1999), no es provocar un **sentimiento** de desesperanza ni una **creencia** en la desesperanza; más bien, el objetivo es abandonar las estrategias **cuando la propia experiencia del paciente dice que no están dando resultado**, incluso aunque no se sepa qué vendrá a continuación.

• PRIMERA SESIÓN

• Formato de sesión

- Ejercicio de *mindfulness*. Observación de la respiración.
- Cuando las soluciones no son soluciones.
- Reconocer el costo de las estrategias utilizadas hasta ahora.
- Creando desesperanza (metáfora del hombre en el agujero).
- La oportunidad de hacer algo nuevo.
- Establecimiento del contrato terapéutico.

• Ejercicio de *mindfulness*. Observación de la respiración

Al inicio de todas las sesiones se utilizará un ejercicio de *mindfulness*. Esto tiene dos objetivos principales: 1) promover en el paciente la atención al momento presente; y 2) ayudarlo a que esté enfocado en lo que se va a trabajar en sesión (Walser y Westrup, 2007).

Para el ejercicio, se le pide al paciente que se coloque en una postura cómoda en el sillón, con la espalda recta, los pies apoyados en el piso y los brazos a los lados. Con voz calmada se le dice:

Terapeuta:

Me gustaría comenzar con un ejercicio. Quiero que cierres tus ojos y te centres en ti mismo. Mirate en esta habitación, mírate sentado en el sillón. Nota la posición de tus brazos, de tus piernas, de tus pies y de tus manos. Nota tu cuerpo presionando la silla, y los músculos de tu cara, nota los músculos alrededor de tus ojos cerrados. Date cuenta de cómo al cerrar los ojos, tus oídos se agudizan. Tómate unos momentos para poner atención a los sonidos que escuchas (dar un minuto).

Ahora quiero que cambies tu atención de los sonidos a tu respiración. Nota tu respiración, cómo el aire entra y sale por tu nariz. Al entrar el aire se siente un poco más frío que cuando sale. Nota los músculos de tu vientre al respirar y el ritmo de tu respiración, sin alterarlo, sólo pon atención a lo que ocurre. Conforme inhales permite que tu estómago se expanda de manera que entre el aire en la parte baja de los pulmones. A medida que los espacios superiores de los pulmones empiezan a llenarse de aire, el pecho se eleva y el estómago baja.

Si te distraes por tus pensamientos, date un momento para ver a dónde te llevan; mira a dónde se ha ido tu mente, y entonces, sin emitir ningún juicio, déjalos ir y regresa tu atención hacia tu respiración. Si te distraes cien veces, regresa tu atención a tu respiración cien veces. Ahora tómate unos minutos para enfocarte completamente en tu respiración (dar un par de minutos).

Ahora centra de nuevo tu atención en los sonidos que percibes. Tómate un momento para darte cuenta de qué estás escuchando (dar un minuto). Ahora céntrate de nuevo en tu cuerpo, en cómo se siente en el sillón. Nota la posición de tus pies... tus brazos... tus cabeza. Imagínate de nuevo en esta habitación, mírate a ti mismo sentado aquí, y cuando estés listo abre los ojos.

Los minutos posteriores al ejercicio de *mindfulness* deben utilizarse para revisar la

experiencia del paciente durante el ejercicio. Preguntarle “¿Qué notaste?” es suficiente. Es recomendable que el terapeuta explique al paciente que el objetivo del ejercicio no es la relajación, sino tener conciencia plena del momento presente, así como decirle que este tipo de ejercicios se realizarán con frecuencia en las sesiones.

• Cuando las soluciones no son soluciones

Para comenzar a trabajar con desesperanza creativa, primero es necesario que el terapeuta tenga una perspectiva clara de las conductas (públicas y privadas) con las que el cliente ha estado luchando. Para ello se pueden plantear las siguientes preguntas:

- *Háblame sobre lo que has estado viviendo a partir de la muerte de _____, incluyendo cuánto tiempo has estado luchando con esto.*
- *¿Cómo han interferido estos síntomas y la lucha con ellos para que puedas continuar con tu vida? ¿Qué barreras te han impedido mejorar?*
- *Además de dolor, ¿cuáles son los problemas más grandes con los que has estado luchando?*
- *¿Qué impedimentos para lidiar con estos problemas puedes identificar? ¿Cómo te gustaría que fuera tu vida dentro de cinco años?*

Es importante obtener descripciones completas y estar alerta a cualquier patrón de evitación experiencial que el paciente pueda estar presentando (Walser y Westrup, 2007). Es muy probable que los pacientes en duelo mencionen que podrán continuar con su vida cuando no se sientan tan tristes o cuando dejen de extrañar o recordar tanto al fallecido. Al explorar lo anterior, es importante que el terapeuta ofrezca retroalimentación al paciente, de modo que éste se sienta comprendido y aceptado. El terapeuta deberá buscar la validación de la experiencia y el sufrimiento con los que ha estado luchando; una forma de hacerlo es comunicando su empatía mediante su tono emocional y destacando que entiende sus conductas (públicas y privadas), que éstas son comprensibles y tienen sentido dentro de su contexto histórico (Koerner y Linehan, 2004).

Una vez que el terapeuta tenga claro aquello con lo que el paciente ha estado luchando, se puede hacer una lista de las estrategias utilizadas para deshacerse de emociones, pensamientos o sensaciones físicas percibidas como desagradables. Para esto, el terapeuta debe pedir al paciente que le diga todas las cosas que ha intentado hacer para cambiar o solucionar las dificultades con las que ha peleado. Se puede apoyar llenando un registro de estrategias como el que se muestra a continuación (véase material

1).

Registro de estrategias

Tabla 6-1. Registro de estrategias. Adaptación de Hayes y Smith, 2005.

| Pensamientos/sentimientos dolorosos | Estrategias de control | Eficacia a corto plazo (1-5 eficacia) | Eficacia a largo plazo (1-5 eficacia) | Costo respecto a mis metas a 5 años |
|--|---|--|---|--|
| Cada que lo recuerdo me siento muy triste | Guardo sus fotos, evito cosas y lugares que me recuerdan a él | No ver sus fotos evita que lo recuerde tanto (5) | Algo ocurre que me vuelve a recordar a él (1) | Dejo de hacer cosas que me gustan y no salgo mucho |

Después de elaborar una lista bastante amplia de las estrategias que utiliza el paciente, hay que pedirle que las observe y evalúe la eficacia que tiene cada una a corto y largo plazos, asignándoles puntuación en una escala del 1 al 5, siendo 1 **Nada eficaz** y 5 **Increíblemente eficaz**.

Es posible que ciertos pacientes argumenten que alguna o varias de estas estrategias sí les funcionan; ante situaciones así, el terapeuta puede cuestionar, de forma empática, el porqué está entonces acudiendo a terapia. Es importante evaluar las estrategias de evitación que el paciente podría estar considerando como efectivas, ya que quizá se estén centrando sólo en el efecto que tienen a corto plazo. Cuando se revisan las estrategias de afrontamiento empleadas por los dolientes, con frecuencia se detecta que lo que procuran es eliminar o controlar los pensamientos y sentimientos dolorosos o desagradables. Sin embargo, la mente no opera de esta manera, pues tratar de tener control sobre aquello que causa dolor no funciona a largo plazo y, además, los intentos de control pueden representar un costo a veces incluso mayor que la misma experiencia dolorosa.

• Reconocer el costo de las estrategias utilizadas hasta ahora

Después de evaluar la eficacia de las estrategias del paciente, el terapeuta pasará a reconocer el costo que éstas tienen, lo cual se puede determinar mediante pregunta directa (Walser y Westrup, 2007) o empleando la tabla 6-1 para registro de estrategias. Los pacientes reportan con frecuencia que han limitado sus interacciones sociales, han dejado de hacer cosas que les gustaban o incluso han abandonado su trabajo o sus estudios.

La siguiente metáfora destaca lo disfuncional de las estrategias a las que ha recurrido el paciente y promueven el abandono de las mismas para abrir la posibilidad de intentar algo nuevo.

• Creando desesperanza

Ocupar una metáfora ayuda a enfatizar lo inútil que es prolongar la utilización de estrategias que promueven la evitación experiencial. A continuación se presenta un ejemplo que promueve la desesperanza creativa:

Metáfora del hombre en el agujero

(Adaptado de Hayes, Strosahl y Wilson, 1999)

Es como si tú hubieras vivido toda tu vida en un campo muy grande. Pero antes de llegar ahí, te pusieron una venda en los ojos y te dieron una bolsa de herramientas. Ya estando en el campo, te dijeron que vivieras tu vida y eso hiciste. Sin que tú lo sepas, en ese campo hay varios agujeros y, como tú vas caminando, tarde o temprano caes en uno. Estando en el agujero, abres tu bolsa de herramientas y lo único que encuentras es una pala. Así que haces lo que se debe hacer con una pala y comienzas a cavar. Entonces te encuentras con que el agujero se va haciendo más y más grande y tú sigues estando en él. Así que cavas con mucha más fuerza, pero sigues en el agujero. Cavas más rápido, pero sigues en el agujero. Intentas cavar de diferentes formas, clavando la pala más profundo o más superficialmente, en diferentes partes. Intentas cavar más lenta y metódicamente.

Puede que incluso te detengas y pienses en los pasos que diste para entender cómo fue que caíste en el agujero, pero por mucho que lo pienses, sigues estando ahí, y entonces comienzas a cavar de nuevo. Con el tiempo te das cuenta de que tu agujero se sigue haciendo más grande y tú sigues sin salir de él. Sabes que debe haber alguna forma de salir, o al menos eso te dijeron. Estás tan acostumbrado a cavar que a veces ni siquiera te das cuenta de que lo estás haciendo, lo haces en automático. Lo que me gustaría que hicieras es que te tomes un momento para darte cuenta de que justo ahora estás sosteniendo la pala y estás cavando para salir del agujero. Pero el problema es que cavar no saca a las personas de los agujeros, sólo hace los agujeros más grandes. Así que tómate un momento para dejar de cavar y sólo verte a ti mismo en el agujero. Estás atrapado.

Después de explicar la metáfora, el terapeuta formulará preguntas de seguimiento como las siguientes:

- ¿Qué notaste?
- ¿De qué forma se parece o es diferente a como respondes ante...?
- ¿Qué utilidad encuentras en...?
- ¿Cómo podrías aplicar esto en...?

El terapeuta debe reforzar lo efectivo en las respuestas que el paciente proporcione. Lo más probable es que, llegado este punto en la sesión, el paciente comience a pensar que sus intentos han sido inútiles y se sienta desesperanzado, incluso enojado. Walser y Westrup (2007) recomiendan decirle algo como: “No estoy diciendo que **tú** no tengas esperanza, sólo estoy diciendo que la **estrategia, lo que haces**, es lo que no tiene esperanza”.

• **La oportunidad de hacer algo nuevo**

En lugar de que el terapeuta intente resolver los posibles pensamientos o sentimientos negativos que el paciente puede estar teniendo en ese momento, debe enfatizar el hecho de que darse cuenta de que está atrapado en el agujero o que está estancado es algo positivo, puesto que le brinda la oportunidad de hacer algo nuevo. Es importante que el terapeuta ponga énfasis en este punto; se le puede decir al paciente algo como lo siguiente:

Terapeuta:

Sé que no es agradable darte cuenta de que estás atrapado en el agujero, pero detenerte un momento y voltear a ver las dimensiones de tu agujero, el tiempo que llevas ahí y lo desgastante que ha sido hasta ahora puede sernos útil de alguna manera. Ahora que te has detenido tienes la oportunidad de hacer algo diferente, algo que no implique estar peleando constantemente contra lo que sientes o piensas, ni repasar en tu mente una y otra vez los hubieras (el terapeuta puede mencionar en este punto algunas de las estrategias identificadas por el paciente en la primera parte de la sesión), y de eso se va a tratar este proceso. Es posible que todo esto parezca confuso, pero eso no es necesariamente algo malo, sino al contrario: la confusión y el “no saber” es lo que puede llevarte a algo diferente y nuevo.

• **Establecimiento del contrato terapéutico**

Antes de finalizar la sesión, se pueden emplear los últimos minutos para establecer el contrato terapéutico. No es necesario describir de forma explícita los principios de la terapia, lo importante es que el paciente tenga claro cuál será su rol y el del terapeuta durante el tiempo que dure el tratamiento. Si bien es posible que el terapeuta tenga ya su propia forma de establecer el contrato terapéutico, aquí se incluye una sugerencia para hacerlo desde el enfoque de ACT.

