



*Facultad de Humanidades
Maestría en Psicología Clínica Cognitiva
Trabajo Final de Carrera*

“Terapia de Aceptación y Compromiso como posible tratamiento para padres de hijos con una Parálisis Braquial Obstétrica”

Universidad de Belgrano

Maria Victoria Weyermann

Matrícula N°: 620/2092

Director: Dr. Héctor Fernández Álvarez

Tutora: Dra. Edith Vega

Fecha: Julio 2020

Índice

Capítulo I: Presentación del tema y diseño de tesina	4
I. Introducción	4
I.1. Resumen	6
I.1.1 La Justificación del Tema y su Relación con el Campo de Investigación	7
I.1.2. Los Objetivos de la Tesina	7
I.1.3. El Diseño de la Tesina	7
Capítulo II: Parálisis braquial obstétrica (PBO).....	9
II.1. Concepto	9
II.2. Causas	9
II.3. Epidemiología	10
II.4. Consideraciones anatómicas	10
II.5. Tipos de lesión del plexo	11
II.6. Clasificación	11
II.7. Cuadro clínico	11
II.8. Pronóstico	12
II.9. Tratamiento	13
Capítulo III: La PBO y sus implicancias psicológicas	16
III.1. Familia y discapacidad	16
III.2. Testimonios y datos de padres con un hijo con P.B.O.	19
Capítulo IV: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)	32
IV.1. Fundamentos	32
IV.2. ACT: aceptar, comprometerse, tomar iniciativas	34
IV.3. El fundamento contextual funcional de la ACT	35
IV.4. El acontecimiento global: ACT-en-contexto	36
III.5. ACT y la teoría del marco relacional	39
Capítulo V: Modelo clínico de ACT	45
V.1. Premisas	45
V.2. Estrategias de intervención	47
V.3. Estructura del proceso terapéutico	49
V.4. Componentes	50
V.5. Modelo de sesiones para el abordaje clínico desde la ACT	55
Capítulo VI: Consideraciones generales de la ACT para el tratamiento de padres con hijos con una PBO	94
Conclusiones.....	96
Bibliografía.....	97

Agradecimientos

A Lean, Fran y Fede.

A los médicos que operaron a Lean a sus 3 meses de vida, realizándole una reconstrucción de plexo braquial, Dr. Mariano Socolovsky y Dra. Gilda Di Masi.

A los kinesiólogos, que fueron sostén al comienzo de este camino, Danilo Bataglia, Javier Grzic, Analia Scordamaglia y terapeuta ocupacional Mariela Wintecker.

A mi mamá, papá y hermano. A mi abuela Angélica y abuelo Julio (q.e.p.d.).

A Laura Vallejo, Paula Verettoni, Florencia Santa Maria, Sol Alonso y Luciana Juri, que pudieron hablarme.

A mis tías/os y primos.

A mi psicólogo, Lic. Matias Savarino.

A Diana, quien me escribió interminables mensajes de aliento, y tantas otras mamás...

A mi tutora, Dra. Edith Vega, por su rotundo apoyo y disposición.

Capítulo I: Presentación del tema y diseño de tesina

I. Introducción

Resulta de vital importancia que la familia cuyo hijo nace con una patología perinatal cuente con el apoyo y guía de parte de los profesionales al momento en que se les informa al respecto, así como ayudarlas a reconocer las mejores estrategias de afrontamiento que pueden usar para adaptarse a este nuevo escenario. En el ámbito de la atención temprana se conoce como “primera noticia” el momento en el que un profesional comunica a los padres que su hijo presenta una discapacidad, un trastorno o un retraso en el desarrollo (G.A.T., 2011). Los padres reciben la información sin poder evitar el dolor del impacto, lo que puede tener efectos negativos duraderos en el futuro de sus hijos si no son ayudados a asumirla y afrontarla. A partir de los testimonios recopilados de los padres con un hijo/a con una Parálisis Braquial Obstétrica (PBO), he podido constatar a través de los mismos que el conocimiento de la nueva realidad de sus hijos les ha afectado con fuerza e intensidad, convirtiéndose en uno de los momentos más dolorosos de sus vidas. Aunque resulta imposible predecir el proceso particular que viven los padres, se pueden identificar algunas situaciones que influyen de manera determinante en la forma en que se asume dicho acontecimiento, sin olvidar que la reacción varía de una familia a otra, de un padre a otro, de una madre a otra... Algunos de los factores que determinan la diferencia en el proceso de asimilación de la situación son las características psicológicas de los padres, los antecedentes personales, la manera en la que han enfrentado otras situaciones complejas y crisis en sus vidas, las expectativas sobre la maternidad y/o paternidad, las expectativas sobre el hijo esperado y durante el embarazo, la calidad de las relaciones en la estructura familiar, los apoyos con que cuenten, tanto en el ámbito familiar como social (Pozo et al., 2006), el momento y contexto vital por el cual atraviesan, la percepción que tengan de la discapacidad, el tipo y grado de discapacidad del niño, la apariencia, la evidencia física, los valores frente a la vida (King et al., 2006), el nivel sociocultural e incluso el sexo del niño.

La Psicoterapia Cognitiva Conductual y Psicoanálisis presentan reconocidas metodologías de trabajo de acuerdo a sus marcos específicos en el abordaje de la angustia, dolor, malestar, tristeza y sus distintas formas de manifestación. Lo cierto es que este término es muy amplio y particular al mismo tiempo para cada persona, por lo cual demanda un abordaje lo más específico posible y acorde a su contexto.

Tanto la psicoterapia temprana como el modelo indicado resultan de vital importancia cuando el tiempo es un factor crucial. Algunos enfoques y abordajes tradicionales pueden ser aceptables pero no los más atinados cuando los tiempos son muy cortos y puede incidir en decisiones en cuanto a realizar una intervención quirúrgica temprana y/o en el vínculo afectivo con el bebé recién nacido.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es un tipo de intervención psicológica orientada a la aceptación psicológica y a los valores personales que se ha desarrollado con un marco teórico y filosófico con fundamento en investigación básica y aplicada (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015; Wilson y Luciano, 2002).

ACT es un tipo de intervención que se encuadra dentro de las llamadas terapias de tercera generación, experienciales o contextuales (conocidas como “tercera ola” en Psicología Cognitiva Conductual). Es un modelo de intervención psicológica que se centra en la aceptación del problema y su malestar –aceptando que el dolor es parte inevitable de la vida– y lograr el compromiso significativo de la persona hacia sus valores.

Esta terapia se basa en uno de los aspectos esenciales del ser humano: sus valores personales, esto es, lo que es realmente importante o valioso para esa persona, sus objetivos vitales, su por qué o sentido de su vida. Según este enfoque, lograr comprometerse con los propios valores es condición imprescindible para poder dejar de evitar y hacer los cambios necesarios para alcanzar los objetivos en la vida. De esta forma, se establece que sólo así se conseguirá el bienestar y una vida significativa y plena para la persona.

La idea subyacente es que algunas personas presentan cierta rigidez psicológica, que se suele traducir en evitación experiencial de lo que piensan, sienten y/o hacen. La persona escapa o evita sus experiencias internas, lo que a largo plazo aumenta aún más su malestar, porque no se permite experimentarlo -evitar el sufrimiento es precisamente el problema, porque se crea un círculo vicioso: cuanto más se quiere que desaparezca, la paradoja de la mente humana es que más aún aparecerá-. Como consecuencia de esto, se produce también una falta de compromiso o de clarificación de los valores.

La Terapia de Aceptación y Compromiso apunta a trabajar en la flexibilidad psicológica del paciente, en entender que el control y la evitación activa del malestar (que actúa como solución a lo que le pasa) es precisamente el problema, dado que lo aleja de lo realmente importante y de lo que lo hace feliz, sus valores. Cuando dejamos de actuar en base a nuestros valores, eso nos provoca aún más malestar. Por lo tanto, necesitamos aceptar el malestar, dejarlo ser y actuar en base a nuestros valores, ampliar nuestras miradas, para poder vivir una vida con sentido.

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre la Terapia de Aceptación y Compromiso, que se desprende del paradigma cognitivo conductual, como posible tratamiento de gran efectividad para padres de hijos con una Parálisis Braquial Obstétrica, debido a las beneficiosas consideraciones específicas que plantea el mismo.

I.1. Resumen

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una de las terapias 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. 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 jugar a favor, como en contra, 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 beneficioso en cuanto a conocimiento y cuyo uso resulta extremadamente útil en cuanto que controla acciones efectivas, eficaces y propiciadoras de bienestar, y un lado más bien negativo ante el cual puede reaccionar de modo que resulte limitante.”

ACT, proporciona una base teórica para ayudar a los terapeutas que piensan adoptar nuevas formas de trabajar con el malestar ante situaciones traumáticas, ya que aborda aspectos que incluyen los problemas emocionales como ansiedad y tristeza, como también pensamientos sobre el pasado y el futuro, cambios prácticos y cambio de roles; el objetivo central es trabajar en la flexibilidad psicológica del paciente, en un marco que puede alentar la esperanza hacia el futuro. Desde la perspectiva de ACT, una reacción más adaptativa implica que el individuo reconozca lo sucedido, 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 el malestar está relacionado con una situación traumática se intenta ayudar al paciente para que haga contacto directo con la experiencia vivida, para que pueda distinguir que ésta y su mente son dos cosas por completo distintas, porque su mente quizá diga “no hablar de 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).

I.1.1 La Justificación del Tema y su Relación con el Campo de Investigación

En el presente trabajo resulta de interés tomar conocimiento sobre lo que es la Parálisis Braquial Obstétrica para poder asistir psicológicamente a aquellos recientes padres que se encuentran con esta lesión en el nacimiento de sus hijos y de la que no conocían, de la manera más respetuosa y eficaz posible. A su vez, considerar lo que la Terapia de Aceptación y Compromiso puede aportar para la ayuda de estos padres que se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad y confusión.

I.1.2. Los Objetivos de la Tesina

Esta investigación se enfoca en los siguientes objetivos:

Objetivos Generales:

I - Comprender la concepción contemporánea de la Parálisis Braquial Obstétrica, su correcta caracterización y diferenciación diagnóstica, para la elaboración de un plan de tratamiento interdisciplinario.

II – Dar a conocer sobre la Terapia de Aceptación y Compromiso como programa integral de tratamiento de gran efectividad para padres con hijos con una Parálisis Braquial Obstétrica.

Objetivos específicos:

I - Indagar en la Historia y evolución de la Terapia de Aceptación y Compromiso e interpretar adecuadamente la relación de las variables cognitivas, comportamentales y emocionales en dicho modelo para el tratamiento de padres con hijos con una P.B.O.

III - Desarrollar los principios básicos, de organización e instrumentación de la Terapia de Aceptación y Compromiso e interpretar adecuadamente su respectivo programa específico de aprendizaje en el abordaje de padres con hijos con una Parálisis Braquial Obstétrica.

I.1.3. El Diseño de la Tesina

Tomando como eje los objetivos (referencia punto I.1.2.) se prevé la realización de un análisis exploratorio de la bibliografía y de las diferentes fuentes recopiladas a los efectos de la presente. Primero se desarrollan las conceptualizaciones acerca de lo que es una Parálisis Braquial Obstétrica específicamente con las respectivas características y criterios diagnósticos; Las implicancias de la llegada de un hijo con una discapacidad y las vivencias y sentimientos

que refieren haber sentido los padres cuyos hijos sufrieron una Parálisis Braquial Obstétrica al momento del nacimiento.

Luego, se desarrolla la teorización y aspectos generales sobre la Terapia de Aceptación y Compromiso, sus incumbencias, los aportes del marco teórico del cual precede y las particularidades que plantea en relación al mismo: Sus principios básicos, etapas del tratamiento y funciones del programa; Sus novedosos aportes en cuanto a lo que es aceptación del problema y el malestar.

Una vez definida la Parálisis Braquial Obstétrica (PBO), sus implicancias y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), nos adentraremos en los aportes de la misma para el tratamiento de padres con hijos con PBO. El diseño de trabajo de la presente intenta enfatizar una reflexión enfocada en la importancia que desarrolla el modelo en la necesidad de la realización de nuevos aprendizajes que pueden llevar a cabo y utilizar los padres con hijos con una PBO para poder aceptar lo sucedido y poder alcanzar un mayor bienestar.

Por último, se cotejarán algunas generalizaciones sobre el modelo.

Capítulo II: Parálisis braquial obstétrica (PBO)

II.1. Concepto

La parálisis braquial obstétrica ocurre por una lesión mecánica del plexo braquial, que tiene lugar en el momento del nacimiento, como complicación del trabajo durante el parto. Variando su expresión clínica en dependencia de las raíces nerviosas que resulten lesionadas y de la extensión del traumatismo (Alfonso et al, 1998; 2004).

Este concepto incluye varios aspectos importantes (Rodríguez y Amigo, 2011):

1. Se produce un déficit sensitivo-motor, es una parálisis.
2. Se debe a una lesión mecánica: la tracción del plexo braquial.
3. Sólo se produce en el momento del parto, fuera de este contexto no se considera una PBO.
4. Pueden lesionarse desde una hasta la totalidad de las raíces del plexo braquial.
5. Las lesiones pueden ser desde parciales (neuropraxia) hasta totales (neurotmesis).

II.2. Causas

De manera general pueden agruparse en dos tipos: la traumática en el momento del parto y la producida intraútero (Clarke et al, 1996; Edwards et al, 2000). Las primeras relacionadas con los partos distócicos por mala presentación, fetos macrosómicos, partos instrumentados o como consecuencia de maniobras intempestivas durante el parto en las que se produce la distensión forzada del espacio entre la cabeza y el hombro al producirse tracción sobre la cabeza con el hombro enclavado en la sínfisis del pubis en la presentación cefálica, o por la tracción sobre el tronco y el cuello con la cabeza enclavada en la presentación pelviana. Las producidas intraútero se relacionan con bandas amnióticas o factores que lesionen el plexo, procesos infecciosos por virus neurotrópicos, isquémicos, mal posición intraútero.

Clásicamente se considera que la distocia de hombro y el macro feto son los factores que con más frecuencia se relacionan con el proceso 2, aunque se reportan casos de etiología no precisada. En resumen los factores contribuyentes son:

- Parto instrumentado (uso de fórceps o espátulas).
- Distocia de hombros.
- Parto prolongado.
- Contractura de los músculos pélvicos maternos.
- Relajación de los músculos del feto, debido al uso de anestesia profunda (explica la aparición de PBO en niños nacidos por cesáreas).
- Exceso de volumen del feto.

- Presentación pelviana, sobre todo en prematuros, donde no es tan importante el peso al nacer.

II.3. Epidemiología

- Incidencia: Tiende a disminuir en los últimos años, sobre todo por el empleo de mejores prácticas obstétricas (Allende y Gilbert, 2004).
- Presentación: La pelviana tiene 5 veces más riesgo de PBO (Becker et al, 2002).
- Es rara en niños que nacen sin ayuda artificial.
- Peso al nacer: Macrosómicos (superior a los 4 000 g) (Becker et al, 2002); en general, 1 000 g por encima de la media.
- Generalmente es unilateral, bilateral sólo en el 5 % de los casos (Alfonso et al, 2004; Berle et al, 2003; Camus et al 2005).
- Miembro afecto: El miembro superior derecho es el más afectado, producto de ser más frecuente la presentación occípito ilíaca izquierda anterior. La lateralidad de la lesión depende de la rotación de la cabeza a través del canal del parto (Alfonso et al, 2004).
- Tipo: El tipo de lesión varía según la presentación. El superior (C5-C6) es el más frecuente, en proporción de 4:1 (Alfonso et al, 2004; Becker et al, 2002; Clarke et al, 1996).

II.4. Consideraciones anatómicas

El plexo braquial es un conjunto de ramas nerviosas cervicales anteriores ventrales de C5-C6-C7-C8 y D1 que dan lugar a la mayoría de los nervios que controlan el movimiento en los miembros superiores, por lo que las lesiones del plexo braquial ocasionan pérdida de fuerza con afectación de la sensibilidad del miembro superior.

C5- inerva deltoides y romboides (abducción de hombro y flexión de codo) y la sensibilidad de la cara lateral del brazo.

C6- Bíceps braquial, braquial anterior, coracobraquial, flexión de codo, supinación de antebrazo, extensión de muñeca, y la sensibilidad de la cara lateral del antebrazo y 1ro y 2do dedos de la mano.

C7- Tríceps, ancóneo, extensores del antebrazo, extensión del codo y de los dedos, sensibilidad dedo medio.

C8- Flexión de los dedos, la sensibilidad de la cara medial del antebrazo y 4to y 5to dedos.

T1- Hinteros (juntar y separar los dedos).

II.5. Tipos de lesión del plexo

Pueden ocurrir diferentes alternativas:

- La ruptura de la raíz nerviosa.
- El arrancamiento de la raíz de su punto de origen en la médula espinal.
- La pérdida de la función, manteniéndose la integridad anatómica la llamada lesión en continuidad, que tiene una evolución más favorable.

II.6. Clasificación

Según la intensidad del daño:

- Neuropraxia: Consiste en el deslizamiento de la mielina sobre el axón, en los casos más severos, en una desmielinización segmentaria. El axoplasma, las células de Schwann y el tejido conectivo perineural quedan indemnes.
- Axonotmesis: Existe lesión axonal con desmielinización, permaneciendo intactos el tejido conectivo y las células de Schwann.
- Neurotmesis: Discontinuidad de axoplasma, mielina, células de Schwann y tejido conectivo perineural, no produciéndose nunca la regeneración espontánea.

Según los componentes del plexo braquial lesionado:

- Tipo brazo superior o Duchenne-Erb: lesión de C5-C6 y ocasionalmente de C7.
- Tipo brazo inferior o Dejerine-Klumpke: lesión de C8-T1.
- Tipo brazo total: lesión de C5-C6-C7-C8 y T1.

Según el nivel funcional de la lesión:

- Lesión preganglionar: aquella que se produce antes del ganglio dorsal: es una lesión intraespinal (Margareta et al, 2005; Moukoko et al, 1998).
- Lesión posganglionar: La que se produce distal al ganglio dorsal (Margareta et al, 2005; Moukoko et al, 1998).

II.7. Cuadro clínico

El grado de lesión es variable, rango que va desde las parálisis intrascendentes (sólo duran pocos días) hasta aquéllas causantes de incapacidad permanente; y por otra parte, desde la afección de una sola raíz hasta la lesión de la totalidad del plexo braquial (Evans Jones et al, 2003; Geutjens et al, 1996; Gellman et al, 1996; Gilbert, 1995).

Cuando examinamos al bebé en las primeras 72 horas de ocurrida la lesión, el miembro afectado se aprecia sin motilidad y sin la clásica respuesta al explorar reflejos como el moro,

asumiendo una postura característica como consecuencia de la parálisis muscular y la hipotonía, a los varios días del nacimiento pueden ser dolorosas las movilizaciones pasivas del brazo como consecuencia de la neuritis post traumática, y palpase una zona de tumefacción en la fosa infraclavicular (Rodríguez & Amigo, 2011).

No existen dos parálisis braquiales exactamente iguales, cuando se examina detenidamente al paciente se aprecia que existen elementos comunes, pero con una gran variedad de manifestaciones clínicas especialmente en el grado y distribución de la afectación motora.

II.8. Pronóstico

El pronóstico de estas lesiones varía desde la recuperación completa hasta la presencia de secuelas permanentes en los casos de lesiones severas e irreversibles del plexo (Papazian et al, 2000; Marcus et al, 2003).

El 80-90 % de los niños obtienen una función normal o cerca de la normalidad. Es importante diferenciar entre lesiones pre y post ganglionares. Las lesiones preganglionares tienen peor pronóstico.

La recuperación del bíceps braquial en los primeros seis meses es signo de buen pronóstico.

Aproximadamente entre un 10 % a un 20 % de los afectados presentarán secuelas invalidantes permanentes, que pueden dificultar su plena integración social. El inicio precoz del tratamiento rehabilitador y el empleo de las técnicas micro quirúrgicas en determinados casos mejoran considerablemente el pronóstico.

Entre los potenciales indicadores pronósticos más reconocidos están los siguientes:

- Naturaleza del daño (avulsión o ruptura).
- Extensión del daño (lesión del plexo superior, inferior o completo).
- Recuperación del daño temprana (< a 3 meses) clínica y EMG, buen pronóstico.
- Signo de Horner ipsilateral, fracturas asociadas, lesión nervio frénico, ensombrecen el pronóstico.
- Lesión preganglionar / postganglionar. Es peor la preganglionar.
- Buena calidad y sistematicidad en la realización del tratamiento fisioterapéutico, factor favorable a la recuperación

En caso de ser necesario, la calidad del tratamiento quirúrgico empleado, puede ayudar a la recuperación funcional.

Una recuperación completa será posible si la flexión del codo (bíceps) y la abducción del hombro (deltoides) se recuperan antes de los dos meses de edad. Si se recuperan más allá de

los cuatro/cinco meses la recuperación puede ser funcional, aunque en ocasiones sea incompleta.

Muchos autores recomiendan el tratamiento micro quirúrgico si no hay una función del bíceps y del deltoides desde los tres a seis meses de edad. Es altamente improbable que la reconstrucción quirúrgica de una lesión obstétrica del plexo braquial le permita al niño llegar a tener una extremidad absolutamente normal y simétrica con el lado ileso (Rodríguez & Amigo, 2011).

En muchos casos, sin embargo, una exitosa reparación inicial de los nervios, combinada con apropiados procedimientos reconstructivos del hombro, resulta en una extremidad que, aunque no sea perfecta, tiene un nivel funcional sumamente elevado y una activa gama de movimientos. Cuando se está en reposo, la extremidad parece ser completamente normal, sin discrepancia significativa de longitud con la otra.

Para la edad de dos a tres años el niño ya no va a tener una mejoría ni recuperación espontánea de la parálisis del plexo braquial. Todavía existe la posibilidad de poder hacerle cirugía reconstructiva secundaria.