Terapeuta:

Puede que esta terapia te resulte algo distinta a lo que habías vivido con otros terapeutas o a lo que habías escuchado acerca de acudir a terapia. La terapia de duelo se basa en que trabajemos en aceptar aquello que no se puede cambiar, en tu caso la muerte de _____, y en que adquieras un compromiso hacia lo que es importante para tu vida. Para que esto pueda funcionar será necesaria tu confianza en lo que vayamos haciendo, así que es esencial ser constante y que acudas el suficiente tiempo para que compruebes por ti mismo si lo que hacemos aquí funciona para ti. Es de esperarse que en el camino nos topemos con algunos altibajos, pero es algo normal. Esto se trata de que ambos trabajemos en lo que es mejor para ti.

Si se está trabajando en un ambiente institucional o lo considera útil, se puede optar también por el formato de contrato terapéutico (véase anexo 3), en el que además se incluyen las pautas del tratamiento.

• **SEGUNDA SESIÓN**

• **Formato de sesión**

- Ejercicio de *mindfulness*. Observación del flujo de la experiencia privada
- Revisión de la sesión anterior
- Reconociendo las barreras
- Ejercicio. El genio
- La aceptación como alternativa
- Tarea 1. Ejercicio de *mindfulness*
- Tarea 2. Traer una fotografía del fallecido

• Ejercicio de *mindfulness*. Observación del flujo de la experiencia privada

Este ejercicio promueve la posición del yo-como-observador y el *mindfulness*. Lo que se busca es que el paciente logre darse cuenta de sus experiencias privadas, y que cuando éstas le resulten desagradables no intente luchar contra ellas o alejarlas, sino que simplemente tome una postura de observador de las mismas. Se le pide al paciente que se coloque en una postura cómoda en el sillón, con la espalda recta, los pies apoyados en el piso y los brazos a los lados. Con voz calmada se le dice:

Terapeuta:

(Adaptado de Walser y Westrup, 2007)

Vamos a comenzar con un ejercicio. Quiero que cierres tus ojos y te centres en ti mismo. Mírate en esta habitación, mírate sentado en el sillón. Nota la posición de tus brazos, de tus piernas, de tus pies y de tus manos. Nota tu cuerpo presionando la silla, y los músculos de tu cara, nota los músculos alrededor de tus ojos cerrados. Nota tu respiración, cómo el aire entra y sale por tu nariz, nota los músculos de tu vientre al respirar y el ritmo de tu respiración, sin alterarlo, sólo pon atención a lo que ocurre (dar un minuto).

No hagas sino observar lo que venga. Observa las sensaciones que se dan ahora mismo en tu cuerpo. Date cuenta de los pensamientos que vienen como si los vieras reflejados en una pantalla de cine. Nota cómo surgen y cómo se van, no agarres nada y no empujes nada, déjalos estar como vienen y déjalos ir cuando se vayan. Ahora, aprecia tu estado de ánimo, nóvalo y no hagas nada por empujarlo o por retenerlo, sólo nóvalo (dar un minuto).

Ahora, nota tu mente juiciosa, analítica, crítica, nota lo que dice sin más, quizá te diga que lo estás haciendo mal o bien, nóvalo simplemente; tu trabajo aquí y ahora es sólo darte cuenta de lo que venga. Permítete a ti mismo vivenciar tus sensaciones y pensamientos en este momento.

Si tienes pensamientos o sensaciones que no te gustan, no intentes alejarlos, empujarlos o atraerlos. Si notas que no aprecias nada y que no te viene ningún pensamiento, identifica ese pensamiento y esa sensación de no notar nada. Simplemente adopta la posición de estar abierto a cualquier sensación y

pensamiento que te venga en este preciso momento. Trata lo que venga gentilmente, con cariño, sin pasión, como si se tratara de observar abiertamente el cielo desde la ladera de una montaña.

Quédate por unos minutos vivenciando lo que venga (esperar uno o dos minutos). Y ahora, vuelve a darte cuenta de tu posición en esta habitación, de tu posición en la silla, de los músculos alrededor de tus ojos, y cuando estés listo, abre los ojos.

Al terminar, el terapeuta deberá indagar cómo fue la experiencia del paciente durante el ejercicio, para lo cual se sugiere preguntar: “¿Qué notaste?”, “¿De qué forma se parece o es diferente a la forma en que respondes ante tus pensamientos regularmente?”, “¿Qué utilidad encuentras en adoptar una posición de apertura ante lo que venga?” y “¿Cómo podrías aplicar esto en otro momento?”; es importante que el terapeuta refuerce en el paciente toda conducta de aceptación que lo lleve a disminuir la evitación experiencial.

• **Revisión de la sesión anterior**

Después del ejercicio de *mindfulness* es recomendable emplear de 5 a 10 minutos para revisar lo visto en la sesión anterior. Éste es el momento adecuado para explorar la experiencia del paciente sobre los temas que se trabajaron en la primera sesión y sus reacciones posteriores.

• **Reconociendo las barreras**

Con frecuencia, quienes pasan por un duelo complicado evitan a otras personas y los lugares asociados a la pérdida o, en su caso, al fallecido, debido a la ansiedad que los recuerdos les provocan. También es común que experimenten dificultades para encontrar nuevas relaciones que les sean satisfactorias o para involucrarse en actividades potencialmente gratificantes (Boerner, Mancini y Bonanno, 2013). No sólo sufren por la pérdida de su ser querido, sino también por todos los cambios que esto implica en su vida y que no siempre están dispuestos a afrontar o no se sienten seguros sobre cómo hacerlo.

En este punto de la sesión se busca que el paciente visualice las otras áreas de su vida que se han visto afectadas a partir de la pérdida. Para ello el terapeuta puede apoyarse en el siguiente ejercicio, que llenará como se explica a continuación (véase material 2):

Terapeuta:

1. *Piensa en la muerte de tu ser querido y en las áreas de tu vida que han sido afectadas por el evento. Enlista en la columna izquierda esas áreas afectadas y el impacto que ha habido tu vida.*
2. *En la columna de en medio puntúa la habilidad que has tenido para responder al impacto de la pérdida. Usa una escala de 0 a 10, explicando después tu respuesta.*
3. *En la columna derecha describe las barreras que has tenido para dar respuesta a ese impacto.*
4. *Revisa tus respuestas y observa qué tipos de problemas son los que realmente están obstaculizando tu duelo.*

| Impacto de la pérdida | Habilidad para responder al impacto (0 al 10) | Barreras |
|---|--|---|
| Dificultad para conseguir nuevas redes de apoyo | Puntaje: 6. Puedo hacer amistades fácilmente aunque a veces prefiero no mantener esas amistades o alejarme porque creo que lo estoy traicionando | Pienso: "Si hago cambios seguramente él creerá que lo estoy olvidando y ya no es importante para mí, como si no lo hubiera querido lo suficiente" |

Es frecuente que luego del análisis el paciente se considere culpable de que no mejore su situación o de que no esté “saliendo del hoyo”, ya que lo único que hace es cavar más en él. Es necesario puntualizar y recordarle que antes de caer al hoyo le habían vendado los ojos, por lo que no pudo prevenir lo que le sucedió; entonces no es responsable de estar ahí dentro y no tiene la culpa de lo que ha pasado. En el caso de pacientes en duelo por muerte violenta o traumática es vital hacer énfasis en este punto.

Contestar este cuadro ayudará al paciente a distinguir qué es lo que en realidad lo está alejando de hacer lo que quiere hacer. Es importante en este punto que el terapeuta haga notar al paciente que su dolor actual se debe en parte a los sentimientos derivados de la pérdida y también a la evitación de actividades o situaciones que podrían serle satisfactorias. Se le puede decir algo como lo siguiente:

Terapeuta:

¿Te das cuenta de las barreras con las que te has estado topando? Si vemos la totalidad del dolor que tienes ahora, nos daremos cuenta de que proviene de dos fuentes. Una es la tristeza, el enojo, la preocupación y otros sentimientos que se derivan de la muerte de _____, pero la otra fuente consiste en todo lo que te impides a ti mismo hacer, aquello en lo que te implicarías si no fuera por tu sufrimiento. Parece que, debido a todo lo que sientes por ahora, no te estás permitiendo vivir la clase de vida que te gustaría vivir.

• Ejercicio. El genio

El ejercicio del genio (Vargas, 2014) tiene por objetivo que el cliente describa el tipo de vida que quiere para sí mismo, enfocándose en aquellas cosas que dependen de él y no de otros. Introducir este ejercicio en esta parte de la intervención ofrece al terapeuta y al paciente la oportunidad de conducir las acciones consiguientes a alcanzar la vida que se quiere, a pesar de los contenidos privados desagradables con los que el paciente se pueda topar en el camino. Es conveniente que el paciente realice este ejercicio por escrito (véase material 3).

Terapeuta:

Imagina que encuentras una lámpara maravillosa con un genio que puede cumplirte tres deseos. Las condiciones que te pone el genio para esos tres deseos son:

1. Que no puedes pedir cambiar el pasado.
2. Que los deseos que pidas tienen que ser para ti.
3. Que no puede cumplir deseos que tengan que ver con la voluntad, el amor o aceptación de las demás personas.

¡Vaya, eso nos deja limitados!

¡Imagina que el genio además es un tacaño y no quiere darte la opción de ganarte la lotería! ¡Vaya genio!

¡En pocas palabras, el genio te está dando la opción de cumplirte tres deseos que estén enfocados en tu vida futura!

¡Imagina cómo te gustaría que fuera tu vida!

Si este genio te diera tres deseos con las características antes mencionadas, ¿cómo sería tu vida?

1. _____
2. _____
3. _____

¡Difícil!

¿Qué tan lejos estás de obtener una vida como la que quieres?

• La aceptación como alternativa

Las respuestas a los ejercicios realizados en esta sesión deben ser utilizadas por el terapeuta para impulsar al paciente a la práctica del *mindfulness*, tal como se realizó en el ejercicio de “Observación del flujo de la experiencia privada”, para que comience a involucrarse en acciones que, debido a sus contenidos privados desagradables, ha estado evitando. Esto también brindará el antecedente para comenzar a trabajar la defusión, tema que se verá en las sesiones siguientes. Se le puede decir al paciente algo como esto:

Terapeuta:

A menudo nos dejamos llevar por el sufrimiento que tenemos, por todas las emociones, pensamientos y recuerdos que nos hacen sentir mal, y empezamos a juzgar nuestras propias vidas a partir de esto, y no sólo eso, sino que comenzamos a limitar nuestras vidas y dejamos que el sufrimiento se convierta en una barrera para dar los pasos hacia lo que queremos. ¿Recuerdas que antes te hablé de las dos fuentes que tiene tu dolor? Ya te diste cuenta en la sesión pasada que luchar contra lo que sientes es inútil, así que esa fuente no la podemos modificar, lo que sí puedes hacer es aquello que por estar enfocado en tus sentimientos has dejado de hacer, aquellas acciones que te acercan a la vida que quieres tener. Para esto es necesario que practiques algo como lo que hicimos al inicio de la sesión, es decir, que observes tus sensaciones, estados de ánimo y pensamientos que surgen en tu día a día, notando cómo surgen y cómo se van, sin agarrar o empujar nada, déjalos estar como vienen y déjalos ir cuando se vayan.

- **Tarea 1. Ejercicio de *mindfulness***

Para fomentar la práctica del *mindfulness* en el paciente, el terapeuta debe entregar por escrito uno o varios ejercicios indicándole que debe practicar uno o más de ellos al día (veáse material 4). Es recomendable que, al asignar la tarea, el terapeuta le explique al paciente que el propósito de los ejercicios es dar continuidad a lo visto en la sesión, y que se practique al menos uno de ellos antes de finalizar, para aclarar las dudas que puedan surgir. Esta tarea se realizará de forma indefinida.

- **Tarea 2. Traer una fotografía del fallecido**

El terapeuta debe solicitarle al paciente que traiga a la siguiente sesión una fotografía de la persona fallecida, puesto que será necesaria para trabajar.

CAPÍTULO 7

DEFUSIÓN COGNITIVA

“Puesto que estamos destinados a vivir nuestras vidas en la prisión de nuestra mente, al menos amueblémosla bien.”

Peter Alexander Ustinov

La fusión cognitiva es la tendencia a permitir que el pensamiento prevalezca sobre otras fuentes de regulación del comportamiento. Vista desde la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT, por sus siglas en inglés), implica contextos que favorecen la transformación de las funciones estimulares del lenguaje y la cognición; sin embargo, a medida que el comportamiento está cada vez más dirigido por las relaciones derivadas del estímulo, la experiencia directa va perdiendo relevancia. De acuerdo con Hayes y Smith (2005), cuando una buena parte del contenido de los pensamientos tiene carácter evaluativo, significa también que las evaluaciones del paciente están unidas a los acontecimientos como si formaran parte del propio acontecimiento y no estuvieran sólo en aquello que piensa sobre él; como consecuencia, las funciones del acontecimiento real se transforman. Un ejemplo son las evaluaciones que el individuo hace de su propia historia, de su situación actual, acontecimientos o relaciones; cuando se fusiona con éstas y las mantiene como verdades absolutas, esas evaluaciones terminan dañándolo, ya que propician la evitación experiencial. La mente nunca para de proporcionar material, pero las personas tienen la capacidad de atender selectivamente a esos productos mentales (Hayes *et al.*, 1999).

• DEFUSIÓN COGNITIVA

La defusión cognitiva es uno de los procesos centrales para la flexibilidad psicológica, que permite al individuo distanciarse de involucrarse de manera innecesaria con las vivencias y acontecimientos internos, angustiosos e indeseados, para pasar a considerarlos, sin juzgarlos, una mera actividad del propio funcionamiento mental. El objetivo de los métodos de defusión es ayudar al paciente a disminuir la conexión literal que tiene con los contenidos de su mente (Walser y Westrup, 2007); se busca, sobre todo, alterar la función del pensamiento, más que su forma.

Para trabajar la defusión cognitiva el terapeuta debe estar pendiente en todo momento de las CCR3s, es decir, de las interpretaciones del paciente sobre su conducta y sobre qué tipo de sucesos la provocan, atendiendo a la función que desempeña, puesto que este tipo de verbalizaciones puede contener información importante respecto a algunos contenidos con los que el paciente pueda estar fusionado; algunas de ellas suelen incluir expresiones del tipo “Yo soy” o “Yo estoy”, en relación con su sufrimiento. Algunos ejemplos de CCR3s de los pacientes en duelo son: “Yo siempre he sido la fuerte de la familia, por eso yo soy la que se hace cargo de todos”, “Estoy muy cansado como para concentrarme en cualquier cosa”, “Él era todo lo que tenía y ahora que ya no está, no tengo una razón para vivir”, “Ya no salgo con mis amigas porque ya han de estar enfadadas de que siempre estoy triste”.

• TERCERA SESIÓN

• Formato de sesión

- Ejercicio de *mindfulness*. Observación del flujo de la experiencia frente al recuerdo del fallecido.
- Revisión de la sesión anterior.
- Ejercicio del pastel de chocolate. Consecuencias de la fusión cognitiva. Metáfora del experto en arte.
- Tarea. Registro de lo dicho por el experto.

• Ejercicio de *mindfulness*. Observación del flujo de la experiencia frente al recuerdo del fallecido

La sesión se iniciará con un ejercicio de *mindfulness* similar al de la sesión anterior, aunque en esta ocasión se realizará una segunda parte en la que el paciente debe observar la fotografía del fallecido mientras practica el ejercicio. Se sugiere dar antes una explicación al paciente para que sepa que quizá se topará con emociones intensas o desagradables; se le puede decir algo como lo siguiente:

Terapeuta:

Me gustaría que hiciéramos un ejercicio. Tal vez algo de lo que hagamos te evoque emociones intensas o recuerdos, y muy posiblemente tu primera reacción será intentar alejarlos o luchar contra ellos, pero si recuerdas lo que vimos la sesión anterior, ese esfuerzo que has estado haciendo hasta ahora tiene un costo muy alto, así que te pido que tengas la mejor disposición para lo que vamos a hacer.

A continuación se le pide al paciente que se coloque en una postura cómoda en el sillón, con la espalda recta, los pies apoyados en el piso y que deje caer los brazos a los lados. Se le pide que cierre los ojos y se centre en él mismo. Con voz calmada se le dice:

Terapeuta:

(Adaptado de Walser y Westrup, 2007)

Céntrate en ti mismo y mírate en esta habitación, mírate sentado en el sillón. Nota la posición de tus brazos, de tus piernas, de tus pies y de tus manos. Nota tu cuerpo presionando la silla y los músculos de tu cara, nota los músculos alrededor de tus ojos cerrados. Nota tu respiración, cómo el aire entra y sale por tu nariz, nota los músculos de tu vientre al respirar y el ritmo de tu respiración, sin alterarlo, sólo pon atención a lo que ocurre.

No hagas sino observar lo que venga. Observa las sensaciones que se dan ahora mismo en tu cuerpo. Date cuenta de los pensamientos que vienen como si los vieras reflejados en una pantalla de cine. Nota cómo surgen y cómo se van, no agarres nada y no empujes nada, déjalos estar como vienen y déjalos ir cuando se vayan. Ahora, aprecia tu estado de ánimo, nóvalo y no hagas nada por empujarlo o por retenerlo, sólo nóvalo.

Ahora, nota tu mente juiciosa, analítica, crítica; nota lo que dice sin más, quizá te diga que lo estás haciendo mal o bien, nóvalo simplemente, tu trabajo aquí y ahora es sólo notar lo que venga. Permítete a ti mismo vivenciar tus sensaciones

y pensamientos en este momento.

Si tienes pensamientos o sensaciones que no te gustan, no intentes alejarlos, empujarlos o atraerlos. Si notas que no aprecias nada y que no te viene ningún pensamiento, nota ese pensamiento y esa sensación de no notar nada. Simplemente adopta la posición de estar abierto a cualquier sensación y pensamiento que te venga en este preciso momento. Trata lo que venga con gentileza, con cariño, sin pasión, como si se tratara de observar abiertamente el cielo desde la ladera de una montaña.

Quédate ahora por unos minutos vivenciando lo que venga (esperar uno o dos minutos). Y ahora, vuelve a darte cuenta de tu posición en esta habitación, de tu posición en la silla, de los músculos alrededor de tus ojos, y cuando estés listo, abre los ojos.

Ahora se le pide al paciente que saque la fotografía del fallecido que trajo consigo (tarea de la sesión anterior). Debe tomarla con una mano y colocarla frente a él.

Terapeuta:

Ahora quiero que mires la fotografía que tienes frente a ti (dar uno o dos minutos). No hagas sino observar lo que venga. Observa las sensaciones que se dan ahora mismo en tu cuerpo. Recuerda lo que estabas haciendo hace unos minutos con los ojos cerrados. Date cuenta de los pensamientos que vienen. Nota cómo surgen y cómo se van; no agarres nada y no empujes nada, déjalos estar como vienen y déjalos ir cuando se vayan. Ahora, aprecia tu estado de ánimo, nóvalo y no hagas nada por empujarlo o por retenerlo, sólo nóvalo. Permítete a ti mismo vivenciar tus sensaciones y pensamientos en este momento (dar dos minutos).

Si tienes pensamientos o sensaciones que no te gustan, no intentes alejarlos, empujarlos o atraerlos. Si notas que no aprecias nada y que no te viene ningún pensamiento, nota ese pensamiento y esa sensación de no notar nada. Simplemente adopta la posición de estar abierto a cualquier sensación y pensamiento que te venga en este preciso momento. Trata lo que venga con gentileza, con cariño, sin pasión, como si se tratara de observar abiertamente el cielo desde la ladera de una montaña.

Ya puedes guardar la foto o dejarla sobre la mesa, como tú gustes.

Al terminar el ejercicio, el terapeuta debe preguntar al paciente sobre su experiencia, procurando no centrarse mucho en el contenido.

• Revisión de la sesión anterior

Después del ejercicio de *mindfulness*, se revisará lo visto en la sesión anterior y la tarea sobre la práctica de *mindfulness*. Sobre esta tarea se cuestionará al paciente la frecuencia con que hizo los ejercicios y su experiencia durante la realización.

• Ejercicio del pastel de chocolate

Para trabajar la defusión cognitiva es necesario que el paciente comprenda en términos generales cómo opera la fusión cognitiva, lo que no implica que el terapeuta incurra en descripciones teóricas, sino que demuestre, a partir de un ejercicio, la naturaleza arbitraria de los contenidos internos y lo inútil que resultan los intentos de evitación de los mismos.

Terapeuta:

Vamos a hacer un pequeño ejercicio. Te voy a decir algo y quiero que hagas lo posible por no pensar en eso. ¿Estás listo? Intenta no pensar en ¡Pastel de chocolate! ¿Listo? ¿Ya lo tienes?

En este punto existen dos posibilidades: 1) que el paciente afirme que lo ha logrado; o 2) que se dé cuenta de que es imposible dejar de pensar en pastel de chocolate. En el primer caso el terapeuta preguntará “¿Cómo lo lograste?”, a lo que quizá el paciente responda que pensó en algo distinto que no tenía relación con pastel de chocolate; entonces se preguntará “¿Y cómo te diste cuenta de que lo habías logrado?” o “¿Cómo averiguaste en qué debías pensar?”, lo que llevará de nuevo al pastel de chocolate. En ambos casos, el terapeuta deberá destacar lo inútiles que resultan los esfuerzos por no pensar o sentir algo.

Terapeuta:

Algo similar sucede con los esfuerzos que hacemos por no pensar en algo que nos resulta desagradable, triste o doloroso. Al final, lo que sea que hagamos siempre tendrá relación con lo que no queremos; aunque por momentos parezca funcionar,

al final los pensamientos siempre regresan. Así es como trabaja la mente.

El hecho de que el terapeuta se refiera constantemente a “la mente” como si fuese un ente separado o un objeto externo, casi independiente del paciente, ayuda a establecer una distancia saludable entre pensamiento y pensador, por así decirlo. Es recomendable que esta práctica se continúe durante el resto del tratamiento cuando el terapeuta lo considere apropiado.

• **Consecuencias de la fusión cognitiva**

Una vez que el paciente comprende el proceso de fusión, es importante que entienda las consecuencias que puede llegar a tener, para lo cual se empleará la siguiente metáfora:

Metáfora del experto en arte

Imagina que acudes a una galería de arte a ver una exhibición que nunca antes habías visto y vas acompañado por un renombrado experto en arte. Entran y comienzan a ver juntos las obras; mientras recorren la galería él va expresando su opinión sobre cada cosa que ve. Tal vez tú sepas algo de arte, pero vas con un experto, así que lo escuchas con mucha atención. Se detienen frente a un cuadro y él dice “Este cuadro es una basura, la técnica es malísima”. Después ven una escultura y él dice “Esto es magnífico, el cuidado de los detalles es exquisito”, y tal vez tú no estás muy seguro de qué estás viendo, pero debe ser magnífico porque eso ha dicho el experto. Continúan caminando y te detienes frente a otra pieza y él dice “No pierdas tu tiempo contemplando eso, es de un músico que en su tiempo libre se cree pintor”, así que tú sigues caminando y buscas otra pieza. Todo el recorrido transcurre de manera similar y en ciertos momentos vuelve a criticar piezas que vieron mucho antes, distrayéndote.

Cuando terminan de ver todo, sales de la galería con una opinión basada en lo que el experto dijo, sin haberte permitido a ti mismo observar con detenimiento ninguna obra, es más, ni siquiera recuerdas los colores de esa obra hecha por un músico que en su tiempo libre se cree pintor.

Ahora imagina que esa galería es tu vida, que cada obra de ahí es un acontecimiento contenido en ella y que el tal experto en arte es tu mente, que te ha acompañado en todo momento emitiendo sus opiniones y sus críticas sobre cada acontecimiento, por muy pequeño o grande que parezca, aunque no siempre

lo solicites, aunque haya sucedido hace bastante tiempo, parece que nunca se calla. ¿Cuántas veces ha interferido tu mente mientras ocurría algo importante en tu vida? ¿Cuántas de las obras en la galería de tu vida las recuerdas más por la opinión del experto que por lo que observaste por ti mismo?

- **Tarea: registro de lo dicho por el experto**

Esta tarea tiene como objetivo que el paciente comience a poner en práctica la defusión cognitiva. Para esto, dividirá en dos una hoja de papel; en la mitad de arriba el terapeuta escribirá “¿Qué dijo la mente?”, y en la otra mitad escribirá “¿Qué observaste tú?” (véase material 5). El paciente debe realizar el ejercicio de *mindfulness* con la fotografía de nuevo, si es posible una vez por día, y enseguida escribir en la hoja lo que su mente decía y lo que él podía observar o percibir con sus cinco sentidos.

CAPÍTULO 8

VALORES Y ACCIÓN COMPROMETIDA

*“La visión sin acción es un sueño;
la acción sin visión, una pesadilla.”*

Proverbio japonés

• ¿QUÉ SON LOS VALORES?

La palabra “valores” viene de una raíz latina que significa “valioso y fuerte” (Hayes y Smith, 2005). Una de las características distintivas de la ACT es el énfasis en los valores, pues se considera que sólo dentro del contexto de éstos tiene sentido la flexibilidad psicológica. Desde esta perspectiva, los valores se conceptualizan como patrones conductuales individuales y dinámicos que abarcan distintas áreas de la vida y proveen un sentido de dirección (Wilson y Byrd, 2004). Son **direcciones de vida elegidas**. Se eligen libremente y tienen la función de orientar y motivar al paciente en la determinación de un propósito (Hayes *et al.*, 1999). Se trata de cualidades deseadas que involucran el cómo quiere comportarse la persona, cómo quiere actuar, qué es lo que le importa y qué es relevante (Harris, 2009); por tanto, los valores serán determinantes para que las acciones de la persona sean significativas.