II.9. Tratamiento

El manejo de la parálisis braquial obstétrica requiere de un equipo multidisciplinario integrado por pediatras, neurólogos, rehabilitadores, fisioterapeutas y cirujanos ortopédicos especializados en la microcirugía de la P.B.O.

Una vez diagnosticada la afección, se impone el inicio precoz del tratamiento conservador (Piat et al, 2005; Prince et al, 2000; Ramos et al, 2000). Su principal objetivo es mantener al máximo la integridad funcional del miembro, evitando complicaciones osteomioarticulares y contribuir a la recuperación funcional del plexo, de modo que al ir recuperando el plexo su actividad funcional se encuentra con un miembro funcional, y en caso de quedar lesiones permanentes facilita el éxito de los tratamientos quirúrgicos. El tratamiento quirúrgico se recomienda sólo en aquellos casos donde exista fracaso del tratamiento conservador.

- **Tratamiento postural:** Es importante educar a los padres en la protección del miembro superior afectado, especialmente en los primeros días, para ayudar a la recuperación del componente inflamatorio de la lesión, manteniendo el miembro superior en una postura correcta, evitando que quede comprimido por el cuerpo o asuma posturas anormales como resultado de la parálisis.
- **Movilizaciones pasivas:** De cada arco articular comprometido en la lesión en todos sus arcos de movimiento varias veces al día, lo que además de conservar la capacidad

funcional de la articulación constituye una fuente de estímulos propioceptivos importantes para la recuperación de la lesión del nervio.

- Los movimientos activos: Deben comenzar a partir de que se observen los primeros signos de reinervación, con el objetivo de conseguir la maduración funcional de las unidades motoras. Es difícil en el niño pequeño, pero se puede conseguir hacer trabajar uno o varios grupos musculares. Se debe trabajar la musculatura que lucha contra la actitud postural del miembro paralizado, generalmente la abducción del deltoides, la rotación externa del hombro, la flexión del codo, la extensión de la muñeca y del pulgar y la supinación del antebrazo.
- Masajes: Son muchos sus efectos sobre el miembro afectado, facilita la circulación y el suministro de nutrientes a los músculos paralizados, normaliza el tono, evitando contracturas, previene las atrofas y retracciones.
- Estimulación manual de puntos motores: Representa un medio no invasivo de estimular la recuperación de la contracción muscular, pues el estímulo manual sobre el punto motor es un facilitador de la contracción voluntaria.
- Férulas: Durante muchos años se empleaban en el recién nacido las férulas de hombro en abducción y rotación externa, pero más tarde se demostró que determinaban complicaciones como la contractura en abducción de hombro o la luxación posterior de la cabeza humeral. Hoy en día se emplean en el postoperatorio inmediato del tratamiento quirúrgico de la PBO.
- Nunca se emplean en el niño pequeño en el que la fisioterapia constituye el principal tratamiento, después de los 3 años se recomiendan las férulas dinámicas que permiten ganar extensión para el tratamiento de la limitación en flexión de codo.
- Estimulación eléctrica: Se debe emplear de forma racional, permite evitar la atrofia, mejorar la irrigación sanguínea y estimular la regeneración, la indicación del tipo e intensidad de la corriente se adapta a las características particulares de cada caso.
- El juego: Cualquier actividad con un sentido terapéutico, si se desarrolla como un juego, tiene un mayor impacto sobre la recuperación funcional, son muchos los juegos en el que el uso de la mano y del miembro superior es parte fundamental; emplearlos representa un aspecto esencial a desarrollar por la familia y el terapeuta. Especialmente útiles son aquellos juegos que requieren del uso de las dos manos que contribuyen a la integración cortical de los patrones de movimiento.

- La estimulación táctil: Empleando un cepillo de cerda fina, estimula los receptores situados en la piel y envía impulsos que recorren las vías ascendentes, contribuyendo a su reparación. Los aspectos sensitivos se deben trabajar con estimulaciones repetidas con materiales de distintas consistencias, temperaturas y formas.
- Actividades de la vida diaria: Se debe estimular al niño a participar en estas, especialmente en aquellas que imponen el desarrollo de habilidades manuales, vestirse solo, comer, bañarse son algunas de las más importantes.
- Actividades de terapia ocupacional: Modelar recortar, armar y desarmar, pintar tiene entre otras actividades un importante sentido terapéutico. También debemos proponer actividades que contribuyan a mejorar la percepción del esquema corporal.
- El deporte: Representa la posibilidad de realizar ejercicios con un indiscutible efecto terapéutico en un ambiente agradable y que al satisfacer al niño y realizarlo en un medio no restrictivo lo práctica de forma sistemática.
- Rehabilitación comunitaria mediante visitas a domicilio: Es muy importante, a partir de que el tratamiento tiene una larga duración, programar el seguimiento mediante la visita del fisioterapeuta a la casa del niño, espacio que se utiliza para evaluar el comportamiento evolutivo, y recomendar ejercicios de acuerdo a la evolución e insistiendo sobre todo en lograr la mayor independencia funcional a pesar de que existan secuelas permanentes.
- Tratamiento quirúrgico: La cirugía (Rust, 2000; Saleh et al, 1998; Stamate et al, 2005; Sherbum et al, 1997) se emplea en aquellos casos en los que el tratamiento conservador fracasa y quedan secuelas discapacitantes que tienen criterio de ser tratadas por este proceder. De forma general se pueden dividir en dos grandes grupos:
 - a. Microcirugía del plexo

Ha ido ganando en popularidad a medida que se han perfeccionado los procedimientos con el desarrollo de la microcirugía, se indica en caso de secuelas permanentes que no van a mejorar con el tratamiento conservador, el gran problema radica en poder definir precozmente los criterios de selección del candidato a este tipo de tratamiento (Shenaq et al, 2005; Smith et al, 2004; Sundholm et al, 1998; Sloof et al, 1997).

Resulta esencial disponer de un profesional experimentado en la técnica y los recursos necesarios para realizarla. Se emplean criterios de selección basados en la evolución clínica y los resultados de complementarios como la electromiografía.

Se plantea que después de estar sin inervación por más de un año el músculo no recupera la función normal a pesar del tratamiento, por lo que se recomienda su

empleo precoz en cuanto existan los elementos clínicos que la justifiquen, a partir de una valoración individual de cada caso, siempre después del cuarto mes de vida y nunca después del año.

Entre las técnicas empleadas tenemos: la neurólisis (para eliminar el tejido cicatrizal en aquellos casos con una buena conducción nerviosa a través del neuroma). Neurorrafias término terminal (cuando es posible unir sin tensión los extremos nerviosos), injertos nerviosos (indicados para restaurar la continuidad nerviosa), transferencia de nervios (consisten en reinervar empleando un nervio donante generalmente vecino) (Volpe, 1995; Waters et al, 1998; Waters, 1999; Waters, 2005).

b. Tratamiento quirúrgico de los problemas ortopédicos

Generalmente se recomiendan cuando las posibilidades de recuperación nerviosa son pocas, consisten en actuaciones sobre partes blandas (se realizan después de los dos años), y la cirugía sobre elementos óseos no se emplean hasta después de completado el crecimiento para evitar dañar el mismo. Tiene como objetivo reconstruir la biomecánica funcional del miembro reparando deformidades, restableciendo equilibrios musculares, entre las técnicas empleadas tenemos: transferencias musculares, tenodesis, osteotomías, artrodesis. Sus objetivos son restaurar el equilibrio muscular, liberar las contracturas y eliminar deformidades.

Capítulo III: La PBO y sus implicancias psicológicas

III.1. Familia y discapacidad

La llegada de un hijo es, en general, un acontecimiento familiar muy feliz. Las esperanzas e ilusiones son numerosas, ya que todos los padres desean que su bebé sea el mejor. Levin (2003) sostiene que un niño antes de nacer es, para los padres, una hipótesis, un proyecto, una promesa, es aquello que los padres imaginan, novelan, inventan, sueñan y escenifican a partir del ideal de cada uno. Hipótesis en tanto que los padres la construyen en un devenir temporal y el hijo, aún no nacido, representa una novedad. Proyecto, porque los progenitores construyen sus planes en función del nacimiento de este hijo y proyectándose en él. Cumple una promesa porque resignifica la historia de los padres y sus abuelos, siendo una esperanza de futuro y trascendencia.

Todo ello genera, en la fantasía de los padres, la existencia de un supuesto hijo "ideal". Ya durante la etapa del embarazo, los padres generan importantes expectativas sobre su futuro hijo, por ejemplo: ¿a quién se parecerá o qué querrá estudiar? de esta manera, todas las parejas se forman la imagen mental de un hijo "normal", y esto es sano, con altas capacidades

físicas y psíquicas, de acuerdo con ciertos valores sociales de índole positiva. Todos estos pensamientos sufren una drástica transformación cuando el niño sufre algún tipo de patología perinatal, añadiéndose a dicha etapa del ciclo vital familiar un estrés “extra” que los padres afrontan de distintas maneras, con mayor o menor éxito.

La familia es un conjunto de personas que se organizan por roles de padre, de madre, de hermanos, que pueden estar unidos por un vínculo consanguíneo o no, que poseen un modo de existencia social y económico comunes, y están aglutinados por sentimientos afectivos que los unen y los cohesionan.

La irrupción de un miembro con algún tipo de discapacidad en la familia provoca una serie de alteraciones en la dinámica de ésta, no sólo por lo inesperado e imprevisto del evento, sino por lo traumático que resulta para todos y cada uno de los integrantes de dicha familia, sobre todo a nivel emocional.

El nuevo escenario obligará a toda la familia a cambiar sus ritmos, sus itinerarios previstos, sus expectativas, sus desafíos, sus logros, sus ilusiones. De igual forma, cambia la rutina familiar, ya que desde ese momento se agrega una continua y profunda relación con diferentes médicos, especialistas, terapeutas, del campo de la salud que estudia y trata la discapacidad específica del hijo (García Núñez y Bustos Silva, 2015).

El camino que enfrenta una familia con un miembro discapacitado no es fácil, sino que la mayoría de las veces puede estar lleno de sinsabores, desesperanza, dolor e incertidumbre, pero a la vez es una oportunidad para lograr la integración, la inclusión y la rehabilitación.

La actitud con la que enfrente una familia el proceso de rehabilitación de un niño puede influir y determinar el devenir y evolución de una patología perinatal. La familia funciona como agente de salud ya que influye en los resultados del tratamiento y a su vez se verá afectada por ellos, de allí que el apoyo familiar se convierte en parte integral en el proceso de rehabilitación (Baider, 2003, Polaino-Lorente y Martínez, 2000, Rolland, 2000, Sluzki, 2002).

El impacto que produce conocer que su hijo tiene necesidades especiales que pueden ser evidentes, tanto en el momento del nacimiento como en el desarrollo posterior, les hace formarse una figura distorsionada en relación con la imagen ideal que se habían creado de él antes del nacimiento o durante su desarrollo (Guevara et al., 2001). Son muchos los autores que coinciden en afirmar que la vivencia de la discapacidad de un hijo puede producir en los padres sufrimiento emocional y desajuste psicológico (Erickson y Upshur, 1989; Yetter, 1992; Noojin y Walander, 1996; Weigner y Donders, 2000). El apabullamiento que sufren durante las primeras semanas deja paso a sentimientos de sobreprotección y rechazo.

Sentimientos ambivalentes que necesitan ser reconducidos (Gómez, 1999): Es en esa fase cuando más ayuda se precisa a fin de que el niño sea atendido desde los primeros días proporcionándole la seguridad y el cariño que necesita todo ser humano en los primeros meses de existencia y que serán decisivos en su evolución personal. La familia debe procurar que este contexto de seguridad se produzca ya que es el primer entorno natural de desarrollo vital del niño, el núcleo socializador por excelencia, donde los miembros que lo forman evolucionan a nivel afectivo, físico, intelectual y social; y lo harán en función de los modelos vivenciados e interiorizados (Gómez, 1999). La socialización en el núcleo familiar es el proceso a través del cual se adquieren los valores, las creencias, las normas y los comportamientos más adecuados para la integración social (Musitu y Cava, 2001; Paterna et al., 2003). Por ese motivo, las experiencias que adquieran en los primeros años, destacando los vínculos de apego, resultan esenciales para la vida del niño, dado que seguirán marcando los pensamientos, sentimientos y motivos de las relaciones a lo largo de toda su vida (Hrdy, 2005).

De acuerdo a la teoría del apego (Bowlby, 2009; Kimelman, 2003), el vínculo es el lazo afectivo primario y privilegiado que se establece en la interacción entre la madre y su recién nacido para garantizar la supervivencia y el desarrollo de las crías en todas las especies que gozan de una larga infancia. En los seres humanos, el tipo de vínculo es consecuencia de la interacción de variables psicológicas y ambientales; el proceso comienza mucho antes del nacimiento y se consolida hacia el final del primer año de vida. Esta interacción se define como el conjunto de fenómenos dinámicos, recíprocos e interdependientes que se desarrollan entre el sujeto y su medio, en este caso la madre (Kimelman, 2013). El vínculo tiene como propósito la búsqueda y mantenimiento de proximidad. La figura significativa de apego servirá como base segura para el niño, es decir, como un lugar de comodidad y afecto donde sentirse seguro cuando los niveles de angustia aumentan. A partir de la interacción con los padres, el niño va desarrollando representaciones mentales de sí mismo, de los otros y de la relación entre ambos. Experiencias positivas de apego dan cuenta de una confianza básica en otras personas y un sentido positivo de la propia valía. Por el contrario, experiencias negativas con las figuras de apego evidencian una desconfianza en las relaciones, confirmación de expectativas pesimistas y un sentido negativo de la propia valía (Lecannelier, 2009; Barudy, 2006).

Cuando el cuidador posee la sensibilidad para interpretar adecuadamente las señales de su hijo/a, respondiendo afectiva y conductualmente de manera apropiada y rápida, se establece una interacción armónica donde las competencias sensoriales e interactivas del hijo y las competencias maternas se acoplan sintónicamente. Este tipo de interacción tiene alta probabilidad de generar un vínculo seguro, el cual fue descrito a partir de las investigaciones de Ainsworth en 1970 (Lecannelier, 2009). Por el contrario, cuando las señales de un hijo/a no se perciben o interpretan adecuadamente, se establece una interacción disarmónica, configurándose un proceso de vinculación inadecuado con alta probabilidad de conducir a un trastorno vincular (Barudy & Marquebreucq, 2010).

Es fundamental la construcción adecuada del vínculo afectivo y social, y este se ve afectado por el dolor que produce la comunicación del diagnóstico. Los padres deberán resolver la discrepancia entre la imagen idealizada del niño y el niño real. Esa distancia entre la imagen idealizada y la realidad les lleva a vivir una experiencia de sufrimiento que a veces nunca llegan a elaborar (Limiñana et al., 2003). En muchas ocasiones el proceso de dolor es ignorado por los profesionales y por ellos mismos, lo que les lleva a experimentar un profundo sentimiento de enojo o ira (Harris, 2001). Todos estos sentimientos dificultan la comprensión de los padres de la situación a la que se enfrentan en toda su complejidad, ya que la reacción natural surge como una defensa ante el sufrimiento psicológico; esta no acción actúa como un analgésico natural que, aunque temporal, permite que la estructura psíquica elabore el sistema defensivo idóneo. Siempre sin obviar que cada familia es única e irrepetible y, por tanto, los procesos de adaptación y sus necesidades se presentarán de manera diferente (Núñez, 2003; Cunningham, 2000). Esta “primera noticia” tiene, así, efectos emocionales y cognitivos profundos, y abre un periodo de cambios, un tránsito que plantea retos y riesgos de gran complejidad en el orden afectivo, educativo, laboral y económico. Por lo tanto, es comprensible que los padres tengan una visión muy limitada de su situación, que permanezcan aturdidos y que esto incida en cómo manejan la información que el equipo de profesionales que atiende a su hijo/a les proporciona. Por todo esto, resulta imprescindible dotar al equipo de profesionales de la formación necesaria para que puedan ayudar a los padres a entender aquello que precisan entender y a ir avanzando en la superación de la situación y la activación de mecanismos que los hagan más competentes ante este escenario. Las familias sostienen que, tras el diagnóstico, utilizan diferentes mecanismos de afrontamiento, generando reacciones emocionales que afectan a sus relaciones matrimoniales, a su relación con el niño y con el resto de hijos o la familia extensa e incluso con su entorno social y laboral, de manera que toda esta situación acaba influyendo, a su vez, en el funcionamiento psicosocial posterior.

III.2. Testimonios y datos de padres con un hijo con P.B.O.

❖ Relato de una mamá con un nene de 2 años con PBO

Algo tan increíble y hermoso de repente se vio empañado. Ni bien nació mi bebé, el médico algo me advirtió sobre lo sucedido y sólo recuerdo que me dijo que tendríamos mucho laburo por delante. En el quirófano al terminar de parir y sin saber sobre PBO, no tomé dimensión... Pero al día siguiente se me cayó el mundo a pedazos. Mi bebé tenía “un brazo de trapo” como aparece metaforizado en revistas. Me recuerdo en shock. Mi embarazo sin problema, sólo quería apretar el botón de rebobinado del parto, no podía asimilarlo, no entendía nada... Y había que esperar... En principio una semana.

Los días eran demasiado largos y la angustia desbordante. No podía conectar con nada ni nadie... Me quería morir.

Con el pasar de esa semana, la evolución de mi bebe no fue favorable. Ni con el transcurrir de los días...

Entré a un grupo en Facebook de padres con hijos con una PBO y me llené de información... Acudí a una psicóloga que me recomendó alguien del mismo equipo médico de mi bebé pero sólo me sirvió a los efectos catárticos. Tuve que explicarle lo que estaba viviendo, lo que era una parálisis braquial obstétrica y no me sentí comprendida, ni tenía ganas de andar explicando tampoco. Me abordó desde las etapas del duelo... Y no volví a ir.

Mi hijo requirió intervención quirúrgica a sus 3 meses de vida. Previo a eso, análisis de sangre y una mieloresonancia. Cada paso fue muy difícil, solitario, angustiante.

Sentí que lo que viví no entraba, no estaba desarrollado en ningún manual.

Reviviendo los hechos, no sé cómo hice. Me acuerdo que muchas veces la sensación que tenía era que no podía pararme, que no podía seguir, pero me paraba igual.

Porque no había tiempo para parar... Y nos indicaron operar, a sus 3 meses, que resultaba un tiempo crucial para la misma.

La operación tardó 8 horas. No tengo palabras para poner en palabras eso. Y no me olvido hasta hoy la cara del médico, los ojos transparentes, contando luego de la misma lo impresionante de la gravedad de su lesión.

El pronóstico de mi nene no es de una recuperación total, pero no nos condicionamos al mismo... Sabemos que el recorrido es largo, que vendrán otras operaciones... No es fácil... Pero vivimos un día a la vez.

Todos en casa recibimos ayuda psicológica.

Me doy cuenta que nos abrimos camino cuando trabajamos en la aceptación de lo sucedido y valoramos que nuestro hijo está bien... Qué es un nene feliz.

❖ Información recopilada a través de una encuesta realizada de manera anónima a 100 madres/padres con un hijo/a con PBO

Pregunta 1: ¿Cómo recordas haberte sentido el primer momento en que supiste lo que le pasó a tu bebe?