Es necesario distinguir entre valores y metas. Las metas se refieren a cosas, acontecimientos, situaciones u objetos concretos que se pueden obtener o completar; sin embargo, si se confunde metas con valores, entonces, una vez que las metas hayan sido alcanzadas, el progreso se habrá detenido definitivamente (Hayes y Smith, 2005).

Un punto importante durante el tratamiento es la clarificación de valores. El terapeuta debe estar pendiente de que los valores del paciente estén en función de lo que quiere

para su vida y no en relación con lo que otros esperan de él, ni determinados por la aprobación social o el prestigio que esos valores le pueden traer.

En ocasiones, los pacientes llevan bastante tiempo librando un batalla contra su sufrimiento (ansiedad, depresión, adicciones, etc.), por lo que pueden tener poco clara su dirección de vida (Wilson y Luciano, 2002) y es posible que lo único que deseen sea una vida sin sufrimiento o en la que ya no sientan dolor; no obstante, “Dejar de estar triste” o “Sentirme mejor” no son valores, puesto que no expresan acciones de parte del paciente ni brindan una dirección clara. El trabajo del terapeuta con respecto a este tema será crear una relación terapéutica que permita a los pacientes plantearse valores en función de lo que desean y no en función de lo que quieren evitar.

Zettle (2014) recomienda interpretar la incapacidad del paciente para definir sus valores como una forma de evitación experiencial, puesto que evita el dolor psicológico derivado de la discrepancia entre lo que quiere que sea su vida y lo que en realidad es. Sin embargo, una vez que el paciente entra en contacto con sus valores experimenta una sensación de liberación y expansión, porque incluso en situaciones difíciles tiene a dónde dirigirse. Que la persona tenga claros sus valores no significa que vaya a seguir un camino sin obstáculos, pero elegir una dirección implica hacer espacio para el costo de hacer lo que se desea.

• CAMINANDO EN DIRECCIÓN A LOS VALORES: ACCIÓN COMPROMETIDA

El proceso para que el paciente retome la vida que había dejado a causa de su sufrimiento representa un reto para el terapeuta, pues implica ayudar a que el paciente se enganche y se mantenga comprometido con una serie de actividades enfocadas en sus valores, a pesar de las barreras con que pueda toparse en el camino, lo que requiere una acción comprometida (Eifert, y Forsyth, 2005). En el modelo ACT el término **acción comprometida** se refiere a una “acción basada en valores, destinada a crear una pauta de acción que esté basada en los mismos”. (Hayes *et al.*, 1999) Mantener un compromiso es una elección que supone actuar y redirigir la conducta de forma consistente con los valores (Hayes *et al.*, 1999).

Los pacientes están, en buena medida, orientados al resultado inmediato de su comportamiento; quieren sentirse bien y rápido, quieren sentirse felices y pronto, mientras menos demoren los resultados positivos, mejor. Este tipo de expectativas pueden afectar seriamente su estado, ya que al no conseguir mejorar con prontitud se

sienten peor, se deprimen más y su desesperanza aumenta. El terapeuta debe considerar la importancia de que el paciente no se enfoque en la obtención de resultados inmediatos, sino que tenga claro que elegir una dirección valiosa incluye todo tipo de circunstancias, algunas de ellas placenteras y otras desagradables, pero cada paso que se da en dirección a los valores es importante (Wilson y Luciano, 2002).

Vivir de acuerdo con los valores no es un proceso de “todo o nada” (Hayes *et al.*, 1999), pues todos en algún momento fallan en el camino; no obstante, se requiere que cada día se renueve el compromiso de actuar conforme a las direcciones elegidas (Eifert y Forsyth, 2005).

• CUARTA SESIÓN

• Formato de sesión

- Ejercicio de *mindfulness*. Visualizando los valores perdidos.
- Revisión de la sesión anterior.
- Entendiendo los valores.
- El profesor del aula.
- Identificando los valores.
- El significado de los valores.
- Tarea. Hojas para aclarar los valores.

• Ejercicio de *mindfulness*: visualizando los valores perdidos

Al inicio de esta sesión se realizará un ejercicio de *mindfulness* con tres objetivos: 1) que el paciente tome conciencia de los valores que ha relegado o descuidado a partir del fallecimiento de su ser querido; 2) facilitar la identificación de los valores correspondientes a diferentes áreas de su vida (lo cual se hará en la siguiente etapa de la sesión); y 3) promover la acción comprometida, al motivar al paciente a retomar (y generar más) conductas congruentes con sus valores. Se realizará de la siguiente forma:

Terapeuta:

(Adaptado de Walser y Westrup, 2007)

Me gustaría que hiciéramos un ejercicio. Siéntate cómodamente, con la espalda recta, los pies apoyados en el piso y deja caer los brazos a los lados. Quiero que cierres los ojos y te centres en ti mismo. Mirate en esta habitación, mírate sentado en el sillón. Nota la posición de tus brazos, de tus piernas, de tus pies y de tus manos. Nota tu cuerpo presionando la silla, y los músculos de tu cara, nota los músculos alrededor de tus ojos cerrados. Nota tu respiración, cómo el aire entra y sale por tu nariz, nota los músculos de tu vientre al respirar y el ritmo de tu respiración, sin alterarlo, sólo pon atención a lo que ocurre (se hace una pausa). No hagas sino observar lo que venga. Observa las sensaciones que se dan ahora mismo en tu cuerpo (hacer una pausa de uno o dos minutos).

Ahora piensa en tu vida y con gentileza visualiza aquellos valores de los que quizá te has alejado a partir del fallecimiento de _____; esas cosas, actividades, personas que son importantes y de las que te has alejado o a las que ya no les dedicas tiempo. Nota cualquier costo asociado a la pérdida o el descuido de todo eso, pero intenta determinar el costo sin emitir ningún juicio o crítica. Sólo observa. Quédate por unos minutos vivenciando lo que venga (esperar uno o dos minutos). Y ahora, vuelve a darte cuenta de tu posición en esta habitación, de tu posición en la silla. Imagina que puedes revivir esos valores. Imagina que a esos valores se les ha concedido el regalo de la vitalidad (hacer una pausa de uno o dos minutos).

Bien, ahora nota tu respiración, cómo el aire entra y sale por tu nariz, nota los músculos de tu vientre al respirar y el ritmo de tu respiración, y cuando estés listo, abre los ojos.

Terminado este ejercicio, el terapeuta cuestionará al paciente sobre los valores que visualizó y la importancia que tienen para él. Se recomienda pedirle al paciente que mencione algunos ejemplos de acciones concretas que él solía o podría realizar de acuerdo con esos valores. También se le preguntará sobre la experiencia en general, tal como ya se ha hecho en los otros ejercicios de *mindfulness*.

• **Revisión de la sesión anterior**

Una vez finalizado el ejercicio de *mindfulness* se revisará lo visto en la sesión anterior, así como la tarea (Registro de lo dicho por el experto), para lo cual se le solicitará al

paciente que lea ambas columnas. Entonces se le cuestionará sobre esta tarea:

Terapeuta:

Me gustaría que compares lo que escribiste en una columna y en la otra. ¿Cuál crees que sería la forma más óptima de ver el fallecimiento de _____? ¿Cuál crees que sería la manera más adecuada de observar los acontecimientos de la vida?

• Entendiendo los valores

Para introducir al paciente en el concepto de valores y ayudarlo a que haga el balance entre las cosas que debe hacer y lo que realmente le importa, es recomendable utilizar la siguiente metáfora:

El profesor del aula

(Adaptado de Stoddard y Afari, 2014)

Imagina que un profesor entra a su salón de clase y se coloca frente a sus alumnos con una jarra vacía. Pone la jarra en la mesa y comienza a llenarla con pelotas de ping-pong; al terminar pregunta a sus alumnos si la jarra está llena. Los alumnos contestan que sí lo está.

Después el profesor saca unas rocas pequeñas y las vierte en la jarra de manera que se llenan los espacios entre las pelotas. De nuevo, pregunta si se ha llenado la jarra. Los alumnos concuerdan en que ahora sí está llena.

Enseguida, el profesor saca una bolsa de arena y la vierte en la jarra, llenando así los espacios entre las piedras. Una vez más pregunta si la jarra está llena por completo y de nuevo le contestan, de manera unánime, que sí lo está. Para finalizar, el profesor saca dos cervezas y las vierte en la jarra, llenando así los espacios entre los granos de arena.

El profesor, entonces, explica: “Esta jarra representa su vida. Las pelotas son las cosas importantes en su vida —su familia, salud, relaciones y pasiones—, cosas que, aunque todo lo demás se perdiera y sólo éstas permanecieran, su vida aún estaría llena. Eso es lo que entendemos en esta terapia como valores. Las rocas son otras cosas que importan de otra manera, como su carrera, casa o carro; la arena es el resto, las cosas pequeñas. Si ponen la arena primero en la jarra, entonces no podrán hacer espacio para las rocas y mucho menos para las pelotas.

Esto mismo sucede con la vida. Si gastan todo su tiempo y energía en las cosas pequeñas, entonces no dejarán espacio para lo que en verdad les importa. Hagan espacio para lo que vuelve significativa su vida: visiten a su familia, salgan con sus amistades y dediquen tiempo a ese pasatiempo que tanto les gusta. Denle prioridad a las pelotas de ping-pong, eso es lo que realmente importa; el resto es sólo arena”.

Al terminar, uno de los estudiantes levantó la mano y preguntó sobre las dos cervezas. El profesor, mientras sonreía, contestó: “Me alegra que preguntaras. Éstas sencillamente demuestran que no importa qué tan llena parezca estar nuestra vida: siempre hay espacio para un par de cervezas con un amigo”.

• **Identificando los valores**

Identificar los valores del paciente de acuerdo con distintas áreas vitales es de gran utilidad para definir qué le importa, qué cosas quiere conseguir y por las cuales querría trabajar. Para esto se utilizará el “Formulario narrativo de valores” (véase material 6), que se completará entre el terapeuta y el paciente. Se recomienda que el terapeuta lo explique de la siguiente forma:

Terapeuta:

(Adaptado de Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Soriano, 2002)

Las siguientes son áreas vitales que son valiosas para algunas personas. No todo el mundo tiene los mismos valores y esta hoja de trabajo no es un test para comprobar si tienes los valores “correctos”. Me gustaría que describieras tus valores como si nadie fuera a leerlos jamás. Mientras trabajas, piensa acerca de cada área en términos de metas concretas que crees que puedas tener, y también en términos de direcciones vitales de carácter más general. Así, por ejemplo, podrías valorar casarte como una meta concreta y ser una buena pareja como una dirección vital valiosa. El primer ejemplo, casarte, es algo que puede completarse. El segundo ejemplo, ser una buena pareja, no tiene un final. Siempre se puede ser mejor pareja, no importa cuánto lo seas ya.

Es posible que algunas áreas no las consideres relevantes para tu vida; puedes saltarte esas áreas y las discutiremos al final.

Es importante que lo que escribas sea acerca de lo que te importa y lo que quieres

conseguir, independientemente de si crees que podrías conseguirlo de manera realista, o qué piensas tú o qué pueden pensar otros que te mereces.

| Área | Narración de la dirección valiosa (valor) |
|---------------------------|--|
| Relaciones íntimas/Pareja | Ser una pareja cariñosa y atenta |
| Relaciones familiares | Ser un padre admirado y respetado por mis hijos |
| Relaciones sociales | Ser un amigo leal y una fuente de apoyo para mis amigos |
| Trabajo | |
| Educación y formación | Adquirir más conocimientos especializados en mi área profesional |
| Ocio | |
| Espiritualidad | |
| Ciudadanía | |
| Salud/Bienestar físico | |
| Otro | |

Si el paciente deja áreas sin completar, el terapeuta puede formular preguntas sobre si hay algo que le gustaría estar haciendo o que se vería haciendo en relación con esa área.

Una vez completado el “Formulario narrativo de valores” se discutirá cada área con el paciente, de modo que queden claros los valores, y se le pedirá que proporcione algunos ejemplos de posibles acciones dirigidas a metas relacionadas con la dirección descrita. El trabajo del terapeuta se centrará en evaluar aquellas variables que están influyendo en los valores del paciente, asegurándose de que estén definidos por sus deseos y no por la búsqueda de prestigio, reconocimiento social o aprobación de otros.

Es importante aclarar que es casi imposible que los valores de las personas no estén influenciados por los factores externos antes mencionados, pero el terapeuta puede cuestionar qué tan valioso sería determinado valor en ausencia de alguna consecuencia proporcionada por otros, por ejemplo:

Terapeuta:

Veo que entre lo que valoras, en relación con la educación y formación, está la adquisición de más conocimientos. ¿Qué sucedería si al finalizar un curso o un posgrado no te dieran ningún reconocimiento o certificado? ¿Seguiría siendo igual de importante para ti?