- "Triste y angustiada, preocupada por cómo sería su infancia." 11/2/2019 1:42 PM
- "Desconcertada, con poca información y cuando me la dieron fueron el pediatra y el fisioterapeuta y me explicaron que no se podía saber bien nada hasta los 3 meses." 4/29/2020 8:24 PM
- "Muy mal, angustiada y tristeza." 4/29/2020 7:38 PM
- "Triste." 11/15/2019 7:27 AM
- "Perdida, confundida, con mucha bronca y al mismo tiempo dolor." 11/12/2019 11:01 PM
- "Se me vino el mundo encima y no podía pensar en nada sólo en cómo ayudar a mi beba y muy triste." 11/12/2019 8:32 PM
- "Mal. Muy mal." 11/12/2019 11:45 AM
- "Desahuciada. Por suerte estaba con mi esposo y no nos centramos en lo que dijo el doctor (que el brazo de mi bebé sería un muñón) sino que desde la misma incubadora comenzamos a dar movilidad en forma pasiva al bebé." 11/11/2019 7:38 PM
- "Triste, enojada, desorientada, no había escuchado hablar nunca de PBO." 11/11/2019 7:03 PM
- "Totalmente devastada, un balde de agua fría... Aún me cuesta recuperarme y aceptar lo que pasó." 11/10/2019 6:58 PM
- "Amargura x la beba. Porque la habían lastimado y no sabíamos si recuperaría su brazo." 11/10/2019 12:18 PM
- "Mal... Impotencia. Lloré muchísimo. Pensé lo peor, pensé en el futuro de mi hija, cuando sea adolescente. Ahora todo cambió, ella tiene 7 años y con la ayuda de la fisioterapia y kinesiología, ella está muy bien, maneja super bien su brazo, con algunas dificultades pero ella tiene una vida normal como cualquier otro niño de su edad. Soy de Tucumán, Argentina." 11/10/2019 12:01 PM
- "Impotencia al ver lo que tenía!" 11/10/2019 11:48 AM
- "Desvastada." 11/10/2019 11:05 AM
- "Muy triste, con miedo y no entendía nada." 11/9/2019 8:59 PM
- "Ignorante." 11/9/2019 4:57 AM
- "El primer momento no entendía la gravedad que podía tener el asunto. Fue después de un día cuando me puse a ver en Internet y entendí la gravedad. Fue allí que entré

en shock, no entendía, tuve que pedir ayuda al psicólogo en el hospital. Lloré un montón y sentí mucho rechazo hacia los médicos que no supieron que debí hacerme una cesárea porque mi hijo nació de 4 kilos." 11/8/2019 5:22 AM

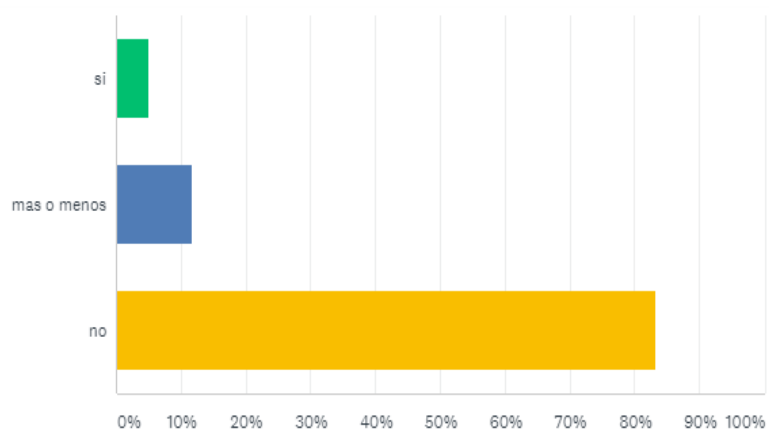
- "Devastada." 11/7/2019 6:30 PM
- "Confundida de cómo había pasado." 11/6/2019 9:20 PM
- "Hola que tal. Tengo hermano con PBO , mi mamá cuando se enteró se echaba la culpa, decía que ella hizo mal el trabajo de parto. Es algo que ahora entendés que mi hermana tenía que nacer por cesárea. Fue un momento difícil, pero lo supo llevar y tratar de hacer el trabajo necesario para poder sobrellevarlo." 11/6/2019 7:35 PM
- "Angustia y sentir que no podía estar pasándole eso a él." 11/6/2019 12:44 PM
- "Triste y con mucha bronca." 11/6/2019 9:43 AM
- "Cuando me dijeron que no movería nunca su brazo, sentí que el mundo se me cayó. Luego del diagnostic, mis oídos se cerraron." 11/6/2019 9:42 AM
- "No me dijeron realmente lo que le hicieron. Sólo me dijeron que no me preocupara que eso era del parto, que se pondría bien." 11/5/2019 6:56 PM
- "Muy mal." 11/5/2019 2:21 PM
- "Muy mal." 11/4/2019 7:50 PM
- "Desesperado, no sabía qué hacer y lo peor que nadie daba respuestas a lo que le pasó a mí gordo." 11/4/2019 4:35 PM
- "Destrozada, hundida y mala madre." 11/4/2019 12:23 PM
- "En un primer momento no reaccioné. Pensé que era algo pasajero." 11/4/2019 9:09 AM
- "Desesperada con mucho dolor, con mucha bronca, tristeza, con mucha pero mucha culpa." 11/4/2019 5:08 AM
- "Mi cabeza se vino abajo, rabia, tristeza." 11/4/2019 4:41 AM
- "Totalmente desconcertada y muy culpable ya que mucho tiempo después me di cuenta que no fue provocada por mí la lesión en el plexo braquial." 11/4/2019 2:34 AM
- "Destrozada. Pensaba que era una pesadilla. Me parecía tan injusto. Pero sobre todo con mucha rabia hacia los que asistieron el parto." 11/3/2019 9:35 PM
- "Confundida, no sabía ni entendía lo que es una PBO." 11/3/2019 7:30 PM
- "Preocupado, no tenía idea de que era. No nos dijeron la dimensión real del problema." 11/3/2019 2:30 PM
- "Se nos vino el mundo encima." 11/3/2019 1:25 PM
- "Frustrada, qué había hecho mal. Por qué a mí? Sola y con gran desconocimiento sobre la gravedad y la patología." 11/3/2019 10:40 AM
- "Incredulidad." 11/3/2019 10:15 AM
- "Muy mal, perdida, no sabía nada sobre PBO, lo único que hacía era llorar." 11/3/2019 10:01 AM

- "Muy angustiada." 11/3/2019 10:01 AM
- "Cuando nació no me dijeron nada, me enteré bien a los 3 meses cuando me explicó un traumatólogo y ahí llantos y llantos." 11/3/2019 9:47 AM
- "Triste, asustada y sin información." 11/3/2019 9:40 AM
- "Desolada, no conocía esa condición, no me explicaron casi nada en la clínica, deberían informar mejor al momento del nacimiento. Me sentí sola, mal y sin información." 11/3/2019 9:10 AM
- "Bronca e impotencia." 11/3/2019 8:49 AM
- "Mal." 11/3/2019 8:40 AM
- "Asustada, perdida, mal informada." 11/3/2019 8:25 AM
- "Se me vino el mundo encima, destrozada." 11/3/2019 6:49 AM
- "Terrible, sentimientos encontrados enojo, angustia y al mismo tiempo agradecí a a Dios porque estaba vivo." 11/3/2019 6:44 AM
- "Frustrada y enfadada." 11/3/2019 6:06 AM
- "Totalmente confundida! Pero los médicos le restaban importancia y decían q en 15 días movería el brazo." 11/3/2019 5:34 AM
- "Muy mal, frustrada, enfadada, acojonada." 11/3/2019 5:05 AM
- "Perdida." 11/3/2019 5:01 AM
- "Mal muy mal, fatal." 11/3/2019 4:28 AM
- "Terror." 11/3/2019 4:09 AM
- "Me sentí muy mal y hasta el día de hoy me pregunto por qué nos tuvo que pasar esto. Es difícil." 11/3/2019 12:25 AM
- "Muy mal, no podía entender qué era lo q me estaba pasando a mí y a mi beba. Estuve meses tratando de digerir cada vez que veía a mi niña con su brazo sin poder moverlo, lloraba y pensaba que era un sueño del que quería despertar. Lloraba cada vez que teníamos que ir de un especialista a otro haciendo consultas." 11/2/2019 11:26 PM
- "Desconsolada, no sabía lo que estaba pasando, nadie me decía nada y me sentía culpable porque mi bebé no movía su bracito. Me sentía mal, triste, con ganas de llorar." 11/2/2019 11:09 PM
- "Asustada, confundida, triste muy triste." 11/2/2019 9:55 PM
- "Derrumbada. Tenía miles de preguntas y miedos." 11/2/2019 9:41 PM
- "Frustrada." 11/2/2019 8:36 PM
- "Muy triste." 11/2/2019 6:48 PM
- "Triste y culpable." 11/2/2019 6:47 PM
- "Lloré mucho... Triste." 11/2/2019 6:12 PM
- "Confundida por no conocer que era p.b.o. y profundo dolor al saber que era para toda la vida." 11/2/2019 6:05 PM
- "Uno de los peores momentos de mi vida." 11/2/2019 5:45 PM

- "Mal." 11/2/2019 5:41 PM
- "Desconcertada. Sin saber por dónde empezar... Tuve que leer muchísimo para entender de qué se trataba. Angustiada. Todo lo hermoso de esperar que fuese todo bien se borró de un plumazo. Miedo a pensar como sería el desarrollo de mi hija con esta lesión." 11/2/2019 5:27
- "Culpable." 11/2/2019 5:08 PM
- "Con miedo, no sabía qué pasaba y cuando lo supe fue igual o más desesperante que el comienzo." 11/2/2019 5:02 PM
- "Tengo dos hijas con PBO, con la primera fue como que no sabía nada y ya con la segunda odio, bronca impotencia." 11/2/2019 4:54 PM
- "En shock, destrozada." 11/2/2019 4:54 PM
- "Tristeza, lloré mucho, me negué y luego lo enfrenté." 11/2/2019 4:43 PM
- "Me sentía mal y culpable." 11/2/2019 4:28 PM
- "Contrariada." 11/2/2019 4:26 PM
- "Sentí que la vida se me iba." 11/2/2019 4:22 PM
- "Cuando lo supe se la llevaron porque tenía distrés respiratorio consecuencia de sufrimiento fetal, por ello PBO en mi caso pasó a segundo lugar. 11/2/2019 4:14 PM
- "Triste, sola, sin información." 11/2/2019 4:03 PM
- "Muy triste, dije por qué a él." 11/2/2019 3:32 PM
- "Cuando me lo dijeron pensé que era una situación que se le quitaba con un poco de ejercicios y ya. Nunca pensé que sería tan grave." 11/2/2019 3:23 PM
- "Culpable, desorientada". 11/2/2019 3:18 PM
- "Mal, porque desconocía sobre PBO y a la semana del nacimiento me lo dijeron. Desde ese momento empecé a informarme con Internet y siempre buscando cómo ayudar a mi hijo a mejorar." 11/2/2019 3:17 PM
- "Mal porque sabíamos que era una lesión grave que es para toda la vida." 11/2/2019 3:11
- "Me quería morir." 11/2/2019 3:07 PM
- "Mucho coraje, recuerdo que llegué a maldecir a los doctores que me atendieron." 11/2/2019 3:03 PM
- "Totalmente incrédula." 11/2/2019 2:53 PM
- "Impotente y enfadada." 11/2/2019 2:45 PM
- "Me sentí mal." 11/2/2019 2:39 PM
- "Desconcertada, en shock." 11/2/2019 2:33 PM
- Miedo." 11/2/2019 2:25 PM
- "Terrible, mucha bronca y me sentí muy culpable de lo que le pasó a mi hija." 11/2/2019 2:15 PM
- "Angustia desgarradora." 11/2/2019 2:00 PM

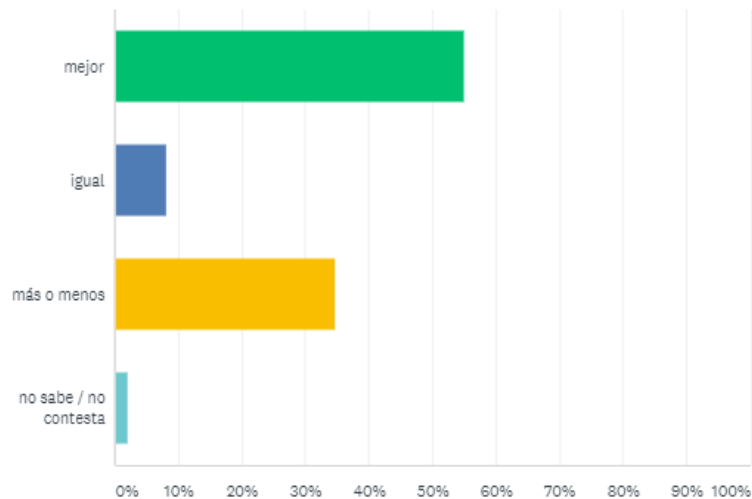
- "Desesperada, enojada, desconcertada y triste." 11/2/2019 1:58 PM
- "No entendí lo que decían, la palabra parálisis me asustó." 11/2/2019 1:53 PM
- " Culpable de no haber sido lo suficientemente fuerte." 11/2/2019 1:48 PM
- "Con un nudo en el estómago y mucha ira." 11/2/2019 1:48 PM
- "Miedo y preocupada, con ganas de llorar." 11/2/2019 1:46 PM

PREGUNTA 2: En caso de haber recibido ayuda psicológica, ¿te resultó adecuada?



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS
si	5.00% 3
mas o menos	11.67% 7
no	83.33% 50
TOTAL	60

PREGUNTA 3: ¿Cómo te sentís al día de hoy?



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS
mejor	55.10% 54
igual	8.16% 8
más o menos	34.69% 34
no sabe / no contesta	2.04% 2
TOTAL	98

PREGUNTA 4: Si tu respuesta fue que te sentís mejor, ¿qué podrías decir que fue lo que te ayudó?

- "Acepté lo que nos pasó a mi hijo y a mí. Focalicé mi energía e invertí todo eso para que mi hijo tenga la mejor recuperación posible. Lo más importante para mí es verlo feliz y eso se logra sólo si los padres estamos bien. Es muy válido sentirse mal y triste pero eso no les va llevar a ningún lado. Mente positiva y mucha fé en que todo mejorará." 4/29/2020 7:38 PM
- "Verla a ella recuperarse día a día." 15/11/2019 7:27 AM
- "Las personas que me ayudaron, la kinesióloga, Flavia Aldana Río, una excelente persona y la fe en Dios y mis fuerzas para seguir y no bajar los brazos por mi beba." 11/12/2019 8:32 PM
- "La buena recuperación que tiene su brazo." 11/11/2019 7:38 PM
- "Buscar por nuestros medios consultas con neurólogo infantil. Y que nos digan si puede recuperar su brazo hasta un 90 %, y la kinesióloga que nos ayudó a que mueva su brazo casi del todo." 11/10/2019 12:18 PM
- Ayudó ver mejor a mi hija, como dije anteriormente, la fisio y la kine mejoraron su vida. También hace ballet y eso la ayudó muchísimo. Nuestra familia que siempre estuvieron

para apoyarnos en todo momento, no nos dejaron solos en especial a mi bella hija.
11/10/2019 12:01 PM

- "El darme cuenta que lamentablemente no dependía de mí lo que le pasó! Siempre busqué lo mejor para él y la ayuda de amigos y familiares es muy importante."
11/10/2019 11:48 AM
- "Ver su progreso las posibilidades de recuperación." 10/11/2019 11:05 AM
- "Ver a mi hijo crecer y ser feliz me hace sentir bien. Pero siempre se me viene a la cabeza cuando sea grande qué sentirá." 11/9/2019 8:59 PM
- "Mi interés en investigar sobre lo que tiene mi hijo me hace sentirme más útil."
11/9/2019 4:57 AM
- "Al parecer es una lesión no muy grave. Y tengo la esperanza de que mi hijo se va a recuperar." 11/11/2019 5:22 AM
- "Porque operaron a mi bebe y resulto que solo tenía el nervio distendido. No cortado como parecía. Y se ha ido recuperando muy bien." 11/7/2019 6:30 PM
- "Ver que mi hijo no se deja afligir por la lesión, ya a sus 5 años es un niño que se muestra seguro de sí . Creo que en algún punto decidí que aparte de las terapias físicas debíamos enfocarnos más en fortalecer su autoestima porque finalmente la lesión está ahí en mayor o menor grado." 11/6/2019 9:20 PM
- "Ella hasta el día de hoy va a terapia ocupacional, se egresó de maestra jardinera y está estudiando para fonoaudiología. Ante todo lo malo, lo lleva con mucho orgullo y por momentos tiene su bajón, pero sabe que estamos con ella para que pueda salir adelante. De chica lo sufrió porque la molestaban en la escuela por este motivo. Pero es una chica alegre, positiva y con ganas de siempre dar lo mejor de ella. 11/6/2019 7:35 PM
- "Empezar a ver la situación desde otra perspectiva... Asimilarla y que fluya... Mi hijo es un bebé súper feliz y la PBO no lo determina como persona. 11/6/2019 12:44 PM
- "La aceptación, y reconocer que a todos nos puede pasar. Y la resiliencia en este caso, es un trabajo de todos los días." 11/6/2019 9:43 AM
- "Mi hija tiene 10 años, hay momentos que se vuelve un bajón lo que le provocaron. Pero verla grande y feliz me da la fuerza para seguir." 11/6/2019 9:42 AM
- "Puse más o menos. Igual, me ayuda día a día ver pequeños avances en mi hija y obviamente NO pensar en cómo va a ser más adelante porque especular sobre eso es muy doloroso." 11/5/2019 2:21 PM
- "Juntar fuerzas con mi esposa, estar unidos, ser optimista y Dios, él nos ayudó mucho."
11/4/2019 4:35 PM
- "Hablar con otras mamás y confiar mucho en el especialista." 11/4/2019 12:23 PM
- "Fui al psicólogo 15 días después del parto porque me angustié muchísimo. Lo que me hizo sentir mejor fue que la beba empiece kinesiología y se vean las mejoras."
11/11/2019 9:09 AM

- "Tener paciencia y esperanza. Ver cómo mi hijo de a poco empezó a recuperarse e ir encontrando familias con niños igual que mi hijo que salían adelante ya sea en Facebook y las terapias." 11/4/2019 5:08 AM
- "Ver la mejoría de mi hijo." 11/4/2019 2:34 AM
- "Mi salvación fue ir a una psicóloga privada y tener a mi segundo y tercer hijos sanos, sin PBO." 11/3/2019 7:30 PM
- "Que mejoró, ya pasaron 2 años de que la operamos y mejoró mucho." 11/3/2019 2:30 PM
- "Ayudó buscar a un especialista en plexo braquial en nuestro caso, el Dr. Muset (Barcelona) (somos de Málaga). No nos es fácil el seguimiento y operaciones ya que nuestra hija también tiene una lesión de las graves, una PBO TOTAL, seguir paso a paso con constancia y sacrificio, gracias a eso las mejoras se ven y nos da mucha esperanza." 11/3/2019 1:25 PM
- "Ver que mi bebe progrese." 11/3/2019 10:15 AM
- "Fui investigando cómo ayudarla, procurar que mi hija sea feliz e independiente, pero en algunos casos no puede y ahí empieza mi dolor, mi rabia." 11/3/2019 10:01 AM
- "Encontrar apoyo en otras familias que pasaban por lo mismo y obvio mi familia." 11/3/2019 10:01 AM
- "Ya han pasado muchos años desde ese momento. Mi hija tiene 21 y nada le impide hacer una vida normal." 11/3/2019 9:40 AM
- "Busqué por Internet, me vi miles de videos de médicos, conferencias de médicos, leí cada página que existía, por suerte a los 7 días de nacido pudo iniciar la estimulación y hoy está perfecto, su lesión fue en c5 y c6 y con horas y horas de ejercicios lo recuperó." 11/3/2019 9:10 AM
- "Nada." 11/3/2019 8:49 AM
- "En mi caso la recuperación progresiva de mi niño." 11/3/2019 8:25 AM
- "La evolución del pequeño, para mí todo este mundo era desconocido, no sabía qué evolución iba a tener y estaba en una incertidumbre continua que era lo que psicológicamente me machacaba. A día de hoy, lo he aceptado, y lo llevo mejor... Aunque sigo preocupada por el futuro. Gracias y espero haberte podido ayudar. Ánimo." 11/3/2019 6:49 AM
- "No recibí, hubiera sido más llevadero, no tendría ataques de ansiedad hasta ahora." 11/3/2019 6:44 AM
- "Ver a mi hija mover el brazo, e integrarse a la vida diaria." 11/3/2019 6:06 AM
- "Encontrar un grupo de mamás con la misma situación que me ayudaron a encauzar el asunto y buscar las terapias necesarias." 11/3/2019 5:34 AM
- "Ver cómo cada día mi hija ha ido avanzando, y de ser una lesión muy grave, tiene un brazo mano totalmente funcional." 11/3/2019 5:05 AM

- "Que la lesión va mejorando y también aprendes a asimilar las limitaciones (mi hijo ya tiene 9 años)." 11/3/2019 5:01 AM
- "Más o menos, porque no perdono y porque ha recuperado gracias a la cirugía y terapias." 11/3/2019 4:28 AM
- "Sólo sé que tengo que seguir adelante. Por mi hijo." 11/3/2019 12:25 AM
- "Mi esposo me ayudó a sobreponerme de la depresión, mi familia que en todo momento está conmigo y también mi fuerza interior, soy psicóloga se podría decir que todo el conocimiento que tengo lo traté de aplicar para mi recuperación también, ver los progresos con la terapia día a día de mi hija." 11/2/2019 11:09 PM
- "Me conformo con que está viva y que ha sabido llevar su discapacidad (ella tiene 18 años)." 11/2/2019 9:55 PM
- "Las fisioterapeutas." 11/2/2019 8:36 PM
- "DIOS." 11/2/2019 7:11 PM
- "El tiempo y ver que hace casi todo solo con 14 años." 11/2/2019 6:54 PM
- "Ver que mi hija es feliz a pesar de su PBO." 11/2/2019 6:48 PM
- "Hablar del tema con todo el mundo. No ocultarlo y normalizarlo. Mi bebé es así, tiene una PBO, solo puedo ayudarle a mejorar. No sirve de nada llorar, eso no le ayuda absolutamente en nada, hay que seguir para adelante." 11/2/2019 6:47 PM
- "Ver a mi hija superarse día a día." 11/2/2019 6:12 PM
- "Aceptar la discapacidad de mi hijo y dejar de pedir un milagro divino. Aceptar que mi hijo primero es una persona que puede vivir como cualquier niño y después que tiene una discapacidad permanente pero que no es impedimento para que sea feliz." 11/2/2019 6:05 PM
- "Ver la evolución y recuperación de mi hijo." 11/2/2019 5:45 PM
- "El tiempo." 11/2/2019 5:37 PM
- "Me ayudó mucho mientras fue creciendo mi hija y recuperando movilidad. Ella tiene una PBO leve... Empezamos con kinesiología a los trece días de su nacimiento... Para mí fue muy importante el acompañamiento de sus kinesiólogas. Siempre diciéndome la verdad de lo que podía ser todo y las secuelas que van a estar más o menos según el caso. Sé que mi hija no va a tener la misma funcionalidad en un brazo que en el otro, menos fuerza, menos rotación, pero lo importante es que siempre estamos atentas a que trabaje ese bracito lo más que pueda... Mi hija y todos en la familia y su entorno lo toman con total naturalidad porque no hay cosa que no la intente, y si no sale se la ayuda un poco. Yo jamás quise estigmatizar el tema de la PBO de mi hija. Ella es tan independiente, tan fuerte y valiente que todo lo intenta hasta lograrlo. Es líder en el cole. Pero tiene que ver con la forma en que se la trató siempre en mi casa. Sin diferencias con sus hermanas. Cuando duerme le hablo mucho a ella y a mis otras dos hijas que tienen 22 y 9 años. Y Mora que tiene PBO tiene 7 años. Es muy alegre, graciosa y también saca de quicio un poco jaja porque pelea bastante con las

hermanas. Todavía tenemos un camino largo por seguir recorriendo cuando sea adolescente... Pero tengo confianza de que acompañándola como hasta ahora todo va a ser más fácil." 11/2/2019 5:27 PM