• El significado de los valores

Para definir objetivos y acciones concretas en relación con los valores se le proporcionarán al paciente las “Hojas para aclarar los valores” (véase material 7), las cuales se comenzarán a llenar en sesión, completando por lo menos lo correspondiente a una sección, para luego terminarse de tarea. Se llenarán de la siguiente forma:

1. Utilizando el “Formulario narrativo de valores” que se completó en sesión, el paciente escribirá los valores, uno por sección.
2. A cada valor se le asignará un puntaje del 1 al 10 para señalar qué tan importante lo considera el paciente.
3. El paciente describirá varias metas específicas que puedan ayudarlo a vivir una vida acorde a cada valor. De preferencia, deben ser metas que puedan realizarse a corto y mediano plazos.
4. Se escribirán algunos pensamientos o emociones que puedan evitar que cumpla sus metas específicas.
5. Por último, el paciente escribirá un párrafo corto acerca de lo que significaría para él vivir de acuerdo a ese valor y, también, qué significaría no hacerlo.

• **Tarea. Hojas para aclarar los valores**

El paciente se llevará las “Hojas para aclarar los valores” para terminarlas de tarea, tal como se hizo en la sesión.

• **QUINTA SESIÓN**

• **Formato de sesión**

- Ejercicio de *mindfulness*. El lector de mentes.
- Revisión de la sesión anterior.
- La naturaleza del compromiso. Metáfora del invitado grosero.
- ¿Con quién tienes el compromiso?
- Definiendo los primeros pasos hacia los valores.
- Tarea. Activación conductual.

• Ejercicio de *mindfulness*. El lector de mentes

Se iniciará la sesión con un ejercicio de *mindfulness* cuyo objetivo es que el paciente reflexione sobre sus valores personales al imaginarse a sí mismo desde la perspectiva de alguien cercano a él.

Terapeuta:

(Adaptado de Harris, 2009)

Me gustaría que hiciéramos un ejercicio. Siéntate cómodamente, con la espalda recta, los pies apoyados en el piso y los brazos a los lados. Ahora quiero que cierres los ojos y te centres en ti mismo. Mirate en esta habitación, mírate sentado en el sillón. Nota la posición de tus brazos, de tus piernas, de tus pies y de tus manos. Nota tu cuerpo presionando la silla, y los músculos de tu cara, nota los músculos alrededor de tus ojos cerrados. Nota tu respiración, cómo el aire entra y sale por tu nariz, nota los músculos de tu vientre al respirar y el ritmo de tu respiración, sin alterarlo, sólo pon atención a lo que ocurre (hacer una pausa). No hagas sino observar lo que venga. Observa las sensaciones que se dan ahora mismo en tu cuerpo (hacer una pausa de uno o dos minutos).

Imagínate que te encuentras en un mundo ideal, en el que tú vives tu vida como la persona que realmente deseas ser; date un tiempo para pensar qué acciones llevas a cabo para que este mundo ideal funcione. ¿Qué hiciste para llegar ahí? ¿Qué obstáculos tuviste que vencer? (hacer una pausa de uno o dos minutos).

Bien, ahora imagina que en ese mundo ideal tienes una máquina que lee mentes y se programa para leer la mente de alguien que es muy importante para ti, de forma que tú puedes escuchar cada pensamiento de esa persona. Mientras escuchas, te das cuenta de que esa persona está pensando en ti: piensa en lo que tú representas, tus fortalezas, lo que significas para ella y el rol que juegas en su vida. ¿Qué escucharías que esa persona piensa? Date un momento para imaginarlo (dar uno o dos minutos).

Y ahora, vuelve a darte cuenta de tu posición en esta habitación, de tu posición en la silla. Nota tu respiración, cómo el aire entra y sale por tu nariz; nota los músculos de tu vientre al respirar y el ritmo de tu respiración; cuando estés listo, abre los ojos.

Al finalizar se preguntará al paciente sobre su experiencia durante la realización del

ejercicio, de forma similar a como ya se ha trabajado en sesiones anteriores.

• **Revisión de la sesión anterior**

Después del ejercicio de *mindfulness* se revisará lo visto en la sesión anterior. Sobre la tarea “El significado de los valores”, se le cuestionará al paciente qué tan difícil le resultó realizarla. A partir de lo que el paciente haya escrito en sus “Hojas para aclarar los valores”, se abordará cada área considerando lo siguiente:

- Sobre el **valor** que el paciente definió, se le pregunta: ¿Puede establecer un compromiso con lo que le importa y mantenerlo? Es importante asegurarse de que el paciente comprenda que el terapeuta no está hablando de vivir en función de las normas de otras personas, sino a la capacidad de poder vivir de acuerdo con cualquier norma que uno quiera. Muy a menudo, los pacientes no quieren establecer un compromiso porque temen no ser capaces de cumplirlo; conviene establecer con claridad que se trata de un compromiso con lo que le importa en su vida, y que esa dirección no cambia porque uno falle.
- El puntaje de **importancia** sirve como guía para jerarquizar en qué áreas deben establecerse acciones en lo inmediato, lo cual no significa que las que recibieron menor puntaje vayan a descuidarse.
- En cuanto a las **metas específicas**, se verificará que se trate de metas prácticas, asequibles y congruentes con los valores. Para esto puede preguntarse directamente al paciente: ¿Es esa meta práctica? ¿Se puede alcanzar? ¿Funciona en tu situación actual? ¿Te conduce en la dirección de tu valor elegido? También es importante hacer la distinción de qué metas se pueden conseguir a corto y a mediano plazos.
- En referencia a los **pensamientos y emociones que podrían evitar el cumplimiento de las metas**, es probable que lo que el paciente describa esté enfocado en sus fracasos pasados o en preocupaciones futuras. En el caso de que se trate del producto de rumiar fracasos pasados, el terapeuta puede hacer referencia a la metáfora del hombre en el agujero (véase primera sesión):

Terapeuta:

¿Recuerdas la metáfora del hombre en el agujero? En esa ocasión te hablé de que, por mucho que te detuvieras a pensar cómo habías caído en el agujero, seguías estando ahí. El hecho de que te estés enfocando en tus fallos pasados no cambia tu situación actual, sólo permaneces siendo rehén de algo que ya no puedes cambiar, pues ya pasó. Con esto no quiero decir que intentes eliminar esos pensamientos

que ahora parecen barreras, pero puedes dar los pasos necesarios para llegar a tus metas incluso si llevas contigo esos pensamientos, pues sólo son eso: pensamientos.

Si los pensamientos y emociones giran en torno a preocupaciones futuras, el terapeuta puede recordarle la metáfora del experto en arte (ver tercera sesión):

Terapeuta:

Cuando te hablé en sesiones pasadas de la metáfora del experto en arte, te mencioné que es necesario aprender a distinguir entre lo que la mente dice y lo que tú observas por ti mismo, porque lo que la mente dice no siempre nos va a ser de utilidad. En este caso parece que la mente estuviera tratando de predecir el futuro. Sin embargo, es mucho mejor adoptar una postura flexible de “esperar y ver”, dar un paso a la vez. Tratar de decidir con antelación lo que va a funcionar y lo que no es pura fantasía, pero tomar la decisión de caminar hacia tus valores es esencial.

Por último, el párrafo en el que el paciente describe **qué significaría para él vivir de acuerdo a ese valor y qué significaría no hacerlo** será útil para que el terapeuta destaque la importancia de mantener sus valores, incluso cuando tenga alguna falla o parezca que hay muchas barreras en su camino.

• **La naturaleza del compromiso**

Tener clara la dirección no siempre supone resultados placenteros a cada momento, por lo que es importante que el paciente tenga presente que los resultados que espera no siempre llegarán rápido. Cada paso es importante, y aunque no siempre sea agradable, tiene que estar conectado con un valor importante para el paciente. Para hacer énfasis en este punto, se utilizará la siguiente metáfora:

Metáfora del invitado grosero

(Adaptado de Hayes *et al.*, 1999)

Terapeuta:

Imagina que vas a celebrar la fiesta de tu vida y tú eres el anfitrión. Sólo hay una única norma en la localidad para poder celebrar fiestas, y es que se debe poner un cartel en la entrada que diga: “Bienvenidos todos”. Tú accedes, aunque no

estás muy convencido. Pones el cartel y comienzan a llegar los invitados. Cualquiera puede entrar, ya que está el cartel “Bienvenidos todos”. Antes de que puedas disfrutar de tu fiesta observas al “Cobijas”, el indigente del pueblo, quien es un invitado grosero, sucio, maloliente y maleducado. De inmediato reaccionas y vas hacia él para echarlo, pero no puedes hacerlo porque está el cartel “Bienvenidos todos”, y él enseguida volvería a entrar. No encuentras otra opción que ir detrás del “Cobijas” para conseguir que no moleste a los otros invitados. ¿Qué hacer para que no moleste? Se te ocurre que puedes encerrarlo en una habitación, pero entonces tienes que estar al pendiente de que no salga. Al final no te queda otra opción que estar llevándolo a la puerta de salida y quedarte ahí para que no moleste más. Si te despistas, rápidamente se mezcla con los invitados y tienes que volver a estar detrás de él para que no incomode a nadie. La cuestión es que si quieres que el invitado no moleste tienes que ser su guardián, y a pesar de eso se te escapa con frecuencia. Lo puedes hacer, eres libre de hacerlo, pero tiene un costo muy alto. ¿Está el anfitrión realmente en su fiesta o se la está perdiendo?

Al igual que en metáforas anteriores, se realizarán las preguntas de seguimiento que el terapeuta considere oportunas. Este momento es adecuado para hablarle al paciente sobre el costo que puede tener el no estar dispuesto a aceptar contenidos o resultados desagradables; no se trata de estar esperándolos, pero si se presentan, tal como el invitado grosero, hay que dejarlos estar sin luchar contra ellos ni abandonar la dirección.

Terapeuta:

Establecer un compromiso es indispensable en este punto del proceso. Ya has avanzado mucho hasta ahora y éste es el momento en que aplicarás todo lo que has aprendido. No te estoy pidiendo que te comprometas con un resultado o consecuencia en particular. El compromiso es para que realices las acciones que te propongas y que lo hagas en serio. Eso no significa que nunca vayas a romper el compromiso, de hecho, lo más probable es que en algún punto lo hagas. Tu objetivo será que incluso cuando rompas el compromiso, vuelvas a retomar el rumbo y hagas todo lo que puedas para mantenerlo lo mejor que puedas.

• **¿Con quién tienes el compromiso?**

Al comenzar a actuar en dirección a sus valores, a veces el paciente pierde de vista el objeto de su compromiso, es decir, con quién se ha establecido dicho compromiso. Es

más probable que el paciente abandone la acción comprometida si la está llevando a cabo para obtener reconocimiento o aprobación del terapeuta o de otras personas de su entorno social. Hay acciones que seguramente en algún momento le serán reconocidas por otros, sin embargo, esto debe ser visto como una ganancia adicional, no como el objetivo principal. El terapeuta puede decirle algo como lo siguiente:

Terapeuta:

Lo que en realidad importa es lo que tiene importancia para ti. Cualquier compromiso que hagas y mantengas será para ti, no para mí ni para nadie más. Mi trabajo es ayudarte como una guía hacia el tipo de vida que quieres.

El terapeuta puede regresar a este punto las veces que lo crea necesario durante las sesiones posteriores, a fin de ayudar al paciente a tener presente esta idea en todo momento.

• Definiendo los primeros pasos hacia los valores

Con base en lo descrito por el paciente en las “Hojas para aclarar los valores”, entre el terapeuta y el paciente se definirán actividades que puedan realizarse a corto y mediano plazos y que estén enfocadas en los valores. El registro de actividades se hará a manera de tabla (véase material 8), la cual se llenará de la siguiente forma:

1. Se definirán actividades a corto y mediano plazos enfocadas en los valores; se les acomodará en orden jerárquico, de acuerdo con la importancia que cada valor tiene para el paciente. Es recomendable que se empiece por actividades simples para que sea más probable que se realicen de forma satisfactoria.
2. En la segunda columna se definirá el **quién (es), qué, dónde y cuándo** de la actividad.
3. En la columna de “obstáculos previsibles” se definirán posibles situaciones o condiciones que, de presentarse, representarían un obstáculo.
4. En la columna de “soluciones a los obstáculos” se enlistarán posibles estrategias que el paciente puede utilizar cuando se encuentre frente a un obstáculo. El terapeuta deberá recomendarle algunas de las estrategias vistas durante el proceso terapéutico cuando lo crea apropiado.
5. La columna de “resultados” se dejará en blanco para completarse en la tarea.