- "Ayudar a otros padres que están pasando por lo mismo." 11/2/2019 5:08 PM
- "Ver el proceso de recuperación de mi bebé, quise recibir apoyo por una psicóloga: le comenté cómo me sentía, lo sola que me sentía, que no podía estar tranquila a diferencia de mi esposo, y sólo atinó a decir que así son los hombres. Me apoyé en el grupo de Facebook de mi hijo tiene PBO y en la recuperación de mi bebe que viene siendo satisfactoria." 11/2/2019 5:02 PM
- "Crear en ella." 11/2/2019 4:54 PM
- "Enfrentarlo, fe en Dios, amor por mi hija." 11/2/2019 4:43 PM
- "Me ayudó mi psicóloga, a la que acudí después, cuando el niño tenía un año." 11/2/2019 4:26 PM
- "El hecho de saber que existen casos peores me tranquilizó." 11/2/2019 4:22 PM
- "Asumir la realidad de la lesión." 11/2/2019 4:14 PM
- "El día a día, ayudando a mi bebe, yendo a terapia de kinesiología, a estimulación, hacerle sus resonancias y ver las ganas de crecer y avanzar que le pone, lo es todo." 11/2/2019 3:32 PM
- " Lo que me ayudó fue decirme a mí misma que esa es mi hija, que la tengo que ayudar en todo lo que esté a mi alcance. Llevarla a todos los lugares que pueda, llevarla a sus terapias pa que siga mejorando. Es lo único que nos queda y hacerla sobre todo muy feliz y enseñarle que es otra niña como los demás." 11/2/2019 3:23 PM
- "Lo único que me ayudó fue poder encontrar al doctor Sebastián Valbuena que lo operó y mejoró un poco su brazo. Hasta el día de hoy me siento culpable de que mi hijo haya nacido con PBO." 11/2/2019 3:17 PM
- "Asimilar." 11/2/2019 3:11 PM
- "Más o menos y lo que me ayudó fue mi propia hija, me tuve que levantar de una depresión para poder ayudarla." 11/2/2019 3:07 PM
- "Me ayudó mucho las palabras de mi jefa, ella tiene un hijo único con autismo, me dijo que llorara todo lo quisiera, que me enojara con todo mundo si quería, para después enfocarme en ayudar a mi bebé con las terapias y consultas médicas. No es fácil, pero mi bebé me da las fuerzas para seguir día a día. 11/2/2019 3:03 PM
- "La buena evolución de mi niña y el apoyo de mi familia." 11/2/2019 2:45 PM
- "Lo que me ayudó es ver la recuperación de mi hijo, que por suerte fue relativamente temprana para estos casos y que no necesitó operación al menos de momento. Ahora tiene 26 meses." 11/2/2019 2:33 PM

- "Valorar el hecho de que él no se ve diferente frente a ningún otro niño, nos amarramos el corazón y siempre hablamos de su brazo como una lesión, algo que pasó y aunque seguimos trabajando en su recuperación, nunca dejamos que él pensara que no podía hacer las cosas, siempre le decimos que lo haga de otra manera. El tratamiento psicológico nos lo dimos nosotros mismos siendo positivos, que a pesar de todo sólo fue su brazo, nada más. Jamás permitimos que él se vea, ni nadie más, con lástima. Él es un guerrero y ésta sólo fue una batalla que la vida nos puso. 11/2/2019 2:25 PM
- "El apoyo y contención de mi familia y amigos que fueron incondicionales." 11/2/2019 2:15 PM
- "Trabajar en la aceptación." 11/2/2019 2:00 PM
- "Mi hija. Ella es tan hermosa y no tiene límites, hace todo lo que puede y si le cuesta lo intenta hasta que lo logra." 11/2/2019 1:58 PM
- "La fuerza de mi hija por superar todo." 11/2/2019 1:53 PM
- "Pensar que podía haber sido peor y hoy no estaría conmigo." 11/2/2019 1:48 PM
- "Estudiar sobre PBO para saber qué le pasaba a mi hijo y el apoyo de la familia." 11/2/2019 1:48 PM
- El apoyo de mi familia, que me alienta." 11/2/2019 1:42 PM

Conclusiones:

A partir de los testimonios presentados de padres con hijos con una PBO puedo concluir que en todos se expresa que lo que sintieron al saber de la lesión de su hijo fue muchísima angustia e incertidumbre.

Algunas madres y padres refirieron sentimientos de culpabilidad, enojo y soledad.

Ninguno había escuchado hasta el nacimiento de sus hijos acerca de la existencia de esta lesión, como tampoco encontraron fácilmente ni en lo inmediato profesionales de distintas áreas relacionadas a la salud, que pudieran orientarlos u ayudarlos.

La mayoría de estos padres no recibieron asistencia psicológica. Y los que sí, refirieron baja conformidad.

Muchos de los padres expresan que el malestar no ha aminorado a través de los años.

A partir de todo esto, mi interés en tratar de entender sobre esta problemática y lo que conlleva, tanto a nivel familiar como individual.

Por último, pude comprobar que en los padres que han podido salir adelante, de sus relatos se desprende un gran trabajo personal de aceptación y de cambio de mirada.

Capítulo IV: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

IV.1. Fundamentos

El enfoque ACT parte de la idea de que el lenguaje humano es el causante tanto de los aciertos como de las desdichas humanas. “Lenguaje humano” refiere a la actividad simbólica del mismo, ya sea gestos, dibujos, formas escritas, sonidos.

La evolución de la humanidad se puede relacionar de manera directa con estos mismos hitos verbales. La miseria humana y la cosificación sólo se pueden entender en el contexto de los logros humanos porque la fuente más importante de ambos es la misma: la capacidad humana de simbolización. Para ser un buen terapeuta ACT, las palabras no se deben considerar como ciertas, correctas y verdaderas, sino que hay que preguntarse: ¿Hasta qué punto son válidas? Se debe aprender a utilizar el lenguaje sin que este nos devore. Se debe aprender a controlarlo en vez de que él nos controle a nosotros –tanto a los terapeutas como a los pacientes–. (Hayes et al, 2015).

El sufrimiento tiene lugar cuando las personas se creen el contenido literal de su mente y se “fusiona” con sus cogniciones. En este estado de fusión, la persona no puede diferenciar su consciencia de sus narraciones cognitivas debido a que cada pensamiento y su referente están sólidamente unidos. Esta combinación significa que es muy probable que la persona siga sin dudar las instrucciones que le son transmitidas socialmente a través del lenguaje. Algunas veces, esto puede resultar adaptativo pero, en otros casos, las personas pueden perpetuar una y otra vez estrategias ineficaces porque les parece que están bien, a pesar de sus consecuencias negativas en el mundo real. (Hayes et al, 2015).

Las personas cuyas cogniciones se fusionan están predispuestas a ignorar la experiencia directa y hasta cierto punto las influencias del entorno. Con frecuencia, los pacientes acuden a terapia por el agotamiento emocional de tales consecuencias, esperando lograr una disminución de sus síntomas de angustia pero no tienen ninguna intención de cambiar de perspectiva porque les resulta completamente invisible la estructura mental sostenida hasta entonces. Es como si estuvieran prisioneros de las reglas que se originan en su propia mente. Esas reglas no se organizan de casualidad sino que, en el nivel de los contenidos, siguen una directiva cultural específica sobre la salud personal y el mejor modo de alcanzarla. En el nivel de los procesos, implícitamente se basan en el supuesto de que las reglas verbales y la resolución deliberada de problemas son el mejor, o incluso, el único modo de resolver las dificultades. (Hayes et al, 2015).

Las personas confían en su mente porque el lenguaje y el pensamiento son extraordinariamente eficaces en la vida cotidiana. Deberíamos prestar atención a lo que nos dice nuestra mente cuando estamos realizando nuestras actividades diarias. El problema es que no estamos entrenados para diferenciar cuándo nos resulta útil la mente y cuándo no y no hemos desarrollado las destrezas necesarias para cambiar de un estado mental “fusionado” de solución de problemas a un modo mental descriptivo. La mente es grandiosa cuando se trata de inventar dispositivos nuevos, hacer planes de negocios u organizar la agenda del día; pero, por sí misma, la mente es mucho menos útil para aprender a estar presente, aprender a amar o descubrir la mejor manera de sobrellevar las complejidades de una historia personal. El conocimiento verbal no es la única forma de conocimiento. Debemos aprender a utilizar nuestras capacidades analíticas y evaluativas cuando su empleo mejora el funcionamiento y aprender a usar otras formas de conocimiento cuando sean estas las que mejor sirvan a nuestros intereses. En efecto, el objetivo final de la ACT es enseñar a los pacientes que realicen tales diferenciaciones para poder tener una vida más plena, plantean Hayes, Strosahl & Wilson (2015).

Otro factor clave para que el sufrimiento sea sostenido a lo largo del tiempo es la evitación vivencial. Se trata de una consecuencia inmediata 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 angustiantes.

Existe una paradoja inherente al intento de evitar, suprimir o eliminar las vivencias personales no deseadas y consiste en que tales intentos derivan en un recrudecimiento de la frecuencia e intensidad de la vivencia a evitar (Wenzlaff y Wegner, 2000). Dado que la mayor parte de los contenidos angustiosos, por definición, no se someten a una regulación conductual voluntaria, al paciente sólo le queda una estrategia principal: la evitación emocional y conductual. El resultado a largo plazo es que las situaciones de evitación se multiplican y acrecientan, los pensamientos y sentimientos a evitar 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.

Tanto la fusión cognitiva como la evitación vivencial afectan de un modo significativo nuestro autoconcepto de quienes somos. Cada vez nos envolvemos más en nuestras propias historias y las amenazas al concepto que tenemos de nosotros mismos se hacen más presentes.

Las posibilidades de quedar fuera de nuestra propia historia oficial tienen que ser evitadas o negadas. Cuando uno está demasiado ocupado en ser quien su mente le dice que es, le resulta imposible salirse de los hábitos normales incluso cuando, claramente, le resultaría muy útil hacerlo.

La fusión cognitiva y la evitación vivencial también afectan a la propia capacidad de poner atención de forma flexible y voluntaria a lo que ocurre tanto interna como externamente. El

atender deliberadamente a las vivencias internas que uno desea evitar (o incluso a sus desencadenantes externos) haría fracasar el propósito de la evitación vivencial. Detectar los acontecimientos que podrían contradecir una historia bien “fusionada” podría significar salirse de la historia por un momento. Para evitar unos resultados tan inconvenientes, la atención debe permanecer estrechamente centrada y ser inflexible. Con el tiempo, se establece una especie de embotamiento vital. Las personas pasan por su vida diaria sin demasiado contacto con la propia vida en cada momento. La vida está en modo piloto automático. El daño producido por la fusión cognitiva y la evitación vivencial resulta destructivo tanto para el sentido de nuestra propia dirección vital como para nuestra conducta orientada a metas. Nuestra conducta está, cada vez más, bajo “control aversivo” en lugar de “control apetitivo” –más dominada por la evitación y la huida que por la atracción natural– (Hayes, 1999). Muchas veces nuestras decisiones de vida más importantes se apoyan en cómo evitar evocar contenidos personales angustiosos en lugar de conducirnos hacia lo que valoramos más profundamente.

IV.2. ACT: aceptar, comprometerse, tomar iniciativas

En el enfoque ACT, un objetivo de vida saludable no es tanto sentirse bien como “sentir bien” (Hayes, 1999). Es psicológicamente saludable tener pensamientos y sentimientos agradables como desagradables ya que enriquece nuestra historia personal. Cuando pensamientos y sentimientos se convierten en lo más importante y nos dictan lo que hemos de hacer, entonces, por lo general, sucede que no nos sentimos inclinados a sentir nuestros sentimientos ni a pensar nuestros pensamientos abiertamente ni a aprender lo que unos y otros podrían enseñarnos. A la inversa, cuando los sentimientos no son más que sentimientos y los pensamientos son sólo pensamientos y pueden significar lo que significan, podemos darnos cuenta que tales fragmentos de nuestra historia personal única están siendo traídos al presente por el contexto actual. Pensamientos y sentimientos tienen interés y son importantes pero no determinan lo que va a ocurrir a continuación. Son específicos a cada situación, dependen del contexto psicológico en el que tienen lugar y son variables a cualquier modalidad mental de solución de problemas. La alternativa constructiva a la fusión es la “defusión” y la alternativa preferente a la evitación vivencial es la aceptación. Estos son los procesos que se refuerzan en el enfoque ACT. Defusión y aceptación, en su nivel más básico, están implícitas en cualquier forma de psicoterapia porque paciente y terapeuta aprenden pronto a advertir los pensamientos y sentimientos que se originan para dar sentido al problema de que se trata. Desde la ACT, defusión implica aprender a ser consciente de los propios pensamientos en cuanto tienen lugar y aceptación implica el proceso activo de implicarse con –y, a veces, a pesar de– el incremento en la complejidad de las propias reacciones emocionales como medio de favorecer la apertura psicológica, el aprendizaje y la compasión hacia uno mismo y los demás. Estas habilidades implican la vivencia consciente de los sentimientos como sentimientos, de los pensamientos

como pensamientos, de los recuerdos como recuerdos y así sucesivamente. Nos permiten observar nuestra propia mente en funcionamiento al tiempo que, simultáneamente, “abrazamos el momento” y, de ese modo, permanecemos atentos a las claves o señales contextuales potencialmente importantes que, de otro modo, podrían pasársenos inadvertidas. A medida que se adquieren esas destrezas, el propio sentido de atención se vuelve más flexible, centrado y voluntario, favoreciendo el que uno se vea mejor a sí mismo y a los demás como parte de una manera interconectada. Desde esa perspectiva más consciente y flexible, los pacientes pueden conseguir pasar más fácilmente de la evitación y el enredo, a una mayor implicación y expansión conductual. La evitación raramente se articula como un fin en sí misma. Una evitación eficaz no es ningún objetivo; es un proceso. Las estrategias de evitación vivencial mantienen la promesa de alcanzar un resultado vital importante y deseable una vez se consiga la liberación de los sentimientos negativos. Sin embargo, esos resultados vitales son relevantes y posibles desde el momento en que los terapeutas pueden centrarse directamente en la profundidad de los valores personales y en la manera de construir una vida centrada en ellos. Luchar eficazmente por una vida valiosa resulta difícil cuando hay una actitud de evitación, de “no me importa”. No es posible elegir direcciones vitales valiosas que no impliquen un riesgo cuando nuestras cogniciones están fusionadas porque nuestra mente lógica busca resultados garantizados. En el contexto de una mayor flexibilidad psicológica, el sufrimiento psíquico, que es inherente a las situaciones difíciles de la vida, puede ser aceptado por lo que es y es posible aprender de él; se puede cambiar el centro de atención hacia aquellos comportamientos que realcen la vida. (Hayes et al, 2015).

IV.3. El fundamento contextual funcional de la ACT

La ACT se basa en una filosofía pragmática de la ciencia denominada Contextualismo Funcional (Biglan y Hayes, 1996; Hayes, 1993; Hayes, Hayes y Reese, 1988). Contextualismo es el término de Stephen Pepper (1942), “parapragmatismo” para William James. “La unidad analítica nuclear del contextualismo es el acto-en-contexto en curso; es decir, la acción del organismo establecida sensatamente” (Pepper, 1942). Este es un enfoque holístico; lo fundamental del mismo es la totalidad del acontecimiento y las partes se derivan o abstraen cuando resulta útil hacerlo. La totalidad se entiende en referencia al contexto más que por elementos. Si pensamos en una persona que va a un supermercado o a un almacén, tal acción tiene una historia próxima (p. ej., que se está quedando sin comida; que va a tener una comida familiar) y el contexto situacional es donde tiene lugar (p. ej., ahora, gira a la izquierda en la Avenida para ir a la tienda). Hay una generalidad y un propósito amplio que integra todo eso. “Ir a comprar a la tienda” es el acontecimiento global que implica un lugar del que uno viene y hacia dónde va, una razón para ir y un propósito que cumplir. Si un camino está cerrado, se toma otro alternativo. La naturaleza del acto se define por sus consecuencias esperables, no

por su forma (uno podría ir caminando o en bicicleta y, de todos modos, está “yendo a comprar a la tienda”). Ir a la tienda a comprar comida tiene “éxito” cuando uno llega a la tienda y puede comprar lo que necesita. De la misma forma, analizar un acontecimiento tiene “éxito” cuando uno hace lo que pretendía hacer con ese análisis. La verdad es, de este modo, pragmática: se define por el hecho de que una actividad concreta (o un conjunto de actividades) ayude –o no– a conseguir un objetivo determinado. En este enfoque, un caso “verdadero” de conceptualización será aquel que sea útil. Sabrás si lo has logrado cuando llegues allí. La claridad de los objetivos de análisis resulta crítica porque los objetivos especifican cómo se puede aplicar un criterio pragmático de verdad. Sin un objetivo formulado verbalmente, ningún comportamiento modelado por sus consecuencias sería “verdadero” (Hayes, 1993). Un resultado semejante no tendría sentido filosóficamente. Una vez que hay un objetivo formulado verbalmente, sin embargo, podemos valorar en qué grado la práctica analítica nos ayuda a conseguirlo.

Los rasgos distintivos del contextualismo funcional (Hayes, 1993) son la predicción-e-influencia de los acontecimientos psicológicos con precisión, alcance y profundidad. A partir de esta filosofía, los acontecimientos psicológicos son considerados como interacciones de organismos completos en y con un contexto histórico y situacional.

El funcionalismo contextual persigue “predecir-e-influenciar” dichas interacciones –las palabras se unen mediante un guión porque los dos aspectos de ese objetivo se persiguen al mismo tiempo–. Precisión, alcance y profundidad son exigencias conceptuales utilizadas para valorar una explicación aceptable que cumpla nuestros objetivos primarios de predicción e influencia. Precisión se refiere específicamente a las variables relevantes; alcance se refiere a la economía intelectual de una teoría –en qué grado se puede conseguir más con menos conceptos– y profundidad se refiere al grado de coherencia alcanzable con conceptos útiles desarrollados en otros niveles de análisis.

IV.4. El acontecimiento global: ACT-en-contexto

La preocupación filosófica por el acontecimiento global, entendido como acción-en-un-contexto se refleja directamente en el curso de la terapia. Lo que define a un suceso conductual como un acontecimiento por un lado, se determina por el propósito de las personas que hacen el análisis y, por otro, por el propósito del organismo que actúa.

Un terapeuta ACT ante el relato de un paciente que describe su comportamiento realiza preguntas como: “¿Y eso está al servicio de...?”. El terapeuta intenta buscar y/o señalar las consecuencias conductuales en múltiples niveles. Al centrar al paciente en las consecuencias de su acción, el terapeuta está intentando valorar y resaltar la globalidad que supone. Los terapeutas ACT están continuamente tratando de entender e influir en los propósitos que los pacientes dan a su vida y cómo esos propósitos están representados tanto en su mundo

externo como en el mundo existente en su mente (Hayes et al, 2015). En un sentido técnico, por conducta se refiere a la acción-en-un-contexto, tanto si se trata de conducta observable como de conducta emocional o cognitiva. Utilizado de esta manera, el término conducta no es meramente una palabra clave referida al movimiento, la secreción glandular o los actos observables públicamente. La acción de la que estamos hablando es cualquier actividad y todas ellas que cualquier persona puede observar, predecir e influenciar. Quedando excluidas las acciones hipotéticas que nadie puede detectar directamente. De ese modo, pensar, sentir, percibir y recordar son todas acciones psíquicas. A veces, hablamos de una manera coloquial cuando nos referimos a emociones, pensamientos y comportamiento; pero cuando lo hagamos de un modo más bien técnico, consideraremos todos los tipos de acción humana como “acciones-en-un-contexto”, es decir, como conducta en un sentido psicológico. Contexto es un término utilizado para una corriente variable de acontecimientos que pueden ejercer una influencia organizativa sobre la conducta; No es una palabra para objetos o cosas; es un término funcional. El contexto incluye tanto la historia como las situaciones que tienen relación con la conducta. Como la unidad organizativa en la ciencia conductual contextual es la acción en-un-contexto, conducta y contexto se definen mutuamente, cada uno en función del otro. Utilizando el lenguaje comportamental, no es posible tener una respuesta sin estimulación ni un estímulo sin respuesta (Hayes et al, 2015).

En todas las formas de contextualismo y en ACT, lo que es cierto es lo que funciona. Una verdad de este tipo siempre es local y pragmática. Desde este punto de vista pragmático, la importancia es que no hay una única forma sistemática de considerar una situación. Si lo importante no es la “verdad” concebida en abstracto como la estrecha correspondencia entre enunciados y realidad –sino conseguir que las cosas se realicen– y si diferentes formas de pensar o de hablar tienen consecuencias diferentes, entonces lo que sea mejor variará dependiendo del contexto. La flexibilidad cognitiva, guiada por la viabilidad y no solo por la demanda social de consistencia, adquiere mayor importancia que conseguir la verdadera respuesta, cualquiera que esta sea. El enfoque contextual mantiene que no existe una “representación verdadera” en un sentido objetivo. La representación más auténtica sólo puede ser determinada en el contexto de los objetivos o propósitos concretos que se aplicaran.