Por ejemplo, en el caso de una madre cuyos valores están encaminados a incrementar

las expresiones de afecto hacia sus hijos, las actividades sugeridas pueden ser las siguientes:

(Adaptado de Kanter, Busch y Rusch, 2009)

| Actividad | ¿Quién? ¿Qué? ¿Dónde? ¿Cuándo? | Obstáculos previsibles | Soluciones a los obstáculos | Resultados |
|--|--|--|---|---|
| Acercarme espontáneamente a mi hijo y abrazarlo | En mi casa, en un momento en que comúnmente no lo haga | Pensar que me va a rechazar, vergüenza, no encontrar el momento para hacerlo | Enfócame en la tarea, observar mis pensamientos y decidir por lo que yo quiero | Aunque me sentí ansiosa antes de hacerlo, vi que pude conseguirlo y que va de acuerdo con lo que realmente quiero hacer |
| Estar más interesada por las actividades cotidianas de mi hijo | Cada que tenga la oportunidad | Miedo de que me juzgue o me rechace | Enfócame en lo que yo quiero conseguir con esto y no en los resultados inmediatos | Al principio estaba temerosa, pero conforme lo fui realizando ese sentimiento disminuyó y lo empecé a disfrutar |

• Tarea: activación conductual

El paciente deberá comenzar a realizar las actividades enfocadas en valores que se definieron en sesión (ver material 8), registrando en la última columna los resultados que obtuvo en cada una. Se le pedirá que sea lo más descriptivo posible en cuanto a lo que sintió, pensó y los resultados en el entorno.

CAPÍTULO 9

YO-COMO-CONTEXTO

“La falsa imaginación te enseña que cosas tales como la luz y la sombra, el largo y el alto, lo blanco y lo negro son diferentes y tienen que ser discriminadas; pero ellas no son independientes una de la otra; ellas son aspectos diferentes de la misma cosa, ellas son conceptos de relación, no la realidad.”

Siddharta Gautama

El yo-como-contexto es una postura hacia uno y el mundo. ACT hace una distinción entre el “yo” y los fenómenos internos: el “yo” no es la experiencia como tal, simplemente provee el contexto para la experiencia, de manera que los individuos no son el contenido de la experiencia, sino el contexto de ésta. Es decir, una persona no es su pasado o sus preocupaciones, ni siquiera sus pensamientos, sensaciones corporales o emociones. Todo esto en efecto es parte de uno, pero no nos pertenece; estas vivencias se manifiestan y se desvanecen, sin importar que agraden o disgusten. El yo observador sencillamente observa la experiencia, no hace juicios (p. ej., “horrible” o “hermoso”), ya que ningún pensamiento es mejor o peor que otro. Hayes *et al.* (1999) hacen la analogía de la casa (p. ej., cuartos, techo, paredes, piso), la cual provee el contexto para que ciertas experiencias ocurran a las personas que viven dentro junto con todos los muebles y demás pertenencias. La casa permanece prácticamente igual sin importar quién viva dentro, qué pertenencias le coloquen o cómo la pinten. Hasta donde se sabe, a la casa no le importa qué muebles están dentro o qué le sucede a quien vive ahí, cómo se siente, qué piensa o qué hace. La casa sólo provee el contexto para que todo esto ocurra (Eifert y Forsyth, 2005).

• PODER DEL YO EN CONTEXTO

Walser y Westrup (2007) mencionan las cuatro ventajas de verse uno mismo como contexto: 1) el individuo percibe las vivencias de una manera más saludable, ya que al observarse como algo constante y que trasciende a los meros fenómenos transitorios, como pensamientos o emociones, le es posible desligarse de ellos generando mayor grado de objetividad y alcanzando así la defusión cognitiva. En pacientes con duelo complicado el poder desligar sus pensamientos y emociones de ellos como personas facilita la posibilidad de redirigir su atención a lo que consideran importante, permitiéndoles así seguir adelante, independientemente de la tristeza y nostalgia esperada en su duelo. Esto se liga con 2) donde el individuo puede lograr tomar decisiones por sí mismo con respecto a sus valores, en lugar de hacerlo regido por los pensamientos o emociones que está teniendo en el momento. Otra ventaja es 3) la reducción del sufrimiento, ya que, aunque suene paradójico, la ansiedad disminuye cuando el individuo logra aceptar los pensamientos y emociones que se manifiestan, por más dolorosos que sean, reconociéndolos como simples experiencias transitorias que no necesariamente significan que algo está “mal” o “roto”. Esto ayuda a poner en contexto las experiencias de duelo por las que atraviesa una persona, ya que deja de evaluarlas como “malas” o “anormales” y empieza a vivirlas tal cual vienen, lo que facilita que el proceso de duelo fluya con normalidad, entendiéndose que el contacto con estas experiencias genera, de manera inevitable, cierto grado de dolor y malestar, pero experimentarlo tal cual viene previene que este dolor se prolongue a largo plazo y, como consecuencia, se reduce el sufrimiento que conlleva el combatir estos eventos privados. Finalmente 4) el hecho de que, a pesar de todos los problemas, traumas o situaciones extremas que un individuo pueda llegar a vivir, esta parte del “yo” se mantiene intacta.

• SEXTA SESIÓN

• Formato de sesión

- Ejercicio de *mindfulness*. Experimentando el yo-como-observador.
- Revisión de la sesión anterior.
- Jugando ajedrez. Metáfora del ajedrez.

- ¿Qué decía mi mente?
- Tarea. El yo observador que actúa.

• Ejercicio de *mindfulness*. Experimentando el yo-como-observador

El objetivo de este ejercicio es que el paciente comprenda el proceso yo-como-contexto experimentando la postura del yo-como-observador utilizando la imaginación, sin necesidad de explicarle el concepto a detalle. El ejercicio se realiza de la siguiente forma:

(Adaptado de Walser y Westrup, 2007)

Terapeuta:

Quiero que cierres los ojos y te pongas cómodo en tu asiento. Nota tu respiración, el peso de tu cuerpo presionando la silla. Nota cualquier sonido que llegue hasta esta habitación. Ahora quiero que pienses en una experiencia que hayas tenido esta mañana; no importa qué haya sido, sólo quédate con la primer cosa que se te ocurra. Cuando se te ocurra algo levanta tu dedo índice para que yo lo sepa. Bien. Ahora, piensa en esa experiencia, mira si puedes recordar lo que estaba sucediendo a tu alrededor en ese instante. Piensa en ¿qué estabas haciendo?... ¿Dónde estabas?... ¿Había alguien más a tu alrededor o estabas solo?... ¿Qué estabas haciendo?... (el terapeuta debe esperar un momento entre cada pregunta para permitir que el paciente se enfoque en sus recuerdos).

Ahora quiero que pienses en algo que hayas experimentado la semana pasada. Tal vez una conversación con un amigo, alguna actividad que realizaste. No importa qué sea, sólo concéntrate en cualquier cosa que se te ocurra. Levanta tu dedo índice cuando tengas algo en mente. Bien. Ahora fíjate si puedes recordar lo que sucedía en ese momento... ¿Qué veías a tu alrededor?... ¿Recuerdas algunos de tus pensamientos de ese momento?... ¿Recuerdas tus sentimientos?... ¿Recuerdas los sonidos que pudiste haber escuchado?... ¿Puedes ver la persona que eras la semana pasada?... ¿El mismo “tú” que tuvo la experiencia esta mañana? Es la misma persona que puede escuchar varios sonidos y tiene varios pensamientos justo ahora. Hay un “tú” ahí mismo que recuerda eventos de la semana pasada, que recuerda lo que sucedió esta mañana; el mismo “tú” que escucha lo que estoy diciendo justo ahora. Vamos a ir más allá.

Regresa a algo que hayas experimentado el verano pasado. Toma tu tiempo. Sólo

piensa en algo que hayas experimentado entonces, y hazme saber cuando tengas algo en mente levantando tu dedo índice. Bien. De nuevo, ¿puedes recordar el estar en esa situación?... ¿Recuerdas lo que veías a tu alrededor?... ¿Recuerdas el sonido de tu voz mientras hablabas con alguien?... ¿Qué pensabas en ese instante?... ¿Recuerdas alguna emoción que tuviste en ese momento?... Mira en ese recuerdo y mira qué había en realidad ahí, observa lo que estabas experimentado. Mientras miras este recuerdo, nota que es el mismo “tú” recordando eso mientras también tienes un recuerdo de la semana pasada y también tienes un recuerdo sobre esta mañana. Un “tú” continuo que está sentado aquí y ahora, haciendo este ejercicio conmigo.

Ahora vamos a algo que haya sucedido mientras estabas en la preparatoria, tal vez una clase en particular o unas vacaciones. Sin prisa, sólo deja que tu mente vaya de regreso a ese momento y hazme saber cuando tengas algo en mente levantando tu dedo índice. Bien. Ahora haz lo mismo; recuerda todo lo que puedas sobre esa situación... ¿Dónde estabas?... ¿Qué había a tu alrededor?... Echa un buen vistazo dentro de ese recuerdo, y mientras lo haces date cuenta de ese “tú” continuo, nota quién está recordando eso. Estabas ahí entonces, y estás aquí ahora. Es el mismo “tú” que estuvo ahí la semana pasada, esta mañana, el verano pasado. Un “tú” que es más grande que cualquier recuerdo.

Ahora piensa en algo que hayas experimentado cuando eras niño, tal vez unas vacaciones familiares o una fiesta, tal vez una interacción con tu maestra favorita. Bien. ¿Recuerdas algún sentimiento que estuvieras teniendo en ese momento?... ¿Algún pensamiento?... ¿Recuerdas ser esa persona que estaba experimentando eso en ese momento?... Es el mismo “tú” continuo, ese mismo ser que tuvo esas experiencias cuando era niño, el verano pasado y esta mañana; es el mismo “tú” que ha estado consciente de todas estas cosas... el mismo tú que ha estado ahí todo este tiempo sentado en esta habitación, justo aquí y justo ahora escuchándome decir todo esto.

Ahora cambiemos las cosas un poco. Quiero que pienses en los distintos roles que has tenido en tu vida y que tienes hoy en día. Por ejemplo, piensa en tu rol como el hijo de alguien, como familiar de alguien. Piensa en tu rol como paciente... como ciudadano... como empleado (se debe hacer una pausa entre cada rol para dar tiempo al paciente de formular dichos roles en su mente).

Ahora vamos a movernos a otra área: a tu cuerpo. Tómate un momento y piensa

en cómo se veía tu cuerpo cuando eras un niño. ¿Eras alto?, ¿delgado?, ¿bajo?, ¿robusto? Imagina qué tan pequeñas eran tus manos. Ahora avanza un poco en el tiempo, imagina cómo era tu cuerpo como adolescente o como un joven adulto. Nota cómo era tu cuerpo entonces. Ahora nota tu cuerpo de hoy. Piensa en cómo ha cambiado. Tal vez ahora tienes cicatrices que antes no tenías, o tal vez tuviste alguna intervención quirúrgica que cambió tu cuerpo. Tal vez has perdido cabello o has ganado peso. Observa cómo ha cambiado tu cuerpo a través de los años. E incluso ahora, mientras estás sentado aquí, tu cuerpo está cambiando: hay células que están siendo reparadas, hay comida que se está digiriendo, se está transportando oxígeno a todas las partes de tu cuerpo. Mientras observas todos los cambios en tu cuerpo, fíjate en quién los está observando. Hay un “tú” que sabe que éste es tu cuerpo ahora y ése era tu cuerpo entonces. Hay un “tú” que es más grande que tu cuerpo. Un “tú” que ha estado ahí todo el tiempo.

Ahora quiero que notes de nuevo tu presencia en esta habitación. Nota tu respiración, el peso de tu cuerpo presionando la silla. Nota cualquier sonido que llegue hasta esta habitación. Cuando estés listo puedes abrir los ojos.

Un aspecto clave de ACT es la idea de que el *self* (el yo-como-contexto, distinto al contenido) sigue intacto. Esto implica que a pesar de los aprendizajes pasados, los traumas vividos, las autoevaluaciones negativas y demás cosas, el *self* no está mal. Es importante que el terapeuta ponga énfasis en este aspecto, de manera que el paciente comprenda que el *self* está intacto y es por completo capaz de experimentar pensamientos y sentimientos difíciles, y que cuando tal cosa sucede no necesita deshacerse de eso para poder estar completo.

• **Revisión de la sesión anterior**

Después del ejercicio de *mindfulness* se revisará lo visto en la sesión anterior y la tarea de activación conductual. El terapeuta debe recordar en todo momento reforzar las CCR2s y motivar al paciente a mantener el compromiso con aquellas actividades en las que no haya obtenido los resultados que esperaba.

• **Jugando ajedrez**

La metáfora del ajedrez ayuda a que el paciente comprenda el significado del yo-como-

contexto; de manera indirecta se promueven también elementos como la defusión, la desesperanza creativa, el control y la orientación hacia los valores. Es recomendable utilizar un tablero de ajedrez real para que haya mejor asimilación por parte del paciente.