El lenguaje cotidiano incluye este sentido de “verdad”. Cuando el criterio del éxito clínico es la viabilidad en relación al objetivo de “predicción e influencia de los acontecimientos psíquicos con precisión, alcance y profundidad” (Hayes et al, 2015), entonces debemos generar un análisis que comience con el contexto variable de conducta. En este punto los terapeutas son parte del contexto de la conducta que quieren cambiar. Para influir de manera significativa sobre los actos del paciente, los terapeutas deben ser capaces de manipular el contexto ya que nunca es posible manipular directamente las acciones de los demás (Hayes y Brownstein, 1986). B. F. Skinner (1969) lo expresaba de esta manera: “En la práctica, todas las formas de cambiar la mente de una persona se reducen a manipular su entorno, verbal o de otro tipo”. Si

los principios psicológicos parten de esta coyuntura, pueden tener una importancia directa porque ayudan a informar a los agentes de cambio sobre qué hacer. Los principios de conducta contextual tienen esta cualidad: son relaciones funcionales entre configuraciones contextuales variables y el comportamiento con el que se integran. La visión pragmática de la verdad se refleja en cada nivel de ACT. La ACT pone énfasis en la especificación de los valores en el nivel individual. Cuando la verdad se define como aquello que funciona, los valores y objetivos más amplios del paciente adquieren una importancia esencial. Todas las interacciones terapéuticas se evalúan y se relacionan con los objetivos y valores decididos por el paciente y el tema es siempre la viabilidad –si darán resultado en la práctica– y no una verdad objetiva. Sin objetivos y valores claramente definidos, no hay forma de determinar lo que es funcionalmente verdadero o falso.

La necesidad del trabajo personal en cuanto a los valores se da respecto al paciente y del terapeuta al servicio del mismo. La predicción-e-influencia de los acontecimientos psíquicos debe permanecer estrechamente unida a los valores y objetivos del paciente para que tenga sentido. Este enfoque, en esencia, sitúa al contextualismo funcional y su idea de verdad en el ámbito de las ciencias evolutivas de múltiples niveles (Wilson, 2007). El pensamiento evolutivo se aplica no solo a los genes biológicos sino también a los procesos epigenéticos, conductuales y simbólicos que tienen lugar en, y a lo largo de la vida de un individuo (Jablónka y Lamb, 2005; Wilson, Hayes, Biglann y Embry, 2011). Los seres humanos son sistemas conductuales evolutivos. En el nivel de las contingencias de refuerzo y significado verbal, el criterio de selección debería ser especialmente lo que al paciente le importa. Como se ha mostrado, las cuatro principales características del contextualismo funcional descritos hasta ahora (acontecimiento global, contexto, verdad y objetivos) no son abstracciones vacías cuando se aplican a la terapia: más bien estos supuestos están en el centro de la ACT. Hay otra característica clave y transformadora del contextualismo funcional a destacar: Un contextualista funcional observa el acto y su contexto y, luego, dispone un análisis funcional de los objetivos pragmáticos de terapeuta y paciente. El compromiso contextual de la ACT se extiende al examen del impacto de pensamientos o emociones sobre otras acciones. Esta piedra angular de la ACT la distingue de otros muchos enfoques terapéuticos. Más que hacer énfasis sólo en cambiar la forma de una vivencia interna, por suponer que esas formas son causales, el terapeuta ACT pone el énfasis en cambiar la función de esas vivencias internas. Altera las funciones cambiando los contextos en los que determinados tipos de actividad (p. ej., pensamientos y sentimientos) se relacionan, normalmente, con otras formas (p. ej., acciones observables). La ACT trata de implementar métodos de tratamiento que sean extensiones claras de principios conductuales bien establecidos; es decir, principios sobre las acciones normales de organismos integrales. Todo el campo del análisis conductual aplicado se basa en ella, lo mismo que la terapia conductual, que originalmente se definió como terapia basada en “la teoría del aprendizaje definido operacionalmente y en la conformidad con paradigmas experimentales bien establecidos” (Franks y Wilson, 1974). Este conjunto de principios

conductuales, incrementó en la ACT para incluir una visión conductual contemporánea de la cognición; concretamente, la teoría del marco relacional.

III.5. ACT y la teoría del marco relacional

La ACT está conectada con una corriente científica denominada Teoría del Marco Relacional (RFT) desarrollada por Hayes y Barnes Holmes (2001): Una teoría contextual funcional del lenguaje y la cognición humanos. Como se centra en contextos variables, se puede asociar fácilmente a preocupaciones de carácter práctico. Pretende proporcionar una base psicológica comprensible del lenguaje y de la cognición superior abordando la explicación del éxito evolutivo de algunas especies y tratando de entender las raíces tanto de los logros como del sufrimiento humano.

La ACT se interesó en el análisis experimental de las cuestiones sobre el lenguaje humano y de qué manera las reglas verbales guían la conducta humana para tratar de entender cómo una conversación entre terapeuta y paciente puede generar cambios significativos en la vida del paciente.

Prácticamente cualquier definición del lenguaje y cognición conduce rápidamente a la idea de que estos ámbitos implican sistemas de símbolos pero lo que son los símbolos y cómo llegan a serlo, no queda esclarecido (Jablonka y Lamb, 2005).

La RFT empieza con un hallazgo en psicología conductual y propone un proceso explicativo que amplía ese hallazgo a todo el lenguaje y la cognición: En un triángulo con un vértice hacia arriba, si mentalmente colocamos un objeto diferente en cada uno de los tres vértices –por ejemplo, una pelota en el vértice superior, un martillo en el inferior izquierdo y una hoja en el inferior derecho—. E imaginamos que tenemos que aprender que, cuando se muestra la pelota, debemos señalar el martillo entre un conjunto de objetos; más adelante, cuando se muestre la pelota, se nos enseña a señalar la hoja y no a otros elementos. Así habremos aprendido dos “relaciones” (arriba→inferior izquierda; arriba→inferior derecha). En términos más abstractos, habremos aprendido dos lados del triángulo, cada uno en un sentido. Sólo con este entrenamiento, si nos mostraran el martillo o la hoja y tuviéramos que elegir entre una pelota o unas galletitas, probablemente, señalaríamos la pelota. Si, luego, nos mostraran una hoja y tuviéramos que elegir entre un martillo o un tren de juguete, escogeríamos el martillo y viceversa. Deduciríamos cuatro relaciones que no nos han enseñado (inferior derecha → arriba; inferior izquierda → arriba; inferior izquierda → inferior derecha; inferior derecha → inferior izquierda). Ahora conoceríamos todos los lados del triángulo en cualquier sentido. Los analistas de conducta denominan a este resultado, como una “clase de equivalencia estimular”

(Sidman, 1971). Este ejemplo gráfico se puede aplicar a una situación lingüística sencilla: un niño normal aprende primero a relacionar una determinada palabra escrita con un nombre oral y, luego, la misma palabra escrita con un determinado objeto. Dadas esas dos relaciones aprendidas, todas las demás relaciones entre este triángulo específico de objetos surgirán sin posterior entrenamiento. Las relaciones que no han sido enseñadas son lo que se conoce como relaciones derivadas de estímulo. Por ejemplo, sin entrenamiento específico, en este caso concreto, el niño será capaz de decir el nombre del objeto. Cuando afirmamos que un niño “entiende” lo que significa una palabra concreta significa que entiende la naturaleza del estímulo verbal: produce su efecto a causa de las relaciones derivadas entre él y otras cosas.

Lo que hace que la equivalencia estimular resulte clínicamente relevante es que las funciones correspondientes a un miembro de una clase de equivalencia tienden a transferirse a los demás miembros. Un ejemplo que muestra este resultado referido a una situación común de lenguaje y que podría tener consecuencias clínicas sería suponer que un niño que nunca ha visto ni jugado con un gato aprende que las letras G-A-T-O se aplican a esos mamíferos peludos y no a otros y que las letras G-A-T-O se pronuncian “gato” (en lugar de “perro” o de cualquier otro sonido). Supongamos luego que el niño, jugando, resulta arañado por un gato. El niño llora y huye. Más tarde, el niño oye a su mamá decir: “¡Ay, mira, un gato”. El niño, de nuevo, llora y escapa. Este suceso podría resultar sorprendente porque al niño nunca se le enseñó a tener miedo al sonido “gato”. La misma historia de aprendizaje aplicada a un organismo no humano, probablemente no arrojaría el mismo resultado. El miedo al gato, ahora, es provocado por un nombre emitido verbalmente; pero la función de ese nombre pronunciado, en este caso, es derivada. Muchos estudios muestran que la transferencia del miedo a los gatos, directamente condicionado al nombre “gato”, verbalizado, solo tiene lugar si el niño deduce relaciones que no fueron entrenadas directamente (Hayes, 1999). En otras palabras, no basta con que el niño aprenda objeto → palabra escrita y palabra escrita → nombre pronunciado. Después de todo, muchos animales también podrían aprender lo mismo sin manifestar ese efecto. El niño también tiene que deducirlas relaciones palabra escrita → objeto, nombre pronunciado → palabra escrita, objeto → nombre pronunciado y nombre pronunciado → objeto. El triángulo tiene que completarse, solo entonces, las funciones correspondientes a “ser arañado” (p. ej., miedo y evitación) serán transferidas desde el gato (animal) al nombre pronunciado (“g-a-t-o”).

Este tipo de resultados no se puede explicar de manera adecuada por los simples y familiares procesos de generalización que están integrados en las contingencias de aprendizaje. Si un bebé aprende a alcanzar una lámina naranja porque detrás hay comida y evita otra azul porque al tocarla se produce un fuerte sonido, es probable que el bebé también esté dispuesto a acercarse a una amarilla, con cierta precaución. De manera semejante, el bebé tenderá a evitar no solo la lámina azul sino también una verde aunque puede que con menos intensidad. Las respuestas del bebé a las láminas naranja y azul se establecieron por transferencia directa mediante entrenamiento directo; las respuestas observables a la amarilla y verde suceden

porque los humanos y otros animales con sistemas visuales bien desarrollados evolucionaron en entornos en los que la coloración naranja está más próxima al amarillo que al verde. Esos gradientes de generalización estimular se basan en la semejanza de forma. No es éste el caso de la equivalencia estimular. Un niño que llora al escuchar: “¡Ay, mira, un gato!” no está manifestando una generalización de estímulos en un sentido formal porque no hay nada en esos sonidos que se parezca a los animales reales. De manera semejante, los simples principios del condicionamiento asociativo de orden superior no pueden explicar fácilmente la solidez de la equivalencia estimular porque es necesario apelar al condicionamiento retroactivo y a otros procesos cuyos efectos son mucho más débiles para modelar esos resultados. Por eso, precisamente, el aprendizaje verbal asociativo nunca da una explicación totalmente satisfactoria del lenguaje y la cognición humanos. Incluso sin explicar por qué tiene lugar la equivalencia estimular o sin extender los hallazgos a otras muchas relaciones, esta ejecución verbal abre nuevas maneras de pensar sobre el comportamiento. La RFT describe este tipo de relaciones y el proceso que da cuenta de ellas de una manera general. Los procesos que propone la RFT como origen de la equivalencia de estímulos se podrían aplicar fácilmente a cualquier tipo de relación entre acontecimientos. Cuando se añade una variedad de clases de relación entre estímulos –diferente, opuesto, jerárquico, secuencial, causal y demás– un simple proceso básico puede dar lugar a un amplio despliegue de habilidades cognitivas lo que hace posible una explicación del proceso general de aprendizaje de la cognición. Desde la perspectiva de RFT, lo que tienen en común las diversas situaciones en las que una persona puede sufrir no son, simplemente, sus propiedades formales sino, más bien, los aspectos verbales o cognitivos de tales situaciones.

De acuerdo con la RFT, el núcleo esencial del lenguaje y de la cognición de alto nivel es la capacidad de aprender y aplicar “marcos de relaciones”. Un marco relacional es un comportamiento aprendido que presenta tres grandes propiedades bajo un control contextual arbitrario: implicación mutua, implicación combinatoria y transformación de la función estimular. Implicación mutua significa que el aprendizaje de una relación en una dirección, también implica otro aprendizaje en la dirección opuesta: Si una persona aprende en un determinado contexto que A se relaciona de una forma determinada con B, entonces esto implica una determinada relación entre B y A en ese contexto. Implicación combinatoria significa que las relaciones mutuas se pueden combinar. Si una persona aprende que, en un contexto determinado A se relaciona con B de una forma determinada y B se relaciona, de determinada manera, con C, esta disposición implica también una relación entre A y C en ese contexto. En definitiva, las funciones de los acontecimientos en una red de relaciones de este tipo se pueden transformar en términos de las relaciones subyacentes. La RFT afirma que cualidades de este tipo son las características de un marco abstracto de respuestas que inicialmente se adquiere y se mantiene bajo control de características contextuales arbitrarias mediante refuerzo de aproximación, a través de múltiples ejemplos de entrenamiento. Estamos expuestos a muchos ejemplos que relacionan acontecimientos de una manera particular (p. ej., “___ > ___”), por lo

general, inicialmente basados en sus propiedades formales. Como la clase concreta de relación (p. ej., la comparación de tamaño) se abstrae a partir de múltiples ejemplos, queda bajo el control de claves relacionales arbitrarias tales como “___ es más grande que ___”. Cuando ocurre eso, es posible poner cualquier cosa en los espacios vacíos y, con solo las claves relacionales, las relaciones mutuas y combinatorias correspondientes se podrán deducir fácilmente.

El marco de relaciones es aplicable arbitrariamente, de modo que no existe nada en el mundo de las propiedades formales (p. ej., el tamaño real de la multitud) que impida la ocurrencia de esa clase de resultados, a pesar de todo el sufrimiento que puedan ocasionar. Debido a esta propiedad del lenguaje y la cognición humanos, podemos relacionarlo todo con todo, de todas las maneras posibles.

Los marcos de relaciones están regulados por dos configuraciones contextuales identificables: el contexto relacional y el contexto funcional. El contexto relacional determina cómo y cuándo se relacionan los acontecimientos; el contexto funcional determina qué funciones van a ser transformadas en términos de una red de relaciones.

En la ACT la mayoría de las intervenciones terapéuticas orientadas verbalmente suponen una manipulación del contexto relacional. Este tipo de manipulación está bien cuando el paciente necesita información o cuando esas manipulaciones se asocian a la intención de generar una mayor flexibilidad de respuesta cognitiva, como en algunas formas de reevaluación cognitiva. Sin embargo, la manipulación del contexto relacional tiene serias limitaciones en la mayoría de las situaciones corrientes. Como los marcos de relaciones se aprenden y aplican arbitrariamente, es imposible controlar el contexto relacional de manera tan perfecta que se pueda evitar derivar en relaciones inadecuadas.

Además, como en todo aprendizaje, una vez que se produce una relación, ésta puede ser inhibida pero nunca puede ser totalmente desaprendida.

La persistencia de la memoria es lo que hace que resulte tan difícil reestructurar las redes cognitivas eficientemente. Es fácil aumentar las redes –y la ACT lo hace en muchos ámbitos– pero es difícil evitar que se deriven relaciones perjudiciales y no es posible destruir del todo ese pensamiento de nuestra historia mental.

El contexto funcional determina el impacto de la respuesta relacional, por lo que si no tenemos cuidado con el tema central de un contexto relacional, podemos modificar inadvertidamente el contexto funcional de manera negativa.

La RFT sugiere que cualquier intento de cambiar el pensamiento es un arma de doble filo y puede ser arriesgado cuando lo que se pretende es no pensar en algo, pensar menos en algo o solo pensar de una determinada manera. Lo que parece eficiente en el plano lógico no es, necesariamente, lo mismo que en el plano psicológico.

Las intervenciones de contexto relacional pueden elaborar, ampliar o interconectar redes relacionales pero no pueden eliminar relaciones cognitivas aprendidas previamente. La elaboración resulta especialmente útil cuando una red de relaciones ya existente no contiene

relaciones clave, como sucede cuando se precisa una intervención psicoeducativa o cuando la persona necesita aprender a generar respuestas alternativas para ser más flexible cognitivamente. Las intervenciones ACT suelen implicar información psicoeducativa sobre conceptos esenciales de la ACT con el objetivo de ampliar una red de relaciones deficiente o limitada y las intervenciones de flexibilidad cognitiva son un ingrediente habitual.

Aunque establecer marcos es una conducta aprendida por refuerzo operante, las contingencias que la controlan resultan tan amplias que se vuelve muy difícil regularlo. En la temprana infancia, el lenguaje se aprende, casi por completo, mediante condicionamiento social. Al mismo tiempo que se desarrollan lenguaje y pensamiento, los niños van aprendiendo reglas sociales, costumbres y creencias que reflejan las prácticas culturales de su entorno. Esta “programación social” está tan arraigada en el sistema lingüístico que llega a ser funcionalmente invisible.

Como resultado, resulta muy difícil atenuar el lenguaje y la cognición una vez que se han establecido. Una vez que se ha aprendido el lenguaje, es imposible regresar al universo no verbal. Además, una vez que consideramos las cosas de una manera determinada, esa forma de pensar permanece irremediabilmente en nuestro repertorio relacional, aunque solo rara vez reaparezca.

Estas ideas fundamentales subyacentes a la RFT han recibido apoyo empírico en la literatura reciente que comprende los resultados de varios estudios. Los marcos de relaciones se desarrollan en la infancia (Lipkens y Hayes, 1993) y esto ocurre por entrenamiento directo (Luciano et al, 2007).

El marco de relaciones supone una ventaja evolutiva clave de la especie humana, surgida del contexto de la cooperación social. Los estímulos verbales pueden ser combinados en reglas verbales elaboradas que tienen la capacidad de regular el comportamiento. La conducta gobernada por reglas no necesita basarse en un contacto que refleje las consecuencias directas en la realidad; más bien se basa, sobre todo, en formulaciones verbales de los acontecimientos y en las relaciones entre ellos. De acuerdo con Skinner (1969), el comportamiento dirigido por reglas es un comportamiento gobernado por la especificación de contingencias más que por el contacto directo con ellas. El comportamiento dirigido por reglas permite a los seres humanos responder de manera muy precisa y efectiva en los casos en que el aprendizaje por experiencia directa podría ser ineficaz o letal.

Cuando el comportamiento está controlado por reglas verbales, tiende a ser relativamente insensible a los cambios en el ambiente que no están descritos en la propia regla (Catania, Shimoff y Matthews, 1989; Hayes, Brownstein, Haas y Greenway, 1986; Hayes, Zettle y Rosenfarb, 1989). Cuando la conducta está guiada por reglas verbales, los sujetos humanos suelen establecer cambios en el entorno.

El efecto de insensibilidad es importante porque muchas formas de conducta clínicamente significativa ejemplifican esta pauta: los comportamientos (tanto observables como privados) persisten aunque se experimenten directamente consecuencias negativas o su posibilidad.

Esto se puede observar al examinar porqué se siguen las reglas. La RFT distingue tres formas de seguimiento de reglas: plegamiento, rastreo e incrementación. Plegamiento implica seguir una regla verbal basada en el historial de consecuencias para la correspondencia, controlada socialmente, entre la regla y la conducta previa.

El plegamiento tiende a ser relativamente rígido y predomina, sobre todo, en personas con pautas de comportamiento inflexible. Se trata de una forma importante de conducta gobernada por reglas en el desarrollo de los niños porque las consecuencias, asociadas de una manera rígida, pueden conseguir que se produzca el seguimiento de la regla; y al añadir consecuencias sociales al seguimiento de la regla, las contingencias se pueden vincular estrechamente con el comportamiento. Pero entre los adultos, el plegamiento se sobrevalora como una forma útil de regulación verbal y es algo a lo que, con frecuencia, hay que enfrentarse directamente en la terapia. El rastreo consiste en seguir una regla verbal basada en la relación que se establece entre esa regla y sus contingencias naturales (las que tienen lugar en función de ese mismo tipo de comportamiento en una situación determinada).

El rastreo pone al paciente en contacto directo con el impacto de su conducta. En consecuencia, el rastreo genera formas más flexibles de comportamiento que el plegamiento, permitiendo que las personas se adapten al entorno en lugar de plegarse, simplemente, a las consecuencias sociales del seguimiento de reglas, lo que podría dar como resultado tanto repercusiones arbitrarias como consecuencias relacionadas. Sin embargo, debido a que es muy útil en muchos contextos, el rastreo podría sobre generalizarse a situaciones que no están gobernadas por reglas.

Incrementación es un comportamiento gobernado por reglas que varían el alcance de las consecuencias de un acontecimiento. En términos clínicos, la incrementación proporciona incentivos formulados verbalmente para que el paciente se comporte de una manera determinada.

Capítulo V: Modelo clínico de ACT

V.1. Premisas

La ACT enfatiza el actuar como la premisa básica para una orientación centrada en los valores del individuo. Wilson y Luciano (2002) plantean que la ACT es “un modelo de salud y no de enfermedad, ya que se entiende que el sufrimiento es universal y su causa principal es la información del lenguaje en áreas en las que no es funcional o no es útil”. El proceso terapéutico en la ACT tiene como premisa fundamental que la experiencia de dolor psicológico es inevitable y que la utilización de la evitación experiencial y demás mecanismos de afrontamiento similares para lidiar con el malestar, usualmente incrementan el sufrimiento en las personas aunque sea comprensible su empleo (Wilson y Luciano, 2002; Yovel, 2009). Entonces, la propuesta del modelo implica la aceptación de los eventos privados propios como un compromiso optado con la vida y por ende, un compromiso con cualesquiera eventos privados que, dependiendo de la historia del sujeto, se presenten (Wilson y Luciano, 2002). La persona cuando inicia el proceso de intervención psicoterapéutica se encuentra atrapada en el patrón de evitación, en una suerte de lucha inquebrantable por dejar de estar en dicho patrón. Este esquema se muestra como un callejón sin salida, debido a que la lucha por eliminar o reducir el malestar hace que las acciones llevadas a cabo dirijan a la persona a otro estado de malestar continuo, por lo que la persona siempre se encuentra experimentando sufrimiento psicológico (Wilson y Luciano, 2002). La ACT ejerce influencia directa sobre los contextos verbales en los que se encuentran las personas consultantes, por lo que se procura que la persona reflexione en torno a los eventos privados como lo que realmente son, tratando de elegir una nueva perspectiva de vida que incluya la aceptación de dichos eventos y proponerse el seguir dicha dirección. En este contexto, la aceptación “implicaría el no tratar de evitar, controlar, o cambiar cualquier elemento de las contingencias relevantes que operan en un momento dado” (Dougher, 1994). De esta forma, Wilson y Luciano (2002), mencionan que esta perspectiva considera: El tratamiento centrado en los valores del sujeto como vehículo para el cambio conductual. Da relevancia de la experiencia que la persona aporta al proceso de intervención terapéutica. La experiencia actual de la persona consultante va a indicar que actuar evitando el malestar experimentado, conduce a problemáticas dentro de la propia vivencia. Usualmente la persona queda atrapada en lo que cree es la solución a sus problemas, cuando en realidad eso es parte del problema real. La experiencia terapéutica en ACT va a promover una nueva dirección de trabajo en donde se orienta a centrarse en los caminos valiosos para el individuo, a través del distanciamiento psicológico de los eventos

temidos. La ACT destaca claramente la experiencia subjetiva del individuo como principal insumo para la puesta en marcha del proceso psicoterapéutico. Es fundamental resaltar que la perspectiva parte de una valoración de las vivencias personales y un profundo respeto por las estrategias de afrontamiento que se han puesto en práctica hasta el momento, ya que la intervención parte de estos datos para proponer una experiencia más completa y sana por parte del sujeto. Es la condición actual del sujeto la que por sí misma va a brindar la clave para la promoción del cambio conductual deseado en la persona consultante. Así, de acuerdo con Wilson y Luciano (2002), las premisas de la ACT son: 1. Se asume que si la persona se comporta de acuerdo a sus propios valores, posteriormente va a sentirse mejor. 2. Se asume que el sufrimiento psicológico es normal en los seres humanos, siendo este una manifestación de que la persona se encuentra cerca de lo que realmente le importa. 3. Se asume que hay más vida en los momentos en que se experimenta dolor que en aquellos que se experimenta alegría. 4. Se asume que todas las personas, de una u otra manera, esperan vivir de forma más plena sus vidas.

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). Los intentos de control o eliminación sobre sentimientos o pensamientos no consiguen neutralizar los contenidos angustiosos, sino que tienden a prolongar el curso del sufrimiento. 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. La preocupación por no estar triste 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 lo sucedido 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). 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.

V.2. Estrategias de intervención

Los valores dentro de la ACT tienen un papel preponderante en el proceso de cambio de las personas (Dougher, 1994; Hayes, 1994; Páez et ál., 2006; Robb, 2007; Strosahl y Robinson, 2008; Wilson y Luciano, 2002). La propuesta de esta terapia se basa en la clarificación que la persona haga de sus propios valores, para que así aprenda a tomar decisiones más acertadas en torno a la dirección que debe tomar su vida. Lo importante es que el individuo pueda aprender a reconocer qué aspectos pueden ser cambiados y aquellos que definitivamente no puede cambiar. A partir de los fundamentos teóricos de la ACT este proceso se va a alcanzar a través de la modificación de los contextos verbales en los que los sujetos se encuentran atrapados (Hayes, 2008; Hofmann, 2008; Ruiz, 2010; Wilson y Luciano, 2002; Yovel, 2009). Wilson y Luciano (2002), indican que los objetivos de la ACT son: 1. La clarificación de los valores de la persona consultante. 2. La aceptación de los eventos privados de la persona consultante, principalmente relacionados con aquellos acontecimientos que no pueden modificarse y que consecuentemente va a implicar el abandono de conductas de afrontamientos no efectivos y el saber escoger flexiblemente el comportamiento funcional y efectivo. 3. El fortalecimiento del “yo como contexto” para que la persona consultante sea capaz de contemplar sus eventos privados y a partir de la reflexión, elegir el camino más

adecuado para sus propios intereses. Como se puede observar, los objetivos de la intervención se encuentran focalizados en la propiciación del cambio a través de la aceptación de las particularidades propias del individuo, tomando una actitud crítica ante aquellos elementos de la experiencia subjetiva que no pueden ser modificados y haciendo esfuerzos por adoptar estrategias de afrontamiento más constructivas para aquellos factores que tienen amplias probabilidades de cambio. La consecución de dichos objetivos implica la puesta en práctica de ciertos métodos por parte del terapeuta, principalmente centrados en estilos de su propio discurso que se ponen en práctica para cambiar los patrones del contexto verbal, los cuales han atrapado al sujeto en los problemas que experimenta en la actualidad. Los métodos de este tipo son las metáforas, las paradojas y los ejercicios experienciales. Las “metáforas” son un recurso valioso dentro de la ACT debido a que se establece un nuevo contexto verbal que valida el conocimiento del propio sujeto para quebrantar la lógica detrás del comportamiento de evitación. Por supuesto, las metáforas van a adoptar formas diversas dependiendo del contexto al que se haga referencia dentro de la sesión terapéutica. Asimismo, las “paradojas” son formulaciones que resaltan las contradicciones entre las creencias literales del individuo y las propiedades funcionales de las reglas de evitación (Wilson y Luciano, 2002). La implementación de este tipo de métodos ayuda en el establecimiento de contextos verbales disímiles a los mantenidos hasta el momento por la persona consultante, por lo que se trata de acercamientos más directos a la problemática del individuo. Empero, también pueden ponerse en práctica “ejercicios experienciales” diseñados específicamente para que la persona establezca un contacto directo con los procesos verbales que hasta el momento ha estado evitando, de forma que pueda enfrentarse a las situaciones aversivas de su vivencia (Wilson y Luciano, 2002). El “yo como contexto”, por su parte, hace referencia al impulso que brinda el terapeuta a la persona para que adopte un sentimiento desde sí misma como locus de perspectiva, a través de la cual pueda experimentar una faceta más trascendental y espiritual del comportamiento humano (Blackledge y Hayes, 2001; Hofmann, 2008; Ruiz, 2010; Strosahl y Robinson, 2008; Yovel, 2009). Este método más directo, igualmente, le permite al terapeuta inducir un cambio positivo en el comportamiento del individuo. Asimismo, dentro de este tipo de métodos también se encuentra la “defusión cognitiva” dónde se alienta a los individuos que reconozcan que cualquier intento por controlar eventos privados se convierte en uno de los principales problemas más que en la solución de los mismos (Blackledge y Hayes, 2001; Hofmann, 2008; Ruiz, 2010; Yovel, 2009).

V.3. Estructura del proceso terapéutico

El proceso terapéutico dentro de la terapia de aceptación y compromiso consta de las siguientes fases o etapas:

- **Evaluación psicológica:** la primera fase del proceso terapéutico se centra en obtener información, sobre todo funcional (por qué ocurre el problema) del problema. Asimismo, el propio paciente descubre y clarifica sus principales valores, con honestidad. Para conseguir este autoconocimiento, se pueden utilizar las siguientes preguntas: ¿Qué es lo realmente importante en mi vida? ¿Dónde quiero estar en realidad?
- **Devolución de análisis funcional:** al igual que en la terapia cognitivo-conductual, se explica a través de hipótesis por qué se originó el problema y, sobre todo, por qué se mantiene al día de hoy (evitación experiencial), reformulando el problema en términos funcionales. Durante esta fase, el paciente reafirma su compromiso con sus propios valores, entendiendo que la solución de su problema en concreto no es lo único importante, sino que el intento de controlar su malestar -evitación experiencial- es precisamente el problema, porque le impide disfrutar de lo realmente importante, de sus valores. Este cambio resulta esencial. Incluye, al mismo tiempo, el establecimiento de los objetivos terapéuticos.
- **Intervención o tratamiento psicológico:** durante esta fase, se trabajan diferentes técnicas con el objetivo general de conseguir flexibilidad psicológica y abandonar el patrón de evitación experiencial. Este enfoque se caracteriza por utilizar distintos ejercicios experienciales (donde la persona experimenta en primera persona lo que se pretende conseguir) y paradojas o metáforas (que ayudan a entender los procesos). Los procedimientos utilizados son la aceptación de aquellos pensamientos o emociones molestos o incómodos -sin hacer nada por eliminarlos-, el compromiso con los propios valores, centrarse en el momento presente (aquí y ahora) y la defusión cognitiva (desactivación de los pensamientos negativos, a través de la observación de los propios pensamientos negativos como lo que son: un pensamiento, tomar distancia de ellos, sin intentar dejar de pensar o cambiar su contenido; simplemente, dejarlos estar, sin juzgarlos, quitándoles importancia).
- **Alta terapéutica:** el proceso terapéutico finaliza cuando el paciente es capaz de aceptar y no evitar su malestar y llevar una vida basada en acciones en congruencia con sus valores personales.

V.4. Componentes

Tal y como se ha planteado, la ACT se sustenta en premisas que resaltan la importancia de los valores, que reconocen la normalidad del sufrimiento psicológico dentro de la vivencia humana y que existe una búsqueda dentro de todas las personas para conseguir un estado de experiencia más satisfactorio dentro de sus cotidianidades. Así, los componentes de la ACT son los valores, la exposición a los contextos aversivos, la desactivación de funciones y distanciamiento, y el fortalecimiento de la persona consultante. Los “valores” deben ser clarificados para que la persona pueda dirigirse en forma consciente y comprometida hacia un camino en que se puedan hacer modificaciones a la experiencia vivida hasta el momento. Es importante que la persona se pregunte si lo que ha hecho hasta el momento y que probablemente hace en la actualidad, ayuda a mejorar su experiencia vital en la dirección deseada, así como, si donde se encuentra es el lugar donde quiere estar en el futuro (Páez et ál., 2006; Robb, 2007; Strosahl y Robinson, 2008; Wilson y Luciano, 2002). La “exposición” parte de la conceptualización de que las barreras existentes entre el lugar en donde la persona se encuentra y en el cual la persona quiere estar, son causadas por el patrón de evitación mantenido. Este componente permite que la persona consultante tenga contacto con dichas barreras, las cuales en realidad son eventos privados temidos, por lo que se sientan las bases para la desactivación del contexto verbal presentado (Dougher, 1994; Ruiz, 2010; Wilson y Luciano, 2002). La “desactivación de las funciones” y el “distanciamiento” se encuentran sustentados en la postura del “yo como contexto”, donde se trata de interrumpir las barreras creadas por las personas a través del establecimiento del contexto verbal, por lo que se procura reducir el dominio literal del lenguaje (Wilson y Luciano, 2002; Yovel, 2009). Finalmente, es importante el “fortalecimiento de la persona” debido a que los valores se toman como un aspecto fundamental de trabajo dentro de la sesión de terapia. El proceso va a fortalecer a la persona consultante debido a que la dirección de trabajo va a ser establecida por sus vivencias particulares, por lo que siempre el individuo va a ser determinante en la decisión de la dirección que se va a tomar (Wilson y Luciano, 2002).

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 paciente, 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).

Evitación experiencial: Es muy frecuente que los dolientes prefieran evitar hablar, pensar, en relación a la situación traumática, por lo que los papás con un hijo/a con PBO podrían atinar a evitar recordar cómo se dieron las cosas al momento del parto y posterior diagnóstico, como un medio de control de la experiencia; sin embargo, esto implica un desgaste emocional, cognitivo y físico muy alto.

La evitación experiencial (Hayes et al 1996) 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; 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.

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, 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).

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).

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, a 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 interpretaciones del paciente sobre su conducta y sobre qué tipo de sucesos la provocan (CCR3), atendiendo a la función que desempeña, ya 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 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”, “No puedo vivir con lo que pasó”.

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, ya que la evitación consciente y deliberada de los eventos privados es inservible cuando el acontecimiento (situación traumática o accidente) no se puede cambiar. Ningún control emocional puede deshacer 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 situación traumática acontecida, 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).

Mindfulness (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).

El yo-como-contexto es una postura hacia uno y el mundo. La 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, 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).

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. El poder desligar en los pacientes 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.
- 2) 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.
- 3) Cuando el individuo logra aceptar los pensamientos y emociones que se manifiestan por más dolorosos que sean, el reconocerlos como simples experiencias transitorias y que no signifiquen necesariamente que algo está “mal” o “roto” genera una reducción del sufrimiento.

Poner en contexto las experiencias de dolor por las que atraviesa una persona, permite dejar de evaluarlas como “malas” o “anormales” y empezar a vivirlas tal cual son, lo que facilita que el proceso de sufrimiento fluya con normalidad, entendiendo que el contacto con estas experiencias genera, de manera inevitable, cierto grado de dolor y malestar, pero experimentarlo tal cual es previene que este dolor se prolongue a largo plazo y, como consecuencia, se reduce el sufrimiento que conlleva el combatir estos eventos privados.

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.

Valores: La palabra 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, ya que 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 una batalla contra su sufrimiento, por lo que pueden tener poco clara la dirección de su 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, dado 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, ya 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.

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, dado que 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 contemplar fundamentalmente 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), ya que 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).

V.5. Modelo de sesiones para el abordaje clínico desde la ACT

Realizar una evaluación previa ayuda al terapeuta a conocer el sistema de funcionamiento del paciente, así como a identificar los componentes básicos del impacto del hijo/a con PBO y los valores y metas que el paciente quiere desarrollar. Entre los puntos a evaluar se recomienda conocer los antecedentes de otros hechos traumáticos y la forma en que fueron enfrentados, factores individuales de vulnerabilidad 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).

Un formato de entrevista ayuda al terapeuta como guía para la evaluación, dado que hace énfasis en los factores circunstanciales al nacimiento del hijo/a; las variables históricas relevantes; los factores individuales de vulnerabilidad; y el soporte personal.

Otro punto relevante es saber, si la hubiera, acerca de otra problemática actual, para tener en cuenta la situación particular en la cual está inmerso el paciente en ese momento. En esta parte de la entrevista es necesario explorar la posible presencia de pensamientos de riesgo, negativos sobre sí, sobre el futuro, sobre todo en los casos traumáticos. Por último, realizar notas y comentarios, donde el terapeuta incluirá otros aspectos relevantes respecto a la problemática del paciente, así como sus impresiones sobre el caso.

Instrumento psicométrico sugerido: 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.

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 lo 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 evada el tema, niegue sus sentimientos o la expresión de sus emociones, que evite seguir adelante con su vida y que no se involucre en actividades que antes 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 aplicó el instrumento psicométrico, 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 (explicadas según su función), que ayudarán a organizar las CCRs del paciente (Kanter, Weeks, Bonow, Landes, Callaghan y Follette, 2009).

Tabla de Análisis funcional (Kanter et al, 2009).

a) Antecedentes (Situación en que se presenta)	b) Antecedentes (Situación en que se presenta)	c) Consecuencias (Función)

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.

Para la conceptualización de caso se recomienda basarse en la Matrix, modelo desarrollado por Kevin Polk (2014), de tal suerte que el terapeuta distinga las conductas públicas y privadas que mantienen la evitación experiencial y las alternativas. 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.



El término “desesperanza creativa” se utiliza para representar la postura en la que el paciente 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; 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.

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 mostrarle al paciente que los intentos de control de los eventos privados (pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones) no le han llevado más que a aumentar su sufrimiento. Se trata de hacerle comprender que los intentos de control del sufrimiento no son la solución, sino que potencian más aún 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.

PRIMERA SESIÓN

Formato de sesión:

1. Ejercicio de mindfulness. Observación de la respiración.
2. Cuando las soluciones no son soluciones.
3. Reconocer el costo de las estrategias utilizadas hasta el momento.
4. Creando desesperanza (metáfora del hombre en el agujero).
5. La oportunidad de hacer algo nuevo.
6. Establecimiento del contrato terapéutico.

1. Ejercicio de Mindfulness. Observación de la respiración

Al inicio de todas las sesiones se utilizará un ejercicio de Mindfulness. Esto tiene dos objetivos principales: promover en el paciente la atención al momento presente; y 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 calma se le dice:

Terapeuta: Me gustaría comenzar con un ejercicio. Quiero que cierres tus ojos y te centres en vos 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. Date cuenta de cómo al cerrar los ojos, tus oídos se agudizan. Tómame unos momentos para poner atención a los sonidos que escuchas (dar un minuto).

Ahora presta atención 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 presta atención a lo que ocurre. Cuando inhales permití 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 tomate 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 centrate de nuevo en tu cuerpo, en cómo se siente en el sillón. Nota la posición de tus pies... tus brazos... tu cabeza. Imagínate de nuevo en esta habitación, mírate a vos mismo sentado aquí, y cuando estés listo abrí los ojos.

Los minutos posteriores al ejercicio de Mindfulness deben utilizarse para revisar la experiencia del paciente durante el ejercicio. Con 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.

2. 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 paciente ha estado luchando. Para ello se pueden plantear las siguientes preguntas:

- Te quiero pedir que me cuentes sobre lo que estuviste viviendo a partir de la llegada de tu hijo/a, 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 estuviste 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). El terapeuta debe ofrecer retroalimentación al paciente, de modo que éste se sienta comprendido y aceptado. Para validar la experiencia y el sufrimiento con los que ha estado luchando el paciente, el terapeuta puede ir 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 en 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 la Tabla de 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

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 pacientes, 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, ya que 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.

3. 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 una pregunta directa (Walser y Westrup, 2007) o empleando la tabla 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.

4. Creando desesperanza

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 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 lo sepas, en ese campo hay varios agujeros y, como vas caminando, tarde o temprano caes en uno. Estando en el agujero, abris tu bolsa de herramientas y lo único que encontras es una pala. Así que haces lo que se debe hacer con una pala y comenzas a cavar. Entonces te encontras con que el agujero se va haciendo más y más grande y seguís estando en él. Así que cavas con mucha más fuerza, pero seguís en el agujero. Cavas más rápido, pero seguís 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, seguís estando ahí, y entonces comenzas a cavar de nuevo. Con el tiempo te das cuenta de que tu agujero se sigue haciendo más grande y seguís 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 tomate un momento para dejar de cavar y sólo verte a vos 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 estás respondiendo vos ante tu situación?
- ¿Qué utilidad encontras en eso?
- ¿Cómo podrías aplicar esto en relación a vos?

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 vos no tengas esperanza, sólo estoy diciendo que la estrategia, lo que haces, es lo que no tiene esperanza”.

5. 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, dado 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 (Cruz Gaitán et al, 2017):

Terapeuta: Sé que no es agradable darte cuenta de que estás atrapado en el agujero, pero detenerte un momento y 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 detuviste tenes la oportunidad de hacer algo diferente, algo que no implique estar peleando constantemente contra lo que sentís o piensas, ni repasar en tu mente una y otra vez lo hubiera... (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.

6. 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 en claro cuál será su rol y el del terapeuta durante el tiempo que dure el tratamiento. A continuación se incluye una sugerencia para establecer el contrato terapéutico desde el enfoque de ACT (adaptado de Cruz Gaitán et al, 2017):

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 ir a terapia. Esta terapia se basa en que trabajemos en aceptar aquello que no se puede cambiar, en tu caso lo que le sucedió a tu hijo/a al nacer, 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 vos

mismo si lo que hacemos acá funciona para vos. Es de esperarse que en el camino nos topemos con algunos altibajos, pero es algo normal y será para que ambos trabajemos en lo que es mejor para vos.

SEGUNDA SESIÓN

Formato de sesión:

1. Ejercicio de mindfulness. Observación del flujo de la experiencia privada.
2. Revisión de la sesión anterior.
3. Reconociendo las barreras.
4. Ejercicio: "El genio."
5. La aceptación como alternativa.
6. Tarea 1. Ejercicio de mindfulness.
7. Tarea 2. Traer una fotografía de cuando el bebé estaba aún en gestación.

1. 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 buscará 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 calma se le dice:

Terapeuta: Vamos a comenzar con un ejercicio (adaptado de Walser y Westrup, 2007): Quiero que cierres tus ojos y te centres en vos mismo. Mirate en esta habitación, mirate 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,

dejalos estar como vienen y dejalos 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 vos mismo vivenciar tus sensaciones y pensamientos en este momento.

Si tenes 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.

Quedate 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, abrí 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.

2. 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.

3. Reconociendo las barreras

Tras un impacto angustioso, como en este caso la llegada de un hijo/a con PBO, es común que se experimenten dificultades para encontrar nuevas relaciones que les sean satisfactorias o para involucrarse en actividades potencialmente gratificantes (Boerner et al, 2013). No sólo se

sufre por la situación traumática en sí, sino también por todos los cambios que esto implica en la vida y que no siempre se está dispuesto a afrontar o se sabe 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 lo sucedido. Para ello el terapeuta puede apoyarse en el siguiente ejercicio (adaptado de Cruz Gaitán et al, 2017):

Terapeuta:

- Pensa en lo que le sucedió a tu hijo/a y en las áreas de tu vida que han sido afectadas por el evento. Realizá una lista con tres columnas y en la columna izquierda anotá esas áreas afectadas y el impacto que han tenido en tu vida.
- En la columna del medio anotá y puntuá (de 1 a 10) la habilidad que has tenido para responder al impacto de lo sucedido.
- En la columna derecha describe las barreras que has tenido para dar respuesta a ese impacto.
- Revisa tus respuestas y observa qué tipos de problemas son los que realmente están obstaculizando tu afrontamiento.

Impacto de la situación	Habilidad para responder al impacto (0 al 10)	Barreras

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.

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 del impacto de la situación 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 estuviste encontrando? Si vemos la totalidad del dolor que tenes ahora, nos podemos dar cuenta de que proviene de dos fuentes: Una es la tristeza, el enojo, la preocupación y otros sentimientos que se derivan de lo que le sucedió a tu hijo/a, pero la otra fuente consiste en todo lo que te impedís a vos mismo hacer, aquello en lo que te implicarías si no fuera por tu sufrimiento. Parece que, debido a todo lo que sentís por ahora, no te estás permitiendo vivir la clase de vida que te gustaría vivir.

4. Ejercicio: "El genio"

El ejercicio "el genio" (Vargas y Coria, 2014) tiene por objetivo que el paciente 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 encontrar en el camino. Es conveniente que el paciente realice este ejercicio por escrito.

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 vos. 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?

5. 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. ¿Recordas 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 sentís 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, dejalos estar como vienen y dejalos ir cuando se vayan.

6. 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. 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.