A continuación se ofrece un ejemplo de cómo se presenta esta metáfora al paciente:

Metáfora del ajedrez

(Adaptado de Stoddard y Afari, 2014)

Terapeuta:

Imagina que cada una de estas piezas representa una experiencia; pueden ser pensamientos, emociones o sensaciones que hayas experimentado en tu vida; un color representa las positivas y el otro las negativas.

El terapeuta toma una a una las piezas al tiempo que menciona lo que representa cada una y las coloca en el bando correspondiente. Es recomendable señalar algunos de los pensamientos identificados en el ejercicio anterior y pedirle al paciente que mencione ciertas experiencias para seguir colocando piezas; para ello es importante que exista al menos una pieza que represente un problema grave o actual que tenga el paciente.

Terapeuta:

Esta pieza puede representar la sensación de ahogo al ver las fotografías; esta otra podría ser la alegría de haber salido a desayunar con tu hermana. ¿Tienes alguna idea de qué otra experiencia podría representar esta nueva pieza?

Mientras se explica lo siguiente es recomendable hacer movimientos en el tablero representando el juego entre algunas piezas, tanto el intento de deshacerse de las piezas como la constante suma de éstas al tablero.

Terapeuta:

Este juego representa tu vida y la batalla que experimentas, es el intento de lograr mantener las experiencias positivas y deshacerte de las negativas; sin embargo, esto no es muy efectivo, ya que en la vida se agregan experiencias constantemente, por lo que las piezas siguen apareciendo en ambos bandos, de manera que nunca hay un ganador. Entonces, si seguimos llenando cada uno de los lados del tablero, por más que intentemos vencer a las piezas negativas nunca vamos a terminar, esto vuelve un desgaste innecesario el siquiera intentar librar la batalla.

Una vez que queda claro que no habrá ningún beneficio al mantener esta lucha, ya que

no habrá ningún ganador, se le pregunta al paciente si hay algo más que uno podría ser en este juego, fuera de las piezas. Es probable que el paciente mencione que podría ser el jugador, y en tal caso se debe mostrar cómo el jugador sigue inmerso en el juego, atrapado al intentar vencer en esta batalla interminable; se menciona cómo uno podría intentar mover las piezas para deshacerse de ellas y, sin embargo, como la misma experiencia del paciente lo demuestra, esto no se logrará.

Terapeuta:

Teniendo en cuenta este problema sobre las piezas y el tratar de ganar el juego, ¿crees que hay algo más que pudieras ser en este juego, fuera de las piezas? El jugador está inmerso en el juego, está tratando de ganar, sigue intentando vencer en la batalla interminable al intentar mover las piezas para deshacerse de sus experiencias negativas; sin embargo, como tu propia experiencia lo ha demostrado, esto no parece ser la solución. ¿Existe alguna otra cosa que pudieras ser en el juego?

Lo ideal es que el paciente llegue por sí mismo a la conclusión de que puede ser el tablero, pero si esto no sucede, se le puede sugerir. Durante la explicación se puede mover el tablero con las piezas sobre la superficie en la que se encuentra, incluso animar a que el paciente lo mueva en la dirección que prefiera.

Terapeuta:

Ser el tablero tiene diferentes ventajas>: es sólido e íntegro; además, puede moverse con libertad de un lado a otro a pesar de tener las piezas sobre sí; está en contacto con las piezas, pero al mismo tiempo separado de ellas, coexiste con éstas, mas no son lo mismo. El tablero también está inmerso en el juego, pero no le afecta quién lo gane, simplemente lo presencia; no intenta controlar las piezas, no importa qué bando venza al otro, sólo observa lo que sucede. A pesar de que el tablero deba de seguir con las piezas, éstas no son un impedimento para que él siga siendo lo que es: un tablero.

El propósito de la metáfora es que el paciente se dé cuenta de cómo es que, a pesar de que el tablero estará siempre en contacto con las piezas, el tablero no es “las piezas”, sólo las sostiene, no intenta controlarlas o deshacerse de ellas, coexiste con ellas, por lo que puede moverse con libertad. De esta manera el paciente es asimismo libre de seguir la trayectoria que prefiera, siempre orientada a sus valores, a pesar de todas las emociones, sensaciones o pensamientos que pudieran mostrarse en el camino, ya que el paciente no es ninguna de estas cosas, simplemente provee el contexto para que se den

las experiencias.

• ¿Qué decía mi mente?

Este ejercicio pretende revisar la experiencia del paciente mientras realizaba la tarea de activación conductual y promover la postura del yo-como-observador, para lo cual se retomará lo visto en la metáfora del experto en arte. El terapeuta cuestionará al paciente si pudo poner atención a lo que su mente le decía sobre las actividades que se establecieron para su tarea y distinguir entre aquello a lo que hizo caso y lo que sólo notó pero no evitó que cumpliera con la actividad. Se recomienda que el paciente llene en sesión un formato como el siguiente (ver material 9):

¿Qué decía mi mente?

| | No hice caso a... | Sí hice caso a... |
|-----------------------------|---|--|
| Antes de hacer la actividad | No quiero hacerlo, es tonto Esto me va a arruinar el resto del día | No sabré cómo es hasta que lo haga |
| Mientras la hacía | Esto no me está ayudando | Nunca dejaré de estar triste Lo mejor es terminar lo más rápido posible, para acabar con esto |
| Después de completarla | | No fue tan malo |

El terapeuta debe evitar discusiones sobre el contenido de los pensamientos del paciente; no obstante, al identificar algunos pensamientos que hayan evitado que hiciera aquello que es importante para su vida se le puede preguntar algo como lo siguiente:

Terapeuta:

Veo que cuando tu mente te dijo “Nunca dejaré de estar triste” le hiciste caso. Parece una de esas predicciones que a veces a la mente le gusta hacer. Quisiera que pusieras atención a ese cuento de nuevo: “Nunca dejaré de estar triste”. ¿Cómo te ha funcionado el creer en esto? (dar tiempo al paciente para responder). ¿Por quién deberías guiarte, por tu mente o por tu experiencia? (el paciente responde). A veces es algo complicado no dejarnos llevar por lo que dice la mente, incluso cuando lo que dice no nos ayuda a llegar a donde queremos llegar. Algo que puedes hacer cuando la mente te diga un cuento de este tipo es preguntarte: ¿Cómo me ha funcionado esto? ¿Por quién debería guiarme, por mi mente o por mi experiencia?

También es importante preguntar si cambió algo al realizar esta tarea los primeros días en comparación con los últimos, y estar pendiente de posibles interpretaciones (CCR3s) que el paciente pueda hacer sobre la experiencia al inicio y al final.

• **Tarea. El yo observador que actúa**

Para la tarea de esta sesión se utilizará de nuevo una tabla (ver material 10) con las mismas actividades de la vez anterior. En esta ocasión el paciente debe aplicar lo que se practicó en el ejercicio “Experimentando el yo-como-observador”. Se le puede explicar de la siguiente forma:

Terapeuta:

Para esta semana también tendrás una tarea de actividades como la que has estado haciendo hasta ahora. Vas a llenar la tabla en la forma que ya conoces, sólo que con una variación: mientras realizas las actividades quiero que pongas en práctica la observación como la que hiciste hace unos instantes. Debes poner atención a tus pensamientos y sentimientos; a las sensaciones de tu cuerpo, los sonidos e imágenes que puedes captar en ese momento, y mientras haces todo eso, quiero que estés consciente de ¿quién está observando todo eso?, ¿quién es el que está pensando, sintiendo, escuchando?

• **SÉPTIMA SESIÓN**

• **Formato de sesión**

- Ejercicio de *mindfulness*. Prevención de recaídas.
- Revisión de la sesión anterior.
- Repasando el proceso.
- Reacciones ante la finalización de la terapia.
- Ejercicio: Cartas de despedida.
- Retroalimentación y vida después de la terapia.

• Ejercicio de *mindfulness*. Prevención de recaídas

Desde una perspectiva ACT, una recaída puede ser considerada tanto una señal de precaución como una oportunidad para aprender y apreciar lo que hay que cambiar, y para replantear lo que a la persona le importa (Wilson y Luciano, 2002). Es importante recordar al paciente la naturaleza de su compromiso, es decir, que sus valores no cambian cuando tenga una falla o una recaída, y que posicionarse como observador de sus pensamientos y emociones negativas, sin que éstos determinen sus pasos, le permitirá retomar la dirección que ha elegido. Para hacer mayor énfasis en lo anterior se realizará un ejercicio de *mindfulness* con imaginación, como se describe enseguida:

Terapeuta:

Me gustaría que hiciéramos un ejercicio, si estás de acuerdo. Voy a pedirte que cierres los ojos y te pongas lo más cómodo posible. Céntrate en ti mismo y observa el flujo de tu respiración, observa cómo el aire entra y sale por tu nariz (dar un par de minutos).

Ahora quiero que imagines el peor escenario posible de una recaída que podrías tener. Cuando tengas algo en mente házmelo saber levantando tu mano. Bien. Identifica los miedos, preocupaciones y el dolor que esa recaída te trae. No hagas sino observar lo que venga. Observa las sensaciones que se dan ahora mismo en tu cuerpo. Date cuenta de los pensamientos que vienen a ti, cómo surgen y cómo se van; no agarres nada y no empujes nada, déjalos estar como vienen y déjalos ir cuando se vayan. Ahora, aprecia tu estado de ánimo, nóvalo y no hagas nada por empujarlo o por retenerlo, sólo nóvalo.

Escucha todos los cuentos que la mente te está contando ahora, las opiniones, los juicios y evaluaciones que está haciendo frente a la recaída (dar un par de minutos).

Eso que te está contando ahora, ¿te ayuda a retomar tus direcciones de vida? ¿Te lleva a donde tú quieres llegar o te está alejando de eso? (dar un par de minutos y pedir que abra los ojos).

Al terminar, se le pedirá al paciente que describa su experiencia durante el ejercicio.

• Revisión de la sesión anterior

Después del ejercicio de *mindfulness* se emplearán algunos minutos para repasar lo visto en la sesión anterior, así como para revisar la tarea “El yo observador que actúa”, sobre la cual el terapeuta cuestionará al paciente qué tan difícil le resultó la observación de sus pensamientos, sentimientos, las sensaciones de su cuerpo, los sonidos e imágenes mientras trabajaba y si estaba consciente o no de quién observaba todo eso.

• Repasando el proceso

Repasar lo que la terapia ha implicado hasta ahora para el paciente brinda la oportunidad de resumir y reforzar el trabajo realizado. Puede ser útil para aclarar los propósitos de las metáforas, ejercicios y tareas que se incluyeron en el proceso, así como para que el paciente haga una comparación entre su estado previo y su estado actual.

Terapeuta:

(Adaptado de Walser y Westrup, 2007)

Me gustaría que echemos un vistazo a lo que hemos hecho hasta ahora. Si recuerdas, comenzamos enlistando todos los pensamientos, emociones y demás situaciones con las que habías estado luchando desde el fallecimiento de _____, y valoramos la eficacia de las estrategias que utilizabas. También te diste cuenta de que algunas de esas estrategias tenían costos bastante altos y, además, su eficacia no era la mejor. Entonces trabajamos para que las abandonararas.

Después nos enfocamos en que poco a poco retomaras actividades que habías estado evitando por concentrarte en todo lo triste y doloroso que sentías y pensabas. Para eso realizaste varios ejercicios en los que comenzaste a tomar control de tus acciones, independientemente de lo que tu mente pudiera decirte, y aprendiste a observar lo que sentías sin luchar con eso, para así poder concentrarte en aquello que consideras valioso y que tal vez habías descuidado por estar ocupándote de tu dolor. De aquí en adelante te tocará a ti no perder de vista el compromiso que has hecho para emprender las acciones necesarias que poco a poco te acercarán a la vida que quieres.

• Reacciones ante la finalización de la terapia

Es conveniente que el terapeuta identifique las reacciones del paciente ante la idea de que

la terapia está por finalizar. Se le puede pedir que describa cualquier reacción que esto le presente, mientras se le escucha con atención y sin emitir ningún juicio. Las reacciones que impliquen emociones o pensamientos negativos deberán ser validadas por el terapeuta con el fin de normalizarlas, puesto que además son una oportunidad para reforzar en el paciente la defusión; recordar la metáfora del experto en arte puede ser de utilidad para ello. Es recomendable que el terapeuta comparta también sus propias reacciones y que deje claro al paciente que puede regresar a terapia en el futuro si lo considera necesario.

• **Ejercicio. Cartas de despedida**

Para finalizar, se sugiere que terapeuta y paciente se escriban cartas a manera de despedida en las que aborden su experiencia sobre el proceso terapéutico. Se le pedirá al paciente que sea muy descriptivo en cuanto a los pensamientos y sentimientos que haya tenido a lo largo del proceso. La carta que el terapeuta le escribirá al paciente debe reforzar los avances obtenidos y destacar las interacciones significativas ocurridas durante el proceso entre el terapeuta y el paciente, además de algunas sugerencias sobre qué hacer ante posibles dificultades o recaídas (véase anexo 4).

• **Retroalimentación y vida después de la terapia**

El final de la terapia es un buen momento para pedirle al paciente que describa su impresión sobre todo el proceso, qué ha cambiado desde que inició hasta ahora, qué habilidades adquirió y puede seguir utilizando. Es importante que el terapeuta refuerce todo lo que el paciente mencione y haga énfasis en los avances que él pudo observar. También se le alentará para continuar con los compromisos adquiridos; se le puede decir algo como lo siguiente:

Terapeuta:

Bien, ahora que descubriste las herramientas que tienes para acercarte a lo que es importante para ti y has obtenido otras nuevas, ve por esa vida que quieres. Con el objetivo de documentar los resultados obtenidos del proceso, se recomienda que, una vez finalizada la terapia, se apliquen los instrumentos psicométricos sugeridos en la evaluación inicial.

• **Formato de sesión**

- Aplicación de instrumentos psicométricos.
- Ejercicio de *mindfulness*. El fotógrafo.
- Revisión del estado actual.
- Los cuentos de la mente. Metáfora del cuentacuentos maestro.

• **Aplicación de instrumentos psicométricos**

Con el objetivo de obtener información sobre el estado actual del paciente, se recomienda aplicar nuevamente los mismos instrumentos psicométricos que se utilizaron en la evaluación inicial.

• **Ejercicio de *mindfulness*. El fotógrafo**

Luego de la aplicación de instrumentos psicométricos, se realizará un ejercicio de *mindfulness* para el cual se le pedirá al paciente que recuerde y narre cómo vivió el fallecimiento de su ser querido; el terapeuta se detendrá en los momentos más relevantes de la historia, con el propósito de que el paciente identifique las sensaciones, emociones y pensamientos asociados a la narración y que pueda adoptar una postura de observador frente a éstos. Al detenerlo se le dirá algo como lo siguiente:

Terapeuta:

(Adaptado de Wilson y Luciano, 2002)

Espera, quiero que te detengas ahí, que desde aquí en este momento mires... (agregar una breve descripción de la escena que el paciente mencionó, nombrando una por una a las personas que se encontraban con él si estaba acompañado) y que te mires a ti mismo ahí, quiero que des dos pasos atrás, como el fotógrafo que se separa de lo que va a fotografiar. Desde ahí, como si fueras un fotógrafo, quiero que observes todo y mires a ese hombre (es conveniente cambiar este sustantivo por padre, hijo, esposo, hermano, etc., dependiendo de la relación

con el fallecido) sufriendo como sufrirías tú en aquel momento, desde aquí, no está pasando ahora. Abre el álbum y mira esa foto en la que estaba sucediendo eso; al mirar esa foto, observa las sensaciones que vienen a ti al recordar, al mirar esa foto, quédate por unos segundos contemplando lo que viene a ti (dar un minuto). Déjalo fluir, déjalo estar, no hagas nada, abre la puerta a todo lo que venga al tener la imagen de _____ (describir nuevamente la escena) y de ti mismo allí. Nota lo que sientes ahora mismo con esos recuerdos, déjalo estar y no hagas nada por retener ni empujar; deja fluir todas las sensaciones que vienen aquí y ahora.

Las pausas se harán en otras partes del relato que el terapeuta considere necesarias; después de la primera vez, la intervención del terapeuta puede ser más breve si lo considera oportuno. Al terminar el ejercicio se realizan las preguntas para revisar la experiencia del paciente.

• **Revisión del estado actual**

Se revisará lo que el paciente ha estado trabajando en el tiempo posterior a la finalización del tratamiento, repasando los tópicos vistos en las sesiones y los avances y posibles dificultades que ha tenido en su vida en este periodo.

• **Los cuentos de la mente**

En esta sesión también se buscará reforzar la defusión cognitiva, la cual ya se había trabajado en sesiones anteriores. Para ello se le contará la siguiente metáfora al paciente:

Metáfora del cuentacuentos maestro

(Adaptado de Stoddard y Afari, 2014)

La mente humana es como el cuentacuentos más grande del mundo. Nunca se calla. Siempre tiene un historia que contar y, más que nada, solamente quiere que la escuchemos. Quiere nuestra completa atención y dirá lo que sea con tal de obtenerla, incluso si esto es doloroso, asqueroso o escalofriante. Algunas de las historias que nos dice son verdad. Nosotros llamamos a esto hechos. Las historias son más como opiniones, creencias, ideas, actitudes, suposiciones, juicios, predicciones, etc. Son historias sobre cómo vemos el mundo, lo que queremos hacer, si lo que pensamos es correcto e incorrecto o justo e injusto, etc. Una de las cosas que tú y yo queremos hacer aquí es aprender a reconocer cuándo una

historia es útil y cuándo no. Así que si estás dispuesto a hacer un ejercicio, me gustaría que cerraras tus ojos y no dijeras nada por unos 30 segundos, solamente escucha la historia que tu mente te está contando en este instante.

Es recomendable que el terapeuta proceda con cautela al utilizar la metáfora anterior, ya que se corre el riesgo de que el paciente crea que el terapeuta está trivializando o restando importancia a lo que él ha estado viviendo. Se le puede explicar algo como lo siguiente:

Terapeuta:

Con lo anterior no quiero decir que las historias de tu mente estén mal o bien, ni tampoco que debas ignorarlas. Existe una alternativa: puedes aprender a mirar hacia ellas en lugar de ver desde ellas. Cuando aprendes a ver los pensamientos como pensamientos, en el aquí y ahora, sabes aún cuál es su significado. Pero se consigue que desaparezca la ilusión de que aquello en lo que uno piensa se hace presente por el mero hecho de pensarlo.

CAPÍTULO 10

CONSIDERACIONES CLÍNICAS DEL TRATAMIENTO

• PACIENTES CON RIESGO SUICIDA

Aunque sólo una pequeña parte de las personas en duelo posterior a la muerte de su ser querido realmente consideran el suicidio como una opción (Szanto, Prigerson y Reynolds, 2001), en presencia de duelo complicado el riesgo se incrementa notablemente (Latham y Prigerson, 2004).

Estas ideaciones o intentos de suicidio pueden ser conceptualizados como expresiones de evitación experiencial, ya que buscan evitar el dolor psicológico. El primer objetivo del terapeuta, al abordar este tipo de casos, será llevar al paciente a abandonar las estrategias de evitación, aunque sea de forma temporal, de modo que pueda trabajarse con defusión y aceptación. En algunos casos, realizar cambios en el entorno puede tener un impacto importante en el nivel de estrés psicológico del paciente, pero cuando esto no es posible se debe promover la aceptación de los contenidos privados desagradables. La validación es fundamental en estos casos; el terapeuta puede explicar que este tipo de pensamientos son por completo entendibles entre quienes enfrentan situaciones tan dolorosas que parecen no tener escapatoria; sin embargo, que se presenten no implica que se deba actuar de acuerdo con ellos. Dado que el suicidio es sólo una forma más de escapar del dolor, lo que se intentará es llegar a un acuerdo con el paciente para buscar otras alternativas para resolver sus problemas (Zettle, 2014). El segundo objetivo del terapeuta será enfocarse en los valores del paciente, de modo que **continuar vivo** sea preferible porque le brinda la oportunidad de acercarse a lo que es importante para él, oportunidad que no tendría si decide suicidarse. Una forma de llegar a los valores del paciente sería preguntando:

Terapeuta:

Hasta ahora hemos identificado aquellas cosas por las que estás dispuesto a morir. ¿Qué sería aquello por lo que estás dispuesto a vivir? Preguntas de este tipo fomentan la validación respecto a las emociones y pensamientos actuales del paciente, pero a su vez estimulan escenarios en los que pueda orientar sus acciones hacia una vida que valga la pena vivir, ya que como está siendo conceptualizada en este momento no lo es.

• PACIENTES QUE NO HACEN TAREA

Uno de los obstáculos más comunes durante el proceso terapéutico ocurre cuando los pacientes no se comprometen con la realización de ejercicios y tareas en casa. Cuando esto pasa, el terapeuta debe examinar si la tarea implica afrontar experiencias privadas incómodas o indeseables que el paciente prefiere evitar, o bien, si no tiene claro aún cómo la tarea se relaciona con sus valores o con aquello que le importa. Si el no completar las tareas es una forma de evitación experiencial, por ejemplo, cuando el paciente tiene miedo al fracaso, es recomendable recurrir a una metáfora que propicie la disposición, como la “Metáfora del túnel” (véase anexo 5). En caso de que el paciente no tenga clara la forma en que se relaciona la tarea con sus valores, habría que revisar si tales valores están claros para él, si están al servicio de lo que cree que otros esperan de él o si los ha elegido por el reconocimiento o prestigio social, más que porque sean importantes para él. Otro aspecto importante a considerar es la posibilidad de que los cambios que las tareas implican para su vida sean muy grandes. Al momento de asignar las tareas se debe tener siempre en cuenta que mientras más sencillos sean los cambios más fácil será para el paciente realizarlos, lo cual también servirá como reforzador y propiciará que continúe emprendiendo cambios en su conducta.

• DUELO EN NIÑOS

En el caso del duelo en niños, uno de los aspectos fundamentales es la dinámica familiar, pues las reacciones que otros tengan ante la pérdida pueden agravar las de los pequeños o hacerlos más propensos a desarrollar complicaciones. En los niños se pueden presentar reacciones intensas después de la pérdida cuando no se les informa de los

acontecimientos o se les oculta la información, cuando el clima emocional es limitado o los padres no responden a sus necesidades (Lin, Sandler, Ayers, Wolchik y Luecken, 2004). Según Dyregrov y Dyregrov (2012), en el caso de los niños pequeños debe considerarse que dependen por completo de los adultos para entender tanto la información relacionada con la pérdida como la normalidad de sus propias reacciones; si no hay disponibilidad de algún adulto (p. ej., el padre o madre que está vivo) para hablar con libertad sobre lo ocurrido, se incrementa el riesgo de que el niño incurra en malinterpretaciones, por lo que se recomienda priorizar la atención y tratamiento de los adultos responsables de los niños para disminuir dicho riesgo.

Recientemente se ha comenzado a aplicar la terapia conductual contextual en niños; no obstante, hace falta investigación que arroje evidencia sobre su efectividad y la literatura disponible sobre el trabajo terapéutico en esta población aún es poca. Es importante destacar que las intervenciones descritas en este manual no fueron diseñadas para casos de duelo en niños.

Índice

| | |
|---|-----------|
| Prefacio | 8 |
| 1. Duelo y duelo complicado | 10 |
| Síntomas comunes presentes en el duelo | 10 |
| Modelos explicativos del duelo | 11 |
| Modelo de procesamiento dual del duelo | 12 |
| Características del tipo de muerte y su influencia en el manejo del duelo | 13 |
| Características sociales y culturales que influyen en el manejo del duelo | 13 |
| Duelo complicado | 14 |
| Evitación y duelo complicado | 15 |
| 2. Contextualismo funcional | 17 |
| Contextualismo funcional | 17 |
| Terapia de aceptación y compromiso (ACT) | 19 |
| 3. Trastorno de evitación experiencial | 22 |
| 4. Mindfulness, aceptación y flexibilidad psicológica | 25 |
| Aceptación | 25 |
| ¿Qué es el mindfulness? | 26 |
| ¿Qué es la flexibilidad psicológica? | 26 |
| 5. Evaluación y análisis funcional | 29 |
| Formato de entrevista inicial | 29 |
| Instrumentos psicométricos sugeridos | 30 |
| Análisis funcional como herramienta de evaluación | 31 |
| Conceptualización de caso | 33 |
| 6. Desesperanza creativa: buscando una nueva manera de convivir con su dolor | 35 |
| Desesperanza creativa | 35 |
| Primera sesión | 36 |
| Segunda sesión | 42 |
| Tarea 1. Ejercicio de mindfulness | 47 |
| Tarea 2. Traer una fotografía del fallecido | 47 |
| 7. Defusión cognitiva | 49 |
| Defusión cognitiva | 49 |
| Tercera sesión | 50 |

| | |
|---|----|
| 8. Valores y acción comprometida | 56 |
| ¿Qué son los valores? | 56 |
| Caminando en dirección a los valores: acción comprometida | 57 |
| Cuarta sesión | 58 |
| Quinta sesión | 63 |
| 9. Yo-como-contexto | 70 |
| Poder del yo en contexto | 70 |
| Sexta sesión | 71 |
| Septima sesión | 78 |
| Sesión de seguimiento 1 | 82 |
| 10. Consideraciones clínicas del tratamiento | 85 |
| Pacientes con riesgo suicida | 85 |
| Pacientes que no hacen tareas | 86 |
| Duelo en niños | 86 |