7. Tarea 2. Traer una fotografía de tu hijo/a durante el embarazo

El terapeuta debe solicitarle al paciente que traiga a la siguiente sesión una fotografía de tu hijo/a durante el embarazo, que será necesaria para trabajar.

TERCERA SESIÓN

Formato de sesión:

1. Ejercicio de mindfulness. Observación del flujo de la experiencia frente al hijo/a fantaseado.
2. Revisión de la sesión anterior.
3. Ejercicio del pastel de chocolate. Consecuencias de la fusión cognitiva. Metáfora del experto en arte.
4. Tarea: Registro de lo dicho por el experto.

1. Ejercicio de mindfulness. Observación del flujo de la experiencia frente al recuerdo del hijo/a que se fantaseaba tener

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 de su hijo/a cuando estaba en la panza 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 recordas 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 sí mismo. Con voz calma se le propone el siguiente ejercicio (adaptado de Walser y Westrup, 2007):

Terapeuta: Céntrate en vos mismo y mirate en esta habitación, mirate 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, dejalos estar como vienen y dejalos 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 vos mismo vivenciar tus sensaciones y pensamientos en este momento.

Si tenes 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 vengan 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, volvé 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, abrí los ojos.

Ahora se le pide al paciente que saque la fotografía que trajo de su hijo/a cuando estaba dentro de la panza (tarea de la sesión anterior). Debe tomarla con una mano y colocarla frente a sí mismo/a.

Terapeuta: Ahora quiero que mires la fotografía que tenes frente a vos (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, dejalos estar como vienen y dejalos ir cuando se vayan. Ahora, aprecia tu estado de ánimo, nóvalo y no hagas nada por empujarlo o por retenerlo, sólo nóvalo. Permítete vivenciar tus sensaciones y pensamientos en este momento (dar dos minutos).

Si tenes 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 podes guardar la foto o dejarla sobre la mesa, como prefieras.

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

2. 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.

3. Ejercicio de la torta 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 ¡una torta de chocolate!

En este punto existen dos posibilidades: que el paciente afirme que lo ha logrado; o que se dé cuenta de que es imposible dejar de pensar en una torta 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 una torta 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 a la torta 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.

4. 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 vos 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 vos no estás muy seguro de qué estás viendo, pero debe ser magnífico porque eso ha dicho el experto. Continúan caminando y te detenes 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 vos seguís 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, salís de la galería con una opinión basada en lo que el experto dijo, sin haberte permitido a vos mismo observar con detenimiento ninguna obra, es más, ni siquiera recordas 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 vos mismo?

5. 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 vos?” El paciente debe realizar el ejercicio de mindfulness con la hoja de la descripción, 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.

CUARTA SESIÓN

Formato de sesión:

1. Ejercicio de mindfulness. Visualizando los valores perdidos.
2. Revisión de la sesión anterior.

3. Entendiendo los valores.
4. El profesor del aula.
5. Identificando los valores.
6. El significado de los valores.
7. Tarea. Hojas para aclarar los valores.

1. 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 dolor; 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: Me gustaría que hiciéramos un ejercicio (adaptado de Walser y Westrup, 2007):. Séntate 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 vos 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 (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 de lo que le pasó a tu hijo/a; 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). 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, abrí 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 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.

2. 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 lo que le pasó a tu hijo/a? ¿Cuál crees que sería la manera más adecuada de observar los acontecimientos de la vida?

3. 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/a”.

4. 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” (adaptado de Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Soriano, 2002), que se completará entre el terapeuta y el paciente. Se recomienda que el terapeuta lo explique de la siguiente forma:

Terapeuta: 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 puedes 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 vos o qué pueden pensar otros que te mereces.

Área	Narración de la dirección valiosa (valor)
Relaciones íntimas/Pareja	
Relaciones familiares	
Relaciones sociales	
Trabajo	
Educación y formación	
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” (adaptado de Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Soriano, 2002), 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?

5. 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” (adaptado de Walser y Westrup, 2007), 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:

- Utilizando el “Formulario narrativo de valores” que se completó en sesión, el paciente escribirá los valores, uno por sección.
- A cada valor se le asignará un puntaje del 1 al 10 para señalar qué tan importante lo considera el paciente.
- 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. Se escribirán algunos pensamientos o emociones que puedan evitar que cumpla sus metas específicas.
- Por último, el paciente escribirá un párrafo corto acerca de lo que significaría para él/ella vivir de acuerdo a ese valor y, también, qué significaría no hacerlo.

6. Tarea. Hojas para aclarar los valores

El paciente se llevará las “Hojas para aclarar los valores” ” (adaptado de Walser y Westrup, 2007) para terminarlas de tarea, tal como se hizo en la sesión.

QUINTA SESIÓN

Formato de sesión:

1. Ejercicio de mindfulness. El lector de mentes.
2. Revisión de la sesión anterior.
3. La naturaleza del compromiso. Metáfora del invitado grosero.
4. ¿Con quién tenes el compromiso?
5. Definiendo los primeros pasos hacia los valores.
6. Tarea. Activación conductual.

1. 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/ella.

Terapeuta: Me gustaría que hiciéramos un ejercicio (adaptado de Harris, 2009). 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 vos mismo. Mirate en esta habitación, mirate 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 encontras en un mundo ideal, en el que vivís 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 tenes una máquina que lee mentes y se programa para leer la mente de alguien que es muy importante para ti, de forma que vos podés escuchar cada pensamiento de esa persona. Mientras escuchas, te das cuenta de que esa persona está pensando en ti: piensa en lo que vos 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, abrí 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.

2. 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 preguntará al paciente qué tan difícil le resultó realizarla. A partir de lo que el paciente haya escrito en sus “Hojas para aclarar los valores” (adaptado de Walser y Westrup, 2007), se abordará cada área considerando lo siguiente:

Sobre el valor que el paciente definió, se le preguntará: ¿Podés establecer un compromiso con lo que te 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 de 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 rumiarse fracasos pasados, el terapeuta puede hacer referencia a la metáfora del hombre en el agujero:

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 seguís siendo rehén de algo que ya no puedes cambiar, porque 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 tenes esos pensamientos, porque 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 (de la 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 vos mismo observas, 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.

3. 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 "Metáfora del invitado grosero" (adaptado de Hayes et al., 1999):

Terapeuta: Imagina que vas a celebrar la fiesta de tu vida y sos 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". Vos accedes, aunque no estás muy convencido. Pones el cartel y comienzan a llegar los invitados. Cualquiera puede entrar, ya que está el cartel de "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 de "Bienvenidos todos", y él enseguida volvería a entrar. No encontras 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 tenes que estar 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 tenes que volver a estar detrás de él para que no incomode a nadie. La cuestión es que si quieres que el invitado no moleste tenes que ser su guardián, y a pesar de eso se te escapa con frecuencia. Lo puedes hacer, sos 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.

4. ¿Con quién tenes 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 vos. Cualquier compromiso que hagás y mantengas será para vos, no para mí ni para nadie más. Mi trabajo es ayudarte como una guía hacia el tipo de vida que querés.

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.

5. Definiendo los primeros pasos hacia los valores

Con base en lo descrito por el paciente en las “Hojas para aclarar los valores” (adaptado de Walser y Westrup, 2007), 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 realizará en una tabla, la cual se llenará de la siguiente forma (adaptado de Kanter, Busch y Rusch, 2009):

- Se definirán actividades a corto y mediano plazos enfocadas en los valores; se las 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.
- En la segunda columna se definirá el quién (es), qué, dónde y cuándo de la actividad.
- En la columna de “obstáculos previsibles” se definirán posibles situaciones o condiciones que, de presentarse, representarían un obstáculo.
- En la columna de “soluciones a los obstáculos” se enunciarán 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.

- La columna de “resultados” se dejará en blanco para completarse en la tarea.

Actividad	¿Quién? ¿Qué? ¿Dónde? ¿Cuándo?	Obstáculos previsibles	Soluciones a los obstáculos	Resultados

6. Tarea: activación conductual

El paciente deberá comenzar a realizar las actividades enfocadas en valores que se definieron en sesión, 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.

SEXTA SESIÓN

Formato de sesión:

1. Ejercicio de mindfulness. Experimentando el yo-como-observador.
2. Revisión de la sesión anterior.
3. Jugando ajedrez. Metáfora del ajedrez.
4. ¿Qué decía mi mente?
5. Tarea. El yo observador que actúa.

1. 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 en detalle. El ejercicio (adaptado de Walser y Westrup, 2007) se realiza de la siguiente forma:

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 quedate 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. Pensa en: ¿qué estabas haciendo?... ¿Dónde estabas?... ¿Había alguien más a tu alrededor o estabas solo? (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 alguien, 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 fijate si puedes recordar lo que sucedía en ese momento... ¿Qué veías a tu alrededor?... ¿Recordas algunos de tus pensamientos de ese momento?... ¿Recordas tus sentimientos?... ¿Recordas los sonidos que pudiste haber escuchado?... ¿Puedes ver la persona que eras la semana pasada?... ¿El mismo “vos” que tuvo la experiencia esta mañana? Es la misma persona que puede escuchar varios sonidos y tiene varios pensamientos justo ahora. Hay un “vos” ahí mismo que recuerda eventos de la semana pasada, que recuerda lo que sucedió esta mañana; el mismo “vos” que escucha lo que estoy diciendo justo ahora. Vamos a ir más allá.

Ahora andá a algo que hayas experimentado el verano pasado. Tomate tu tiempo. Sólo piensa en algo que hayas experimentado entonces, y cuando tengas algo en mente avisame 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 “vos” recordando eso mientras también tenes un recuerdo de la semana pasada y también tenes un recuerdo sobre esta mañana. Un “vos” continuo que está sentado aquí y ahora, haciendo este ejercicio conmigo.

Ahora vamos a algo que haya sucedido mientras estabas en la escuela secundaria, tal vez una clase en particular o unas vacaciones. Sin prisa, sólo deja que tu mente vaya de regreso a ese momento y avisame 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 “vos” continuo, nota quién está recordando eso. Estabas ahí entonces, y estás aquí ahora. Es el mismo “vos” que estuvo ahí la semana pasada, esta mañana, el verano pasado. Un “vos” 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. ¿Podes recordar algún sentimiento que estuvieras teniendo en ese momento?... ¿Algún pensamiento?... ¿Podes recordar ser esa persona que estaba experimentando eso en ese momento?... Es el mismo “vos” continuo, ese mismo ser que tuvo esas experiencias cuando era niño, el verano pasado y esta mañana; es el mismo “vos” que ha estado consciente de todas estas cosas... el mismo vos 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 trabajador (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. Tómame 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 tenes 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, fijate en quién los está observando. Hay un “vos” que sabe que éste es tu cuerpo ahora y ése era tu cuerpo entonces. Hay un “vos” que es más grande que tu cuerpo. Un “vos” 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 la 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.

2. 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.

3. Jugando ajedrez

La "Metáfora del ajedrez" (adaptado de Stoddard y Afari, 2014) 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, un ejemplo de cómo se puede presentar esta metáfora al paciente:

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 pensar en ese hijo que esperabas; esta otra podría ser la dicha de que a tu hijo/a no le pasó algo más grave. ¿Tenes 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, más 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 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.

4. ¿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:

	No hice caso a...	Si hice caso a...
Antes de hacer la actividad		
Mientras la hacía		
Después de completarla		

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 esa frase 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 y 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 una frase 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.

5. Tarea. El yo observador que actúa

Para la tarea de esta sesión se utilizará de nuevo una tabla con las mismas actividades de la sesión 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 estuviste 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:

1. Ejercicio de mindfulness. Prevención de recaídas.
2. Revisión de la sesión anterior.
3. Repasando el proceso.
4. Reacciones ante la finalización de la terapia.
5. Ejercicio: Cartas de despedida.
6. Retroalimentación y vida después de la terapia.

1. 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 recordarle 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 se realizará el siguiente ejercicio de mindfulness con imaginación:

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 vos 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, avisame 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, dejalos estar como vienen y dejalos ir cuando se vayan. Ahora, aprecia tu estado de ánimo, nóvalo y no hagas nada por empujarlo o por retenerlo, sólo nóvalo.

Escucha todo lo 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 vos 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.

2. 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.

3. 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 (adaptado de Walser y Westrup, 2007).

Terapeuta: Me gustaría que revisemos lo que hemos hecho hasta ahora. Si te acuerdas, comenzamos nombrando todos los pensamientos, emociones y demás situaciones con las que habías estado luchando desde la llegada de tu hijo/a, 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 vos 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.

4. 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 represente, 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, dado 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 en claro al paciente que puede regresar a terapia en el futuro si lo considera necesario.

5. 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.

6. 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 tenes para acercarte a lo que es importante para vos y has obtenido otras nuevas, anda por esa vida que quieres. Con el objetivo de documentar los resultados obtenidos del proceso, se recomienda que, una vez finalizada la terapia, se aplique el instrumento psicométrico sugerido en la evaluación inicial.

SESIÓN DE SEGUIMIENTO

Formato de sesión:

1. Aplicación de instrumento psicométrico.
2. Ejercicio de mindfulness. El fotógrafo.
3. Revisión del estado actual.
4. Los cuentos de la mente. Metáfora del cuentacuentos maestro.

1. Aplicación de instrumento psicométrico

Con el objetivo de obtener información sobre el estado actual del paciente, se recomienda aplicar nuevamente el mismo instrumento psicométrico que se utilizaron en la evaluación inicial.

2. Ejercicio de mindfulness. El fotógrafo

Luego de la aplicación del instrumento psicométrico, se realizará un ejercicio de mindfulness para el cual se le pedirá al paciente que recuerde y narre cómo vivió el nacimiento de su hijo/a; 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 (adaptado de Wilson y Luciano, 2002.):

Terapeuta: Espera, quiero que te detengas ahí, que desde aquí en este momento mires... (agregar una breve descripción de la escena que el paciente mencionó) y que te mires a vos 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 esa madre/padre sufriendo como sufrías vos en aquel momento, desde aquí, no está pasando ahora. Abrí el álbum y mira esa foto en la que estaba sucediendo eso; al mirar esa foto, observa las sensaciones que te vienen al recordar, al mirar esa foto, quedate por unos segundos contemplando lo que te viene (dar un minuto). Dejalo fluir, dejalo estar, no hagas nada, abrí la puerta a todo lo que venga al tener la imagen de la situación y vos allí mismo. Nota lo que sentís ahora mismo con esos recuerdos, dejalo 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.

3. Revisión del estado actual

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

4. 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 eso, se le contará al paciente la "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 una 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 vos y yo queremos hacer acá 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.

CONSIDERACIONES CLÍNICAS DEL TRATAMIENTO

- Pacientes que no hacen la 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” (adaptado de Wilson y Luciano, 2002). 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.

La "metáfora del túnel" (adaptado de Wilson y Luciano, 2002) se puede utilizar cuando existe negativa por parte del paciente para realizar un ejercicio o actividad. Muchos llegan a dar razones como "No puedo", "No quiero abrir esa herida", "Me da miedo", etc. La metáfora del túnel ayuda a cambiar la negativa del paciente porque le demuestra la importancia que puede llegar a tener el pasarlo mal si tiene un valor significativo para sus objetivos.

Imagina que lo que es importante para vos se encuentra al final de un túnel. Pero no te gustan los túneles; de hecho, los odias. Buscaste atajos, como ir por encima del túnel, pero todo eso no te ha conducido al otro lado. Suponte que el único modo de llegar es atravesando el túnel. Entre no pasar el túnel y pasarlo, elegís pasarlo porque lo que te importa está al otro lado. Sin embargo, cuando caminas por el túnel hay oscuridad y frío, no sabes qué hay dentro, vislumbras algún bicho que no te gusta, el hedor es apreciable y comenzas a sentirte mal. Antes de empeorar, volves sobre lo andado y te encontras otra vez al comienzo del túnel. Entrar y volver hacia atrás cuando te empezas a sentir mal es como estar dispuesto a pasar el túnel pero dentro de un límite. Tu sistema te dice "Si noto que me siento mal, entonces cierro la válvula de estar abierto a sentirme mal". Pero entonces te tendrás que conformar con lo que hay en este lado del túnel. Si elegís pasar el túnel tenes que moverte abierto al cien por ciento con los pensamientos y sensaciones que sobrevengan al caminar. Tiene un gran valor hacerlo y ese valor reside en que lo que te importa está al otro lado. Se trata del recorrido de tu vida, con los túneles que uno no sabe cuándo acaban, pero se trata de seguir fiel a ese recorrido que te importa, si es eso lo que elegís.

Capítulo VI: Consideraciones generales de la ACT para el tratamiento de padres con hijos con una PBO

La ACT se muestra en definitiva como una aproximación clínica apropiada para la intervención psicoterapéutica de padres con hijos con una PBO. Empero, debido a sus fundamentos específicos dentro de la perspectiva del Conductismo Radical (Baum, 1994; Skinner, 1953, 1957, 1969 y 1974), es imprescindible que la "preparación de los terapeutas" tenga una adecuada comprensión de las bases epistemológicas de esta perspectiva psicológica, en miras de poner en práctica una aplicación ética del enfoque. La ACT siendo una aproximación, más que un procedimiento psicoterapéutico estructurado, hace que su incorporación dentro de los diferentes sistemas de atención psicológica sea más sencilla. De esta manera, no es inverosímil propiciar la implementación de este tipo de estrategias dentro del contexto de atención pública brindada en el sistema de salud del país y mucho menos dentro de la práctica privada de los profesionales de la salud mental. Los "recursos necesarios" para la ejecución de

la ACT no son en ninguna medida distintos de aquellos requeridos para la puesta en marcha de cualquier otra perspectiva de intervención psicoterapéutica (Baum, 1994; Skinner, 1953, 1957, 1969 y 1974), por lo que se muestra como una alternativa viable ante las demandas de las personas consultantes. Asimismo, no cuenta con particularidades específicas en cuanto a la “duración del tratamiento”, por lo que se puede poner en marcha en los intervalos de tiempo que se consideren más apropiados para las características de los individuos que asisten a la consulta psicológica. Igualmente, es importante resaltar la importancia de la flexibilidad de la ACT en una sociedad como la actual, donde cada vez con más frecuencia se deben poner en práctica estrategias innovadoras que permitan a las personas recibir el tratamiento más adecuado para sus problemáticas, dentro de las múltiples limitaciones de una vida contemporánea. Esta particularidad de la ACT permite que se implemente, mediante estrategias diversas como las sesiones presenciales, las sesiones grupales, las sesiones telefónicas, las sesiones mediante el uso de medio digitales, entre otras, lo que permite la oferta de una herramienta psicoterapéutica efectiva y adaptable a las particularidades de cada persona consultante. La capacidad de adaptarse a multiplicidad de problemáticas y aún así brindar resultados positivos, garantiza además la aplicación de un acercamiento psicológico comprometido con el ejercicio ético de la profesión, dentro de un contexto donde los terapeutas deben contar con la responsabilidad de instrumentalizarse con procedimientos que justamente garanticen un pronóstico positivo para una variedad de problemáticas. Esta diferencia viene dada por la característica de la ACT, la cual consiste en partir de las vivencias de las personas consultantes como insumo orientador del proceso de intervención psicoterapéutica, partiendo entonces de un modelo completamente ideográfico de tratamiento psicológico. Es importante rescatar que, aunque la mayoría de orientaciones de tratamiento clínico parten de las vivencias en específico de los sujetos, en este tipo de terapia se hace énfasis en que son estas experiencias las que van a dirigir el proceso de intervención, por lo que no solo se convierten en insumo para el planeamiento estratégico de las sesiones por parte del terapeuta, sino que se involucra activamente a la persona en su propio proceso de cambio y de búsqueda de su bienestar. Finalmente, es importante considerar que la sociedad contemporánea presenta una serie de demandas en la vida de las personas, la cual en muchas ocasiones impide el desarrollo y la perpetuación de un modo de vida saludable, por tanto, las aproximaciones clínicas que permitan aminorar el malestar psicológico de las personas de manera efectiva y eficiente deben ser consideradas como una responsabilidad, que todo individuo comprometido con la salud mental de la población debe adoptar dentro de su práctica profesional.

A lo largo del desarrollo de este trabajo, se me presentaron algunos cuestionamientos en cuanto a la justificación del mismo. Más aún cuando comencé a investigar sobre los alcances de la psicología perinatal... Pero lo cierto es que si bien no son excluyentes, los abordajes y miradas difieren.

Conclusiones

Luego de haber realizado una revisión bibliográfica de artículos, libros, publicaciones, etc. sobre la Terapia de Aceptación y Compromiso, podemos considerar que resultaría de gran efectividad como posible tratamiento para padres con hijos con una Parálisis Braquial Obstétrica. Resulta particularmente interesante el estudio de este modelo, con una impronta muy particular dentro de la Psicología Cognitiva.

Nos encontramos con abundante bibliografía y evidencia sustentable sobre este interesante programa de tratamiento, como también estamos bajo conocimiento de que un abordaje Cognitivo Conductual tradicional también presentaría buena probabilidad de eficacia en el tratamiento de cualquier motivo de malestar. Pero tras haber investigado y estudiado sobre la ACT, esta da respuesta y teorizaciones de lo más prácticas a cuestiones muy específicas en torno a ser padre o madre de un hijo que sufrió un hecho inesperado durante el nacimiento como la PBO. Los aportes del modelo vienen a dar una respuesta en el modo de abordaje y la forma de entender esta realidad que resultaría ser un muy buen camino para recorrer.

La Terapia Cognitiva Conductual, por su lado, invitaría a los pacientes a poner el acento en un cambio que les excedería, y el Psicoanálisis, con su método catártico, a desregular al paciente con sus propias emociones, ante el estado de gran vulnerabilidad emocional en el que se encuentran. Con todo esto, es que a medida que uno empieza a leer sobre este nuevo modelo de abordaje y entendimiento de la situación en cuestión es que cobra más y más sentido esta corriente y el abordaje en cuestión.

La particular situación de malestar que experimenta cada persona responde a la lógica de pensar en la necesidad de abordajes terapéuticos específicos. Cómo simplificar el pensamiento de que los modelos más conocidos son bastos y suficientes, en cuanto al abordaje de personas con problemáticas y subjetividades particulares. Esto nos ayuda a pensar en lo fructífero que resulta para la Psicología poder ofrecer el más amplio abanico de opciones como a tratamientos para que cada persona que padece pueda encontrar la asistencia psicológica más efectiva acorde a lo que le sucede.

El posible obstáculo para la implementación de este tratamiento no parece ser más que por parte de los profesionales de la salud ya que el modelo propone y requiere de muchas habilidades y estrategias personales por parte de los terapeutas. La formación en este tipo de terapia es muy específica y necesita de gran disposición por parte de los profesionales que la practican.

Nos encontramos al finalizar este trabajo, con gran conocimiento sobre la ACT y con evidencia científica de que resulta un tratamiento de gran potencial; Al mismo tiempo, cabe reflexionar sobre la importancia de la pluralidad de los modelos para el abordaje de la realidad particular de cada persona.

Bibliografía

- Alfonso I, Papazian O, Grossman JAI. Presentaciones clínicas, diagnóstico diferencial y manejo de la parálisis braquial obstétrica. *Rev Neurol*. 1998;27(156):258-63.
- Alfonso I, Papazian O, Shuhaiber H, Yaylali I, Grossman JA. Intrauterine shoulder weakness and obstetric brachial plexus palsy. *Pediatric Neurol*. 2004 Sep; 31(3):225-7.
- Allende CA, Gilbert A. Forearm supination deformity after obstetric paralysis. *Clin Orthop Relat Res*. 2004 Sep;(426):206-11.
- Baum, W. *Understanding behaviorism. Science, behavior, and culture*. New York: HarperCollins College Publishers, 1994.
- Baumeister, R., Gailliot, M., DeWall, C, Oaten, M. *Self-Regulation and Personality: How Interventions Increase Regulatory Success, and How Depletion Moderates the Effects of Traits on Behavior*. 2006.
- Barudy J, Dantagnan M: *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. España: Ed. Gedisa; 2006. p. 165-211
- Barudy J, Marquebreucq A: *Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. España: Ed. Gedisa; 2010. p. 87-199.
- Becker MH, Lassner F, Bahm J, Ingianni G, Pallua N. The cervical rib. A predisposing factor for obstetric brachial plexus lesions. *J Bone Joint Surg Br*. 2002 Jul;84(5):740-3.
- Berle P, Misselwitz B, Scharlau J. Maternal risks for newborn macrosomia, incidence of a shoulder dystocia and of damages of the plexus brachialis. *Z Geburtshilfe Neonatol*. 2003 Jul-Aug; 207(4):148-52.
- Biglan, A. & Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic?: The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology: Current Scientific Perspectives*, 5, 47-57.
- Blackledge, J. y Hayes, S. "Emotion regulation in Acceptance and Commitment Therapy". *Journal of Clinical Psychology* 57. 2001: 243-255.
- Boerner, K. Mancini, A.D., Bonanno, G.A. (2013). On the nature and prevalence of

uncomplicated and complicated patterns of grief. *Scientific Foundations for Healthcare Professionals* (pp. 55-68). New York: Routledge.

- Bowlby J: El apego. Volumen 1 de la trilogía. El apego y la pérdida; Barcelona, España: Editorial Paidós; 2009.
- Calero Plaza, J. 2012. "La "primera noticia" en familias que reciben un hijo con discapacidad o problemas en el desarrollo. algunas estrategias de afrontamiento." Universidad de Valencia.
- Camus M, Lefebvre G, Veron P. Traumatisme obstétrique du nouveau né. *J Gynecol Obstet.* 1995;14:1033-44.
- Capek L, Clarke HM. Neuroma-in-continuity resection: early outcome in obstetrical brachial plexus palsy. *Plast Reconstr Surg.* 1998 Oct;102(5):1555-62.
- Catania, A. C., Shimoff, E. & Matthews, B. A. (1989). An experimental analysis of rule-governed behavior. In S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control* (pp. 119-150). Nueva York: Plenum Press.
- Clarke FIM, Ai-Qattan MM. Obstetrical brachial plexus palsy: results following neurolysis of conducting neuromas-in-continuity. *Plast Reconstr Surg.* 1996 Apr;97(5):974-82.
- Cruz Gaitán, J.I., Reyes Ortega, M.A, Corona Chavez, Z.I. "Duelo. Tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT)." 2017. Manual Moderno 1a. Edición.
- Cunningham C. Familias de Niño con Síndrome de Down. En: MA Verdugo (Editor). *Familias y Discapacidad Intelectual.* Colección FEAPS. Madrid: FEAPS 2000, pp. 41-71.
- Deci, E. & Ryan, R. 1980. Self determination theory: When mind mediates behavior. *The journal of mind and behavior.* Vol 1. N.1. University of Rochester.
- Dougher, M. "The act of acceptance". *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy.* Hayes, S.; Jacobson, N.; Follette, V. y Dougher, M. (eds.). Reno: Context Press, 1994.
- Edwards TB, Baphian S, Faust DC, Willis RB. Results of latissimus dorsi and teres major transfer to the rotator cuff in the treatment of Erb's palsy. *J Ped Orthop.* 2000;20(3):375-9.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance & Commitment Therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies.* Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Erickson, M. - Upshur, C. C. (1989) "Caretaking burden and social support: comparison of mothers of infants with and without disabilities", *American Journal on Mental Retardation*, 94(3): 250-258.
- Evans-Jones G, Kay SP, Weindling AM, Cranny G, Ward A, Bradshaw A, Herson C.

Congenital brachial palsy: incidence, causes, and outcome in the United Kingdom and Republic of Ireland. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2003 May;88(3):F185-9.

- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana - GAT. (2010) "La primera noticia: Estudio sobre los procedimientos profesionales, las vivencias y las necesidades de los padres cuando se les informa de que su hijo tiene una discapacidad o un trastorno del desarrollo". Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational Frame Theory, Acceptance and Commitment Therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy*, 23(4), 315-336.
- Follette, V. y Pistorello, J. (2007). *Finding Life Beyond Trauma: Using Acceptance and Commitment Therapy to Heal from Post-Traumatic Stress and Trauma-Related Problems*. New Harbinger Publications
- Franks, C. M. & Wilson, G. T. (1974). *Annual review of behavior therapy: Theory and practice*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- García Montes, J., Perez, M. (2005). "Fundamentación experimental y primeras aplicaciones clínicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el campo de los síntomas psicóticos". *Revista Latinoamericana de Psicología*, volumen 37, No 2, 379-393.
- García Núñez, R., Bustos Silva, G. 2015. "Discapacidad y problemática familiar." Paakat: *Revista de Tecnología y Sociedad*, Año 5, número 8. [Fecha de acceso 10-11-2019]. Disponible en: <https://www.udgvirtual.udg.mx/paakat/index.php/paakat/article/view/229/345>
- Gellman H, Botte MJ, Braun RM, Hoffer MM, Szabo RM. Symposium: management of brachial plexus injuries. *Contemp Orthopaed.* 1996;32(2):131-46.
- Geutjens G, Gilbert A, Helsen K. Obstetric brachial plexus palsy associated with breech delivery. A different pattern of injury. *J Bone Joint Surg [Br]*. 1996;78-B(2):303-6.
- Gilbert A. Long-term evaluation of brachial plexus surgery in obstetrical palsy. *Hand Clin.* 1995;11:583-95.
- Gómez, E. (1999) "Las familias con niños discapacitados", en *Minusval*, 120, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid: 10-11.
- Gopinath MS, Bhatia M, Mehta VS. Obstetric brachial plexus palsy: a clinical and electrophysiologic evaluation. *J Assoc Physicians India.* 2002 Sep;50:1121-3.
- Guevara, B. - Ortega, S. P. - Plancarte, C. P. (2001) *Psicología Conductual. Avances en Educación Especial*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

- Hanh, N. 1976. *The Miracle of Mindfulness!: A Manual of Meditation*
- Harris, R. (2009). *ACT Made Simple: An Easy-To-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger & Reno, NV: Context Press.
- Harris, S. L. (2001) *Los hermanos de niños con autismo. Su rol específico en las relaciones*
- Hayes, S. C. & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations and a behavior analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9,175-190.
- Hayes, S. C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12,99-110.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives*(pp. 327-387). Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S. C. (1989a). Nonhumans have not yet shown stimulus equivalence.*Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 51, 385-392.
- Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. In *Contextualism* (pp. 11-27). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C. (2002). Buddhism and acceptance and commitment therapy.*Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 58-66.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C. (2009). *Acceptance and commitment therapy*[DVD]. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hayes, S. C. (Ed.). (1989b). *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control*. Nueva York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (Eds.). (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Bissett, R., Roget, N., Padilla, M., Kohlenberg, B. S., Fisher, G., et al. (2004).
- Hayes, S. C., Brownstein, A. J., Haas, J. R. & Greenway, D. E. (1986). Instructions, multiple schedules, and extinction: Distinguishing rulegoverned from schedule-controlled behavior.*Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 46, 137-147.

- Hayes, S. C., Brownstein, A.J., Zettle, R. D., Rosenfarb, I. & Korn, Z. (1986). Rule-governed behavior and sensitivity to changing consequences of responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 45, 237-256.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (2015). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change (Second revised edition)*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, Strosahl, y Wilson. 1999. "La terapia de aceptación y compromiso."
- Hoeksma AF, Wolf H, Oei SL. Obstetrical brachial plexus injuries: incidence, natural course and shoulder contracture. *Clin Rehabil*. 2000 Oct;14(5):523-6.
- Hofmann, S. "Acceptance and Commitment Therapy: new wave or morita therapy?". *Clinical Psychology: Science and Practice* 15. 2008: 280-285.
- Hrdy, S. B. (2005). Evolutionary Context of Human Development: The Cooperative Breeding Model. In C. S. Carter, L. Ahnert, K. E. Grossmann, S. B. Hrdy, M. E. Lamb, S. W. Porges, & N. Sachser (Eds.), *Attachment and bonding: A new synthesis* (p. 9–32). Boston Review.
- Jablonka, E. & Lamb, M. J (2005). *Evolution in four dimensions-genetic, epigenetic, behavioral, and symbolic variation in the history of life*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Kanter, J. W, Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2009). *Behavioral activation: Distinctive features*. London: Routledge Press.
- Kanter, J. W., Weeks, C. E., Bonow, J. T., Landes, S. J., Callagahn, G. M., & Follette, W. C. (2009). Assessment and Case Conceptualization. In Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (Eds). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, courage, Love, and Behaviorism*. (pp. 37-59). New York: Springer.
- Kimelman M, González L: El proceso de vinculación una tarea del equipo obstétrico. *Foro de Ginecología y Medical Forum Internacional* 2003; 6: 10-3. [Fecha de acceso 19-12-2019]. Disponible en: <http://www.medforum.nl/gynfo>
- Kimelman M: Psicopatología del bebé. En: Almonte y Montt ed. *Psicopatología infantil y de la adolescencia*, Santiago: Editorial Mediterráneo; 2013. p. 16-28.
- King, G. A. - Zwaigenbaum, L. - King, S. - Baxter, D. - Rosenbaum, P. - Bates, A. (2006) "Cambios en los sistemas de convicciones/valores de las familias de niños con autismo y síndrome de Down" en *Revista Síndrome de Down*, 23: 51-58.

- Kirkos JM, Kyrkos MJ, Kapetanos GA, Haritidis JH. Brachial plexus palsy secondary to birth injuries J Bone Joint Surg Br. 2005 Feb;87(2):231-5.
- Koerner, K., Linehan, M. (2007). Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice: Applications across Disorders and Settings. New York: Guilford Press
- Leblebicioglu G, Leblebicioglu-Konu D, Tugay N, Atay OA, Gogus T. Obstetrical brachial plexus palsy: an analysis of 105 cases. Turk J Pediatr. 2001 Jul-Sep; 43(3):181-9.
- Lecannelier F: Apego e intersubjetividad: Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental. Segunda parte: La teoría del apego. Santiago, Chile: Editorial LOM; 2009. p. 16-54.
- Levin, E. (2003) "Discapacidad. Clínica y Educación". Nueva Visión. Bs. As. Argentina.
- Limiñana, R. M. - Corbalan, F. J. - Martínez, F. (2003) En M.ª P. Sánchez López. Mujer y Salud. Familia, Trabajo y Sociedad. Díaz de Santos, Madrid, cap. 5: 65-76.
- Lindell-Iwan HL, Partanen VSJ. Obstetric brachial plexus palsy. J Ped Orthop (part B). 1996; 5(3):210-5.
- Lipkens, R., Hayes, S. C. & Hayes, L.J. (1993). Longitudinal study of derived stimulusrelations in an infant. Journal of Experimental Child Psychology, 56, 201-239.
- Luciano, C., Gómez-Becerra, I. & Rodríguez-Valverde, M. (2007). The role of multiple-exemplar training and naming in establishing derived equivalence in an infant. Journal of Experimental Analysis of Behavior; 87, 349-365.
- Luciano, MC, Molina, F, Cabello, F y Ortega, J (2003). Behavioral processes underlying defusion.
- Marcus JR, Clarke HM. Management of obstetrical brachial plexus palsy evaluation, prognosis, and primary surgical treatment. Clin Plast Surg. 2003 Apr;30(2):289-306.
- Margareta M, Henrik H, Borje B, Hakan L, Lars L. High birthweight and shoulder dystocia: the strongest risk factors for obstetrical brachial plexus palsy in a Swedish. Acta Obstet Gynecol Scand. 2005 Jul;84(7):654-9.
- Martínez Suárez R, Marrero Riverón LO, Monreal González R, Burguet Lago ME. Valor de la electrofisiología en el estudio de las lesiones traumáticas del plexo brachial. Rev Cubana Ortop Traumatol. 1996; 10(1):43-8.
- Moukoko D. Orthopedic disorders of the upper extremity in children. Current Opin Orthop. 1998:4-5.
- Musitu, G. - Cava, M. J. (2001) "El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes", Intervención Psicosocial, 12: 179-192.
- Noojin, A., Wallander, J. (1996). "Development and Evaluation of a Measure of Concerns Related to Raising a Child with a Physical Disability". Journal of Pediatric Psychology, 21(4): 483-498. Journal of Pediatric Psychology, Volume 21, Issue 4

Pages 483–498. Fecha de acceso: 20 de diciembre 2019. Disponible en: <https://academic.oup.com/jpepsy/article/21/4/483/1059925>

- Núñez, B. (2003) “La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares”. Sociedad Argentina de Pediatría, 101(2): 133-142.
- Páez, M.; Gutiérrez, O.; Valdivia, S. y Luciano, C. “Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica”. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 6 (1). 2006: 1-20.
- Papazian O, Alfonso I, Grossman JAI. Evaluación neurofisiológica de los niños con parálisis del plexo braquial obstétrica. Rev Neurol. 1998;27:263-70.
- Papazian O, Alfonso I, Yaylali I, Velez I, Prasanna J. Neurophysiological evaluation of children with traumatic radiculopathy, plexopathy and peripheral neuropathy. Sem Ped Neurol. 2000;7:26-35.
- Paterna, C. - Martínez, M. C. - Vera, J. J. (2003) Psicología social. Madrid, Pirámide.
- Pepper, S. C. (1942). World hypotheses: A study in evidence. Berkeley: University of California Press.
- Piatt JH Jr. Birth injuries of the brachial plexus. Clin Perinatol. 2005 Mar;32(1):39-59
- Polk, K. L., & Schoendorff, B. (Eds.). (2014). The ACT matrix: A new approach to building psychological flexibility across settings and populations. Context Press/New Harbinger Publications.
- Pozo, P. - Sarriá, E. - Méndez, L. (2006) “Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista” en Psicothema, 18 (3): 342-347.
- Price A, Tidwell M, Grossman AI. Improving shoulder and elbow function in children with Erb's palsy. Sem Ped Neurol. 2000;7:44-51.
- Ramos LE, Zell JP. Rehabilitation program for children with brachial plexus and peripheral nerve injury. Sem Ped Neurol. 2000;7:52-7.
- Robb, H. “Values as leading principles in Acceptance and Commitment Therapy”. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy 3 (1). 2007: 118-122.
- Rodríguez Díaz M, Amigo Castañeda P. Una mirada a la parálisis braquial obstétrica. Revista Médica Electrónica [Internet]. 2011 Jun-Jul [Fecha de acceso: 20 de junio 2019];33(4). Disponible en: www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema13.htm
- Ruiz, F. “A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 10 (1). 2010: 125-162.
- Rust RS. Congenital brachial plexus palsy: Where have we been and where are we now? Sem Ped Neurol. 2000;7:58-63.

- Saleh M, Shenaq B. Brachial plexus birth injuries and current management. *Clinics Plast Surg*. 1998 Oct;25(4):527-36.
- Shenaq SM, Bullocks JM, Dhillon G, Lee RT, Laurent JP. Management of infant brachial plexus injuries *Clin Plast Surg*. 2005 Jan; 32(1):79-98.
- Sherburn EW, Kaplan SS, et al. Outcome of surgically treated birth-related brachial plexus injuries in twenty cases. *Pediatr Neurosurg*. 1997 Jul;27(1):19-27.
- Sidman, M. (1971). Reading and auditory-visual equivalences. *Journal of Speech and Hearing Research*, 14,5-13.
- Sidman, M. (2008). Symmetry and equivalence relations in behavior. *Cognitive Studies*, 15, 322-332.
- Skinner, B. About behaviorism. New York: Vintage Books, 1974.
- Skinner, B. Contingencies of reinforcement. New York: Appleton-Century-Crofts, 1969.
- Skinner, B. F. (1989). The origins of cognitive thought. *American Psychologist*, 44, 13-18.
- Skinner, B. Science and Human Behavior. New York: The Free Press, 1953
- Skinner, B. Verbal Behavior. New Jersey: Prentice Hall, 1957.
- Sloof ACJ. Obstetric brachial plexus lesions. En: Boome RS, ed. *The brachial plexus*. New York: Churchill Livingstone; 1997. p. 89-106.
- Smith NC, Rowan P, Benson LJ, Ezaki M, Carter PR. Neonatal brachial plexus palsy. Outcome of absent biceps function at three months of age. *J Bone Joint Surg Am*. 2004 Oct; 86-A (10):2163-70.
- Stamate T, Budurca AR, Lazar AN, Tamas C, Stamate M. Results in brachial plexus palsy after biceps neuro-muscular neurotization associated with neuro-neural neurotization and teno-muscular transfer. *Acta Neurochir Suppl*. 2005;93:141-5.
- Stoddard, J., & Afari, N. 2014. *The Big Book of ACT Metaphors: A Practitioner's Guide to Experiential Exercises and Metaphors in Acceptance and Commitment Therapy*
- Strosahl, K. y Robinson, P. *The mindfulness and acceptance workbook for depression. Using Acceptance and Commitment Therapy to move through depression and create a life worth living*. Oakland: New Harbinger Publications Inc., 2008.
- Sundholm LK, Eliasson AC, Forssberg H. Obstetric brachial plexus injuries: assessment protocol and functional outcome at age 5 years. *Dev Med Child Neurol*. 1998;40: 4-11.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Holman, G.I. & Loudon, M. P. (2012). *Functional Analytic Psychotherapy. Distinctive Features*. New York: Routledge
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2009). *A Guide to functional Analytic Psychotherapy. Awareness, courage, Love, and Behaviorism*. New York: Springer.
- Vargas, A., Coria, N. (2017). *Estrés postraumático: tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Ed Manual Moderno.

- Volpe J. Neurology of the newborn. Philadelphia: WB Saunders; 1995. p. 95-124.
- Walser, R. D., & Hayes, S. C. (2006). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Theoretical and Applied Issues. In V. M. Follette & J. I. Ruzek (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (p. 146–172). The Guilford Press.
- Walser, R., & Westrup, D. (2007). *Acceptance & Commitment Therapy for the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder & Trauma-Related Problems: A Practitioner's Guide to Using Mindfulness & Acceptance Strategies*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Waters PM, Smith GR, Jaramillo D. Glenohumeral deformity secondary to brachial plexus birth palsy. *J Bone Joint Surg*. 1998;80A: 668-77.
- Waters PM. Comparison of the natural history, the outcome of microsurgical repair, and the outcome of the operative reconstruction in brachial plexus birth palsy. *J Bone Joint Surg*. 1999, 81A: 649-59.
- Waters PM. Update on management of pediatric brachial plexus palsy. *J Pediatr Orthop*. 2005 Jan-Feb; 25(1):116-26.
- Waters PM. Update on management of pediatric brachial plexus palsy. *J Pediatr Orthop*. 2005 Jan-Feb; 25(1):116-26.
- Wegner & Zanakos. 1994. "Suppressing distressing emotional thoughts increases the likelihood that the individual will fail to habituate to emotional stimuli relevant to those thoughts."
- Wenzlaff, R. M. & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-9B.
- Wiegner, S. - Donders, J. (2000) "Predictors of parental distress after congenital dis-
- Wilson, D. S. (2007). *Evolution for everyone: How Darwin's theory can change the way we think about our lives*. Nueva York: Delta.
- Wilson, D. S., Hayes, S. C., Biglan, A. & Embry, D. D. (2011). *Evolving the future: Toward a science of intentional change*. Manuscript submitted for publication.
- Wilson, K. y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Wilson, K. y Luciano, C. *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Ediciones Pirámide, 2002.
- Yetter, J. F. (1992) "Cleft lip and cleft palate", *American Family Physician*, 46(4): 1211-1221.
- Yovel, I. "Acceptance and Commitment Therapy and the new generation of cognitive behavioral treatments". *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences* 46 (4). 2009: 304-309.

- Zettle, R., Carrasquillo, N. 2014. Comparing a Brief Self-as-Context Exercise to Control-Based and Attention Placebo Protocols for Coping with Induced Pain. *The Psychological Record